

**Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Universität Würzburg
Vorstand: Prof. Dr. Dr. Gundolf Keil**

**Friedrich Schröder (1912 - 1996)
Leben und Werk**

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von
Dörthe Fischer
aus Elsterberg im Vogtland

Würzburg, August 2003

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. dent. et med. habil. Peter Proff

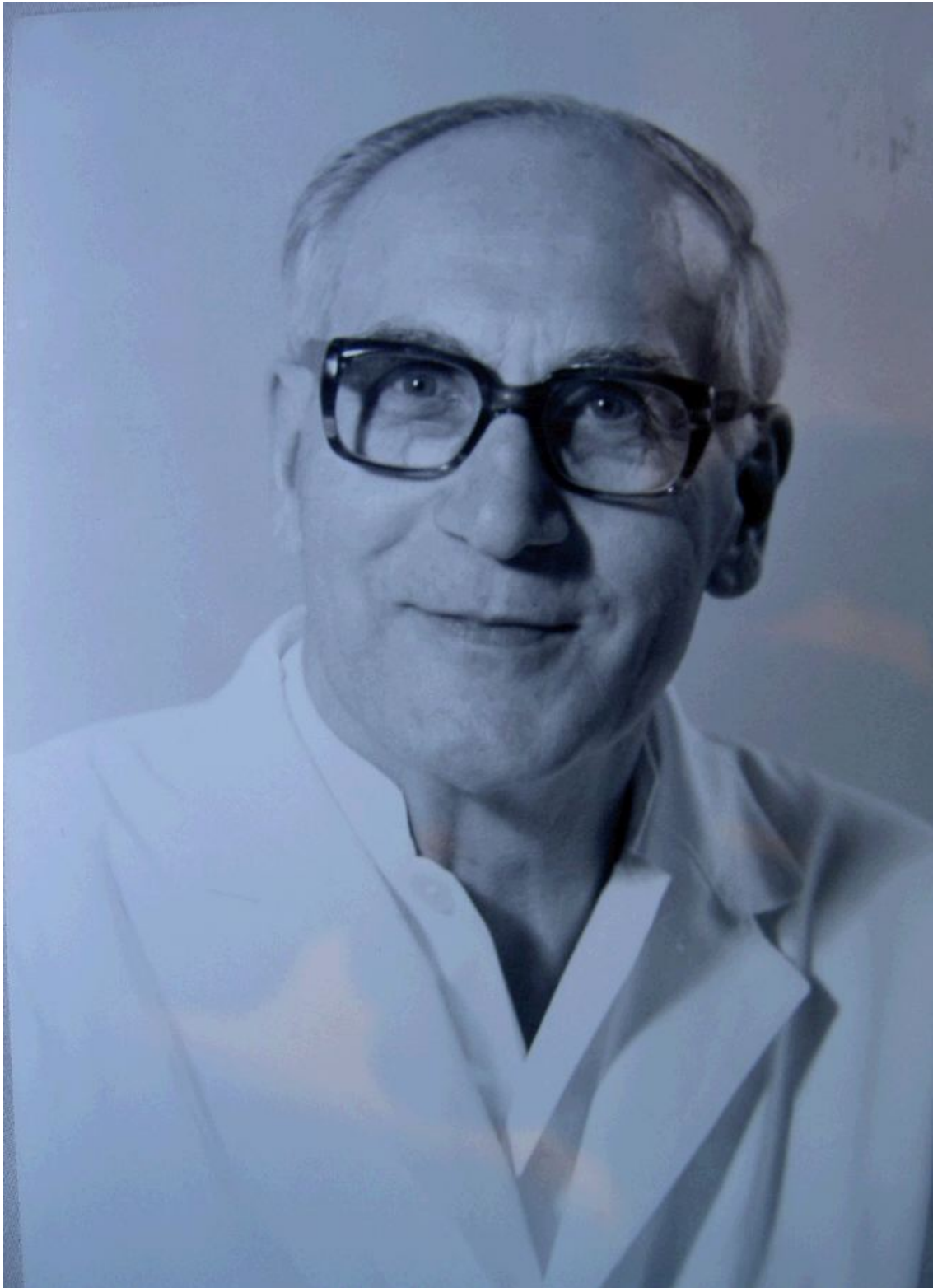
Korreferent: Prof. Dr. Dr. Jürgen Reuther

Dekan: Prof. Dr. med. Stefan Silbernagl

Tag der mündlichen Prüfung: 16.07.2004

Die Promovendin ist Zahnärztin

Meinen Eltern in Liebe und Dankbarkeit gewidmet



Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
2. Biographie.....	2
2.1. Vorfahren und Eltern	2
2.1.1. Großeltern Schröders	2
2.1.2. Eltern und Geschwister Schröders	3
2.1.3. Das Elternhaus Schröders.....	4
2.2. Kindheit und Schulzeit	4
2.3. Studium und Assistenzzeit.....	5
2.4. Friedrich Schröders chirurgische Tätigkeit während des zweiten Weltkrieges.....	14
2.5. Die Familie von Friedrich Schröder	15
2.6. Schröders Wirken an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg und die Beendigung seines Studium der Medizin in München.....	16
2.7. Schröders Beurlaubung an die Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf.....	23
2.8. Rückkehr an die Norddeutsche Kieferklinik in Hamburg und seine Habilitation	25
2.9. Friedrich Schröders Tätigkeit an der Universitätsklinik Bonn	32
2.10. Schröders Wirken an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg.....	37
2.11. Tod und Nachrufe.....	47
2.12. Friedrich Schröders Wirken auf seine Mitmenschen	48
3. Tabellarischer Lebenslauf von Friedrich Schröder	50
4. Wissenschaftliches Wirken	53
4.1. Überblick	53
4.2. Publikationen in chronologischer Reihenfolge	54
4.3. Inhaltsangabe der wichtigsten wissenschaftlichen Werke Schröders	68
4.3.1. Zahnmedizinische Dissertationsschrift von Friedrich Schröder.....	68
4.3.2. Medizinische Dissertationsschrift.....	72
4.3.3. Habilitationsschrift.....	76
4.3.4. Ein Beitrag zur Speichelsteinerkrankung.....	80

4.3.5. Die Gesichtshautraffung als Hilfsmittel bei der Behandlung der Facialisparese	82
4.3.6. Der Zeitpunkt für Korrekturoperationen bei Jugendlichen und Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	83
4.3.7. Die operative Korrektur des Pterygium colli	86
4.3.8. Therapie der Kiefergelenksankylose.....	87
4.3.9. Die Operationen der doppelseitigen Lippenspalten.....	89
4.3.10. Zur kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung von Dysgnathien	91
4.3.11. Apparate zur Reposition und Fixation der Kieferfrakturen.....	93
4.3.12. Alveolarkammaufbau im Oberkiefer mit körpereigenem Material - im Vergleich zu den Gerüstimplantaten	96
4.3.13. Spätplastik und Sofortplastik nach Unterkieferresektion (Maßnahmen zur Wiederherstellung normaler Gesichtsform und Kieferfunktion)	99
4.3.14. Komplikationen von seiten der Kieferhöhle bei der Entfernung oberer Molaren.....	101
4.3.15. Die Chirurgie des Karzinoms der Zunge und des Mundbodens.....	106
4.3.16. Die primäre Wiederherstellung des Gesichtsskelettes nach Unfällen	109
4.3.17. Die Ergebnisse nach Operationen großer Cysten im Unterkiefer mit gleichzeitiger Knochentransplantation	110
4.3.18. Zur primären Osteoplastik bei doppelseitiger Lippen-Kiefer- Gaumenspalte.....	112
4.3.19. Sekundäre Osteoplastik als Basis für Lippen- und Nasenkorrektur bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten Patienten	114
4.3.20. Die Versorgung der Mund- und Kieferverletzungen	116
4.3.21. Die Mikrogenie und ihre Behandlung.....	119
4.3.22. Zum Verhalten von freien Hauttransplantaten in beweglichen und unbeweglichen Bereichen der Gesichtsweichteile	121
4.3.23. Zur Primäroperation doppelseitiger Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten	123
4.3.24. Diagnose und Behandlung von Mittelgesichtsfrakturen aus kieferchirurgischer Sicht	125
4.3.25. Rekonstruktion der Unterlippe nach Tumorexzision.....	127

4.3.26. Kinnrekonstruktion nach Tumorresektion	129
4.4. Von Schröder betreute wissenschaftliche Arbeiten in Würzburg	130
4.5. Gehaltene Lehrveranstaltungen.....	133
4.6. Vorträge auf Kongressen und weiterbildenden Veranstaltungen.....	134
4.7. Auszeichnungen und Unterstützung bei Forschungsarbeiten	146
4.8. Abkürzungsverzeichnis.....	146
5. Quellen- und Literaturverzeichnis.....	148
5.1. Persönliche Mitteilungen	148
5.2. Literaturverzeichnis	151
5.3. Quellenverzeichnis	157
6. Bild- und Urkundenanhang.....	165
7. Indizes.....	189
7.1. Namensindex.....	189
7.2. Sachindex.....	200

Danksagung

Lebenslauf

1. EINLEITUNG

Der Vorgänger von Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder Prof. Dr. Dr. Gerhard Steinhardt leitete von 1959 bis 1962 die kieferchirurgische Abteilung der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Würzburg. Prof. Steinhardt wurde besonders durch seine Forschungen und Veröffentlichungen über das Kiefergelenk bekannt. Von 1962 bis 1972 leitete er als Direktor die Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Erlangen.

Als im Sommer 1962 Prof. Dr. Dr. Hans Schlampp, der Ordinarius der Zahnmedizin an der Universität Würzburg, verstarb, wurde Schritt für Schritt das Gesamtfach Zahnmedizin in einzelne Lehrstühle aufgeteilt.

Im Dezember 1963 kam Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder von der Klinik für Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen Bonn, wo er bis dahin als Oberarzt der chirurgischen Abteilung tätig war, an die Würzburger Zahnklinik. Prof. Dr. Rudolf Naujoks leitete seit dem 01. Mai 1963 die konservierende, prothetische und kieferorthopädische Abteilung in Würzburg.

1964 folgte die Berufung von Prof. Dr. Fritz Bramstedt auf den damals neugeschaffenen Lehrstuhl Experimentelle Zahnheilkunde. Prof. Dr. Wilhelm Kühl besetzte 1972 den damals ebenfalls neuengerichteten Lehrstuhl für Zahnärztliche Prothetik. Die Berufung von Prof. Dr. Emil Witt im Jahre 1974 auf den neugeschaffenen Lehrstuhl für Kieferorthopädie realisierte den personellen Ausbau der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Würzburg. Friedrich Schröder leitete die Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie der Universität Würzburg bis zum 30. April 1981.

Diese Arbeit, in der mit einer Reihe weiterer Dissertationen die neuere Geschichte der Würzburger Zahnheilkunde dargestellt werden soll, stützt sich in ihrem biographischen Teil hauptsächlich auf die Auskünfte von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, und Herrn Priv.-Doz. Dr. Horst Friedrich Schröder, den Neffen von Herrn Prof. Friedrich Schröder.

2. BIOGRAPHIE

2.1. Vorfahren und Eltern

2.1.1. Großeltern Schröders

Die Großeltern von Friedrich Schröder väterlicherseits waren der Kaufmann Johann Friedrich Schröder¹, geboren am 11. Januar 1842 in Frielendorf², gestorben in Frielendorf³ und seine Frau Anna Elisabeth Schröder, geborene Sandmüller, geboren am 21. Mai 1852 in Frielendorf.⁴ Die Ehe wurde am 16. Juni 1872 in Spiesscappel geschlossen.⁵ Beide waren wohnhaft in Hausnummer 28 in Frielendorf.⁶

Schröders Mutter war die Tochter des Ackermanns Christoph Schlemmer, der am 09. März 1845 in Verna geboren worden war⁷, und dessen Frau Anna Martha Schlemmer, geborene Bernhardt, geboren am 14. Februar 1856 in Welferode.⁸ Die Ehe wurde am 29. März 1887 in Dillich geschlossen.⁹ Bis zu ihrem Tode lebten die beiden Eheleute in Verna in Hausnummer 25.^{10, 11}

¹ Entnommen aus der Heiratsurkunde der Eltern Friedrich Schröders vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

² Entnommen aus dem „Auszug aus dem Taufbuch der evangelischen Gemeinde Frielendorf“ am 14. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

³ Entnommen aus der Heiratsurkunde der Eltern Friedrich Schröders vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁴ Entnommen aus dem „Auszug aus dem Taufbuch der evangelischen Gemeinde Frielendorf“ vom 14. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁵ Entnommen aus dem „Auszug aus dem Trauungsbrief der evangelischen Gemeinde Frielendorf“ vom 14. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁶ Entnommen aus der Geburtsurkunde von George Schröder vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁷ Entnommen aus dem „Auszug aus dem Taufbuch der evang. reformierten Kirchengemeinde Verna“ vom 15. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁸ Entnommen aus der Heiratsurkunde der Großeltern Friedrich Schröders mütterlicherseits vom 15. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁹ Entnommen aus der Heiratsurkunde der Großeltern Friedrich Schröders mütterlicherseits vom 15. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁰ Entnommen aus der Geburtsurkunde von Friedrich Schröders Mutter, Maria Schlemmer vom 14. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹¹ Entnommen aus der Heiratsurkunde der Eltern Friedrich Schröders vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

2.1.2. Eltern und Geschwister Schröders

Friedrich Schröders Vater, der Kaufmann Georg Schröder, wurde am 29. Mai 1881 in Frielendorf geboren.¹² Die Mutter Maria Schröder, geborene Schlemmer, geboren am 09. Oktober 1889 in Verna Kreis Homberg¹³, lebte zusammen mit ihrem Mann in Frielendorf in Hausnummer 130.¹⁴ Die beiden Eheleute heirateten am 05. Februar 1910 in Frielendorf.¹⁵

Die Eltern von Friedrich Schröder führten ein Gemischtwarengeschäft in Frielendorf, einen landwirtschaftlichen Betrieb¹⁶ und eine Tankstelle.¹⁷

Am 08. März 1911 wurde Sohn Carl Schröder geboren, der nach seinem Abitur eine Lehre als Kaufmann begann und im elterlichen Geschäft mitarbeitete.¹⁸ Nach dem Tode seiner Mutter übernahm er das Gemischtwarengeschäft in Frielendorf 130.¹⁹

Am 14. April 1912 um 13 Uhr wurde ihr zweiter Sohn Friedrich Karl Schröder in Frielendorf Kreis Ziegenhain geboren.²⁰

Zu seinem Bruder hatte Friedrich Schröder ein normales geschwisterliches Verhältnis.²¹

Der Vater, Georg Schröder, verstarb am 06. Januar 1951 in Frielendorf.²²

¹² Entnommen aus der Heiratsurkunde der Eltern Friedrich Schröders vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹³ Entnommen aus der Heiratsurkunde der Eltern Friedrich Schröders vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁴ Entnommen aus der Geburtsurkunde von Friedrich Karl Schröder vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁵ Entnommen aus der Heiratsurkunde der Eltern Friedrich Schröders vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁶ Entnommen aus dem Testament der Eltern Friedrich Schröders vom 25. Februar 1949 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁷ Mündliche Auskunft von Frau Roswitha Lange, 1. Vorsitzende des Heimat & Geschichtsverein e. V. Frielendorf, vom 25. März und 12. April 2002.

¹⁸ Schriftliche Auskunft von Herrn Priv.-Doz. Dr. Horst Schröder, dem Neffen von Friedrich Schröder, vom 21. September und 07. Oktober 2001.

¹⁹ Entnommen aus dem Testament der Eltern Friedrich Schröders vom 25. Februar 1949 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁰ Entnommen aus der Geburtsurkunde von Friedrich Karl Schröder vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

Friedrich Schröders Mutter verstarb am 02. Januar 1974 in Frielendorf.²³

2.1.3. Das Elternhaus Schröders

Friedrich Schröders Geburtshaus befindet sich auf der Hauptstraße 51 in 34621 Frielendorf.²⁴

Heute befindet sich in dem Haus der Museumsladen und die Gemeindebücherei. Angrenzend an das elterliche Haus befand sich eine Scheune mit Stallung, die im September 2001 wegen starken Wurmbefalls abgerissen wurde.²⁵

2.2. Kindheit und Schulzeit

Bevor hier näher auf die Kindheit und Schulzeit von Friedrich Karl Schröder eingegangen wird, soll noch kurz auf eine in der Literatur über Schröder häufig auftretende Diskrepanz in der Schreibweise seines Vornamens hingewiesen werden.

Bei der Durchsicht der unterschiedlichen Bibliographien stellt man fest, dass der Vorname von Schröder teils mit „Fritz“ und teils mit „Friedrich“ aufgeführt wurde. In den Urkunden seiner Schulzeit und Universitätszeit wurde der Vorname fast immer mit Fritz angegeben, später mit Friedrich.

Die Überprüfung der Schreibweise des Vornamens ergab folgendes:

1. In der Geburtsurkunde steht „Friedrich“
2. Schröder selbst unterschrieb immer mit „Friedrich“
3. Freunde und Verwandte nannten ihn „Fritz“.

²¹ Schriftliche Auskunft von Herrn Priv.-Doz. Dr. Horst Schröder, dem Neffen von Friedrich Schröder, vom 07. Oktober 2001.

²² Schriftliche Auskunft von Herrn Priv.-Doz. Dr. Horst Schröder, dem Neffen von Friedrich Schröder, vom 21. September und 07. Oktober 2001.

²³ Schriftliche Auskunft von Herrn Priv.-Doz. Dr. Horst Schröder, dem Neffen von Friedrich Schröder, vom 21. September und 07. Oktober 2001.

²⁴ Schriftliche Auskunft von Herrn Alexander Warmke, 1. Vorsitzender des Heimat & Geschichtsverein e. V. Frielendorf, vom 02. und 04. Oktober 2001.

²⁵ Schriftliche Auskunft von Herrn Alexander Warmke, 1. Vorsitzender des Heimat & Geschichtsverein e. V. Frielendorf, vom 02. und 04. Oktober 2001.

Friedrich Karl Schröder wurde am 14. April 1912 um 13 Uhr als zweites von zwei Kindern in Frielendorf, Bezirk Kassel, geboren.²⁶

Am 19. Mai 1912 wurde Friedrich Schröder in der Evangelischen Klosterkirche zu Spieskappel getauft. Seine Konfirmation erfolgte ebenfalls in dieser Klosterkirche am 11. April 1926.²⁷

Nach Besuch der Volksschule, von Ostern 1919 bis Ostern 1923, und des Badischen Realgymnasiums II in Mannheim, von Ostern 1923 bis Ostern 1932, legte Friedrich Schröder am 26. Februar 1932 die Reifeprüfung ab.²⁸ Das Realgymnasium Lessingschule Mannheim besuchte er seit dem 18. April 1923 von der Klasse VI a an und er war seit dem 20. April 1931 Schüler der Oberprima.²⁹

Schröder war zudem ein ausgezeichneter Sportler.³⁰

2.3. Studium und Assistenzzeit

Den Tag der Immatrikulation an der Universität Marburg beziffert das Staatsarchiv Marburg/Lahn mit dem 05. April 1932 und der Immatrikulationsnummer -35-.³¹

Am 06. Mai 1932 wurde Friedrich Schröder als Student der medizinischen Fakultät der Philipps-Universität Marburg aufgenommen.³² Er begann dort mit dem Studium der Zahnmedizin.³³

²⁶ Entnommen aus der Geburtsurkunde von Friedrich Karl Schröder vom 13. Juni 1935 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁷ Entnommen aus einem Schreiben des Evangelischen Pfarramtes Frielendorf-Spieskappel von Frau Klös vom 09. September 2002.

²⁸ Entnommen aus dem Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg.

²⁹ Entnommen aus dem Reifezeugnis vom 26. Februar 1932 (Privatbesitz der Familie Schröder).

³⁰ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 16. September 2001.

³¹ „Auszug aus dem Verzeichnis der Studierenden an der Philipps-Universität Marburg an der Lahn vom Sommer-Semester 1932“ (Personalakte Würzburg).

³² Entnommen aus den Studienunterlagen von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

³³ Entnommen aus Friedrich Schröders Zahnmedizinischer Dissertationsschrift „Gewerbeschädigungen in der Mundhöhle unter besonderer Berücksichtigung der Bleierkrankung und ihre unfallrechtliche Bedeutung“, München, med. Diss. v. 30. März 1936.

Da Friedrich Schröder nicht mehr im Besitz seines Zeugnisses über die zahnärztliche Vorprüfung und seines Studienbuches der Philipps-Universität Marburg war³⁴, zog ich als Quelle ein Schreiben des Vorsitzenden des Ausschusses für die zahnärztliche Vorprüfung der Universität Marburg, Prof. Dr. med. G. Petry³⁵, heran. Im Sommersemester 1933, vom 27. Juli bis 07. August 1933, bestand er dort seine zahnärztliche Vorprüfung mit der Note „genügend“.³⁶

Nach seiner Exmatrikulation am 01. März 1934³⁷ siedelte der Student Friedrich Schröder nach dem vierten Semester nach München über³⁸.

Am 17. Mai 1934 immatrikulierte sich Friedrich Schröder an der Ludwig-Maximilians-Universität München.³⁹ Er musste eine Aufnahmegebühr von 42,50 Mark bezahlen.⁴⁰

Hier hörte er folgende Vorlesungen und belegte folgende Kurse⁴¹:

Im Sommersemester 1934⁴²:

- „Die Anästhesie in der Zahnheilkunde bei Prof. Dr. Dr. Faber⁴³ ;
- Kurs der konservierenden Zahnheilkunde am Patienten bei Prof. Dr. Dr. Hauenstein⁴⁴;
- Klinische Vorführung aus der Chirurgie des Kopf- und Halsgebietes bei Prof. Dr. Hoffmeister⁴⁵;

³⁴ Schreiben des Oberregierungsrates der Universität Würzburg an das Rektorat der Universität Marburg vom 23. April 1964 (Personalakte Würzburg).

³⁵ Petry, Gerhard, Dr. med., em. UProf. Marburg; (Kürschner 2001, S. 2387).

³⁶ Schreiben des Vorsitzenden des Ausschusses für die zahnärztliche Vorprüfung an die Universität Würzburg vom 16. Juni 1964 (Personalakte Würzburg).

³⁷ Entnommen aus den Studienunterlagen von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

³⁸ Entnommen aus Friedrich Schröders Zahnmedizinischer Dissertationsschrift „Gewerbeschädigungen in der Mundhöhle unter besonderer Berücksichtigung der Bleierkrankung und ihre unfallrechtliche Bedeutung“, München, med. Diss. v. 30. März 1936.

³⁹ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁴⁰ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁴¹ Die in Friedrich Schröders Studienbüchern ohne Titel genannten Dozenten sind Kürschners Deutschem Gelehrten Kalender unterschiedlicher Jahrgänge entnommen. Zum besseren Verständnis der akademischen Ausbildung Friedrich Schröders sind bei einer eindeutigen Zuordnung der von Friedrich Schröder in seinen beiden Studienbüchern aufgeführten Gelehrten diese mit einer Kurzbiographie betitelt.

⁴² Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁴³ Faber, Fritz, geb. 13.04.1887 in Karlsruhe, Dr. med, Dr. med. dent., o. UP, Vorst. d. zahnärztl. Klinik Freiburg i. Br., PDoz. seit 1927, Appob. als Arzt 1914; als Zahnarzt 1920, ao. UP. seit 1932, o. UP. Freiburg i.Br. 1934; (Kürschner 1935, S. 299).

⁴⁴ Hauenstein, Karl, geb. 21.10.1887 Günzersreuth, Mittelfranken, Dr. med. et med. dent., öo. Uprof., Dir. UZahn- u. Kieferklinik Leipzig 1901, PDoz. Erlangen 1922, ao. UP. 1926, München 1929, Leipzig 1934; (Kürschner 1950, S. 726).

- Spezielle Pathologie und Therapie der Zahn- und Kiefererkrankungen II bei Prof. Dr. Dr. Kranz⁴⁶ ;
- Klinik der Zahn- und Kiefererkrankungen für Fortgeschrittene bei Prof. Dr. Dr. Kranz;
- Perkussion und Auskultation für Anfänger (Zahnmedizin) bei Prof. Dr. Lange⁴⁷;
- Klinik und Poliklinik der Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Dr. von Lumbusch.“

Die damals üblichen Studien- und Unterrichtsgebühren betragen, laut Studienbuch, für Friedrich Schröder im SS 1934 192 Reichsmark.⁴⁸

Während seines Studiums trat er dem Akademischen Turnverein ATV bei. Wie sein Verbindungsbruder Hellmuth Mittenzwei, erhielt auch er einen „Kneipnamen“, der „Wudky“ lautete. Sein Freund Dr. Hermann Hartlaub, der Besitzer des Preysing Palais in München, war ebenfalls Mitglied in der studentischen Verbindung. Bei ihm wohnte Schröder.⁴⁹

Im WS 1934/35 belegte er folgende Kurse⁵⁰ :

- „Allgemeine Pathologie bei Dr. Borst⁵¹;
- Kurs II des Zahnersatzes für Kliniker bei Prof. Dr. Falck⁵²;
- Spezielle Pathologie und Therapie der Zahn- und Kiefererkrankungen I bei Prof. Dr. Dr. Kranz;
- Kurs der konservierenden Zahnheilkunde am Patienten bei Prof. Dr. Pieper⁵³;

⁴⁵ Hoffmeister, Wilhelm, geb. 12.01.1899, Chirurgie, Dr. med., apl. UP., Chefarzt München Großhadern, nb. ao. UP. 1934, apl. UP. 1939; (Kürschner 1940/41, S. 758).

⁴⁶ Kranz, Peter Paul, geb. 29.12.1884 Hainstadt/Main, Dr. med. et phil. oö. UProf., Dir. Klinik f. Zahn-, Mund- u. Kiefererkrankungen München 1915, PDoz Frankfurt/Main 1919, beamt. ao. P. München 1922, oö. P. 1935; (Kürschner 1950, S. 1096).

⁴⁷ Lange, Fritz, geb. 25.09.1892, Innere Medizin (Kreislauf), Dr. med., ao. UP., Oberarzt an d. I. Med. Klinik München, PDoz. Univ. München 1927, ao. UP. Ebda 1933; (Kürschner 1935, S. 775).

⁴⁸ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁴⁹ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 16. September 2001.

⁵⁰ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁵¹ Borst, Hans Georg, Dr. med., PDoz.; Chirurgie; (Kürschner 1966, S. 237).

⁵² Falck, Karl, geb. 19.01.1884 Marburg, ao. Prof., Vorst. d. prothet. Abt. UZahnklinik München, PDoz. München 1926, ao. P. 1929, pl. ao. Prof. 1936; (Kürschner 1940/41, S. 395).

- Konservierende Zahnheilkunde II bei Prof. Dr. Pieper;
- Einführung in die Orthodontie bei Prof. Dr. Pieper;
- Zahnärztlich chirurgische Prothetik bei Prof. Dr. Dr. Reichenbach⁵⁴;
- Hygiene und Bakteriologie bei Prof. Dr. Seiser⁵⁵.“

Die Studiengebühr für das WS 1934/35 betrug 219 Mark.⁵⁶

Im SS 1935 belegte er folgende Vorlesungen und Kurse⁵⁷:

- „, Experimentelle Pharmakologie für Zahnärzte bei Dr. Forst⁵⁸;
- Klinik für Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten und zahnärztliche Chirurgie bei Prof. Dr. Dr. Kranz;
- Keramischer Kurs bei Frau Dr. Kösters⁵⁹;
- Konservierende Zahnheilkunde II. Teil bei Prof. Dr. Pieper;
- Einführung in die zahnärztlich-chirurgische Prothetik II. Teil bei Prof. Dr. Dr. Reichenbach;
- Pathohistologie der Zähne bei Dr. Wasmuth.“⁶⁰

Die Studiengebühr für das SS 1935 betrug 163 Reichsmark.⁶¹

Am 17. Juni 1935 wurde er zum Staatsexamen im Studienfach der Zahnmedizin an der Universität München zugelassen⁶², welches er am 18. November 1935 mit der Note „gut“ bestand.⁶³

⁵³ Pieper, Karl, geb. 10.06.1886, Zahnheilkunde, Dr., oö. UP., Zahnarzt, PDoz. 1929, oö. UP. 1938; (Kürschner 1940/41 S. 373).

⁵⁴ Reichenbach, Erwin, geb. 01.08.1897 Augsburg, Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. dent. h. c., Dr. med. h. c., em. UProf. m. Lstuhl, em. Dir. UKlin. U. Poliklin. f. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankh. Halle/S., UPDoz. München 1930, ao. Prof. Leipzig 1936, Halle/S. 1947, em. 1962, Nationalpreis DDR 1956, Dr. med. dent. h. c. Hamburg 1962, Dr. med. h. c. Halle/S. 1967; (Kürschner 1970, S. 2373).

⁵⁵ Seiser, Adolf, geb. 26.04.1891 Würzburg, Dr. med., em. o. UProf. Erlangen, UPDoz. Halle/S. 1927, München 1929, apl. Prof. 1933, oö. Prof. Gießen 1935, Halle/S. 1939-1945, Leiter staatl. Bakteriolog. Unters.anst. Erlangen 1952-1956, em. o. UProf. Erlangen 1958; (Kürschner 1970, S. 2824).

⁵⁶ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁵⁷ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁵⁸ Forst, August Wilhelm, geb. 10.06.1890 Mailand, Dr. med. et phil., o. UProf., Dir. Pharmakol. Inst. München, PDoz. München, o. P. 1946; (Kürschner 1950, S. 495).

⁵⁹ Kösters, Maria, geb. 24.02.1900, Zahnheilkunde, Dr., apl. UP. München 1922, München U. PDoz. 1932, nb. ao. UP. 1938; (Kürschner 1940/41, S. 957).

⁶⁰ Wasmuth, Ferdinand, geb. 16.01.1883, Zahnmedizin, PDoz. an d. Univ., Arzt u. Zahnarzt, PDoz. Univ. München 1928; (Kürschner 1935, S. 1491).

⁶¹ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁶² Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

Am 08. Januar 1936 erhielt Friedrich Schröder die Approbation als Zahnarzt.⁶⁴ Am 30. März 1936 promovierte er in München.⁶⁵ Auf die von ihm angefertigte Dissertation (Note 4) mit dem Titel: „Gewerbeschädigungen in der Mundhöhle unter besonderer Berücksichtigung der Bleierkrankung und ihre unfallrechtliche Bedeutung“⁶⁶ soll jedoch erst später eingegangen werden.

Vom 07. Januar 1936 bis 01. Juni 1936 arbeitete er in der prothetischen Abteilung unter der Leitung von Prof. Dr. Falck an der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München als Volontärassistent.⁶⁷ Dort hatte er „unter Aufsicht von Prof. Reichenbach die Versorgung der Patienten mit allen Arten von festsitzendem und herausnehmbaren Zahnersatz geübt und die Anwendung der orthopädischen Behandlungsmethoden erlernt.“⁶⁸

Doch hauptsächlich beschäftigte er sich in diesem Zeitraum mit chirurgischer Prothetik. Er erlernte die Herstellung von Zahnersatz jeglicher Art, den künstlichen Ersatz verloren-gegangener Kieferteile und die Korrektur falscher Zahnstellungen.⁶⁹

Vom 01. Juni 1936 bis 31. Dezember 1936 war er in der chirurgischen Abteilung unter der Leitung von Prof. Dr. Kranz als Volontärassistent in der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München tätig. In dieser Zeit genoss er eine 6-monatige Ausbildung im Röntgen von Zähnen, Kiefern und SchädelSpezialaufnahmen. Nach dieser Zeit widmete er sich der Diagnostik und der konservativen und operativen Behandlung von Mundkrankheiten, Erkrankungen von Zähnen und Kiefern, Parodontitiden und Gelenkerkrankungen. Besonders interessierte er sich zu diesem Zeitpunkt für die Untersuchung der Zähne und Kiefer bei Verdacht auf Herderkrankungen. Aufgrund der geringen Bettenzahl von 20 beschränkte sich die

⁶³ Entnommen aus dem Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg.

⁶⁴ Approbationsurkunde vom 08. Januar 1936 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁶⁵ Entnommen aus dem Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg.

⁶⁶ Doktorbrief vom Jahre 1936 (Personalakte Würzburg).

⁶⁷ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Falck vom 09. Oktober 1939 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁶⁸ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁶⁹ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

klinisch-stationäre Ausbildung auf die Behandlung von septischen Prozessen und Kieferbrüchen.⁷⁰

Vom 01. Januar 1937 bis 28. Februar 1946 arbeitete er als wissenschaftlicher Assistent an der Universitätsklinik München.⁷¹

In diesem Zeitraum war er vom 01. Februar 1938 bis zum 04. September 1939 der Bettenstation, die damals in der Augenklinik in der Mathildenstraße untergebracht war, zugeteilt, wobei er seit dem 01. März 1939 den Dienst auf der Bettenstation selbstständig tätigte.⁷²

Zu dieser Zeit studierte er auch noch Medizin.

Im SS 1939 belegte er folgende Kurse und Vorlesungen⁷³:

- „, Medizinische Klinik für Vorgerückte bei Prof. Dr. Schittenhelm⁷⁴;
- Chirurgische Klinik bei Prof. Dr. Magnus⁷⁵;
- Klinik der Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Halses bei Prof. Dr. Brünings⁷⁶;
- Spiegelkurs für Ohr, Nase und Hals bei Prof. Dr. Brünings;
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde des praktischen Arztes bei Dr. Beck.⁷⁷

Die Studiengebühr für das SS 1939 betrug 157,70 RM.⁷⁸

Im Studienbuch sind noch zwei weitere Semester WS 1939/40 und SS 1940 aufgeführt.

Während dieser Zeit war er in einem Teillazarett der Kieferklinik München tätig.⁷⁹

⁷⁰ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁷¹ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁷² Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Kranz vom 11. Juli 1940 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁷³ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁷⁴ Schittenhelm, Alfred, geb. 16.10.1874 Stuttgart, Innere Medizin, Dr. med., o. UP., Dir. d. II. Med. Klinik München 1922, Göttingen PDoz. 1904, Berlin Tit.Prof. 1907, Erlangen ao. UDoz., Königsberg i. Pr. o. UP. 1912, Kiel 1916, München 1934; (Kürschner 1940/41, S. 595).

⁷⁵ Magnus, Georg, geb. 28.07.1883 Berlin, Chirurgie, Dr. med., Dr. med. h. c., o. UP. München 1909, Marburg PDoz. 1913, ao. UP. 1918, Jena 1920, Berlin o. UP. 1933; (Kürschner 1940/41, S. 113).

⁷⁶ Brünings, Wilhelm, geb. 31.01.1876 Hannover, Dr. med. et phil., o. UProf., Dir. Hals-, Nasen-, Ohrenklin. u. Poliklin. München-Solln, PDoz. Zürich, Freiburg (Br.), Jena, Greifswald, o. P. Jena 1917, München 1930; (Kürschner 1950, S. 243).

⁷⁷ Beck, Josef, Dr. med., oö. UProf., Dir. HNO-UKlin., Erlangen, UPDoz. München 1926, nbeamt. ao. Prof. 1930, oö. Prof. Erlangen 1948; (Kürschner 1966, S. 110).

⁷⁸ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

So hörte Friedrich Schröder folgende Vorlesungen⁸⁰:

- „, Physiologische Übungen bei Prof. Dr. Broemser⁸¹;
- Anatomie III Nervensystem und Sinnesorgane bei Prof. Dr. Dr. Dabelow⁸²;
- Gewebelehre bei Prof. Dr. Dr. Dabelow;
- Abstammungslehre bei Prof. Dr. Erhard⁸³
- Systematische Botanik II bei Prof. Dr. von Faber⁸⁴;
- Zoologie II bei Prof. Dr. Dr. von Frisch⁸⁵;
- Physiologische Chemie bei Prof. Dr. Hahn⁸⁶;
- Anatomie II bei Prof. Dr. Vogt⁸⁷;
- Präparierübungen II Kurs bei Prof. Dr. Vogt;
- Pharmakologie und Toxikologie bei Prof. Dr. Dr. Straub.⁸⁸

Die Studiengebühr belief sich in diesem Semester auf 171, 80 Reichsmark.⁸⁹

Im Sommersemester 1940 belegte Friedrich Schröder folgende Veranstaltungen⁹⁰:

⁷⁹ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Kranz vom 02. Mai 1947 (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁸⁰ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁸¹ Broemser, Philipp, geb. 20.07.1886 Rüdesheim, Physiologie, Dr., o. UP., Dir. d. Physiolog. Institutes, Rektor U. München 1927, München PDoz. 1918. ao. UP. 1922, Basel o. UP. 1925, Heidelberg 1930, München 1934; gest. 1940/41 (Kürschner 1940/41, S. 205).

⁸² Dabelow, Adolf, geb. 28.06.1899 Magdeburg, Dr. med., Dr. phil. nat., Dr. med. h. c., em. oö. Prof., UP-Doz. Kiel 1929, Marburg/L. 1932, ao. Prof. 1934, o. Prof. u. Abt.leiter München 1936, o. Prof. u. Dir. Leipzig 1942, Mainz 1946; (Kürschner 1970, S. 443).

⁸³ Erhard, Hubert, geb. 09.01.1883 München, Dr. phil., UProf. München a. D., UPDoz. Münster/Westfalen 1913, Gießen 1914, nbeamt. ao. Prof. 1922, oö. Prof. u. Dir. Zool. Inst. Fribourg 1928, Prof. München 1937, a. D. 1945; (Kürschner 1961, S. 398).

⁸⁴ v. Faber, Friedrich Karl, geb. 10.07.1880 Amsterdam, Dr., o. UProf. u. Dir. Bot. Staatsanstalten i. P. München-Obermenzing, o. P. Wien 1931, München 1935; (Kürschner 1950, S. 442).

⁸⁵ v. Frisch, Karl, geb. 20.11.1886, Dr. phil., Dr. phil. h. c., Dr. rer. nat. h. c., Dr. phil. h. c., Dr. h. c. Dr. rer. nat. h. c., Dr. h. c., Hon. UProf. Graz, UDoz. München 1912, tit. ao. Prof. Rostock 1921, Breslau 1923, München 1925, em. o. UProf. Graz 1946, München 1950, em. 1958, Gr. Verdienstkr. m. Stern d. Verdienstord. BRD 1963, Nobelpreis f. Physiologie o. Medizin 1973, Gr. Verdienstkr. m. Stern u. Schulterband d. Verdienstordens d. BRD 1974, Dir. Zool. Inst., Mitgl. Akad. Wissen. München, Kopenhagen, Wien, Göttingen, Graz; (Kürschner 1980, S. 990).

⁸⁶ Hahn, Amandus, geb. 16.01.1889 Düsseldorf, Dr. med. et phil., o. Prof., Mitgl. Bayer. Akad. Wiss., Dir. d. Physio.-Chem. Uinst. München 1915, plm. ao. P. 1942, plm. o. P. 1946; (Kürschner 1950, S. 690).

⁸⁷ Vogt, Walther, geb. 24.02.1888 Kiel, Anatomie, Entwicklungsgeschichte, Dr. med., o. UP. München 1938, Marburg/L. UPDoz. 1917, Würzburg 1919, ao. UP. 1921, München 1923, Zürich o. UP. 1930, München 1935; (Kürschner 1966, S. 954).

⁸⁸ Straub, Walther, geb. 08.05.1974 Augsburg, Pharmakologie, Dr. med., Dr. phil. h. c., Dr. jur. h. c., em. o. UP., GHof.R. München 1915, Leipzig PDoz. 1900, Marburg ao. UP. 1905, Würzburg o. UP. 1906, Freiburg 1907, München 1923, em. 1939; (Kürschner 1940/41, S. 877).

⁸⁹ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁹⁰ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

- „Allgemeine Pathologie und Wehrpathologie bei Dr. Borst;
- Spiegelkurs für Ohr, Nase und Hals bei Prof. Dr. Brünings;
- Entwicklungsgeschichte bei Prof. Dr. Dabelow;
- Demonstrationspraktikum für Mediziner bei Prof. Dr. Gerlach⁹¹;
- Medizinische Strahlenkunde bei Prof. Dr. Gotthardt⁹²;
- Augenspiegelkurs bei Prof. Dr. Meissner⁹³;
- Menschliche Erblehre und Rassenkunde bei Prof. Dr. Mollison⁹⁴;
- Geschichte der Medizin bei Prof. Dr. Müller, Martin⁹⁵;
- Einführung in die Geburtshilfe bei Prof. Dr. Reck⁹⁶;
- Bevölkerungspolitik bei Prof. Dr. Rudin⁹⁷;
- Hygiene II bei Dr. Dr. Schmidt Lange⁹⁸;
- Chirurgische Propädeutik bei Dr. Schörcher⁹⁹;
- Kursus der klinischen Chemie bei Dr. Schittenhelm;
- Perkussion und Auskultation bei Prof. Dr. Stepp¹⁰⁰;
- Experimentelle Pharmakologie bei Prof. Dr. Straub;
- Topographische Anatomie bei Prof. Dr. Vogt;
- Arbeits-, Sport-, Wehrphysiologie bei Dr. Weltz¹⁰¹;

⁹¹ Gerlach, Walther, geb. 01.08.1889 Biebrich, Dr. rer. nat., oö. UProf. f. Experimentalphysik, Vorst. Physikal. Inst. München 1913, PDoz. Tübingen 1916, Göttingen 1917, ao. P. Frankfurt 1921, oö. P. Tübingen 1924, München 1929; (Kürschner 1950, S. 575).

⁹² Gotthardt, Paul Peter, Dr. med., apl. UProf., nbeamt. ao. P. München 1936; (Kürschner 1950, S. 615).

⁹³ Meissner, Wilhelm, geb. 05.10.1881 Wanne-Eickel, em. oö. Prof. für Augenheilkunde München 1915, Doz. Königsberg/Pr. 1912, Berlin 1917, nbeamt. P. Greifswald 1924, ao. P. Köln 1935, oö. P. München 1937, em. 1948; (Kürschner 1950, S. 1323).

⁹⁴ Mollison, Theodor, geb. 31.01.1874 Stuttgart, Anthropologie, Dr., em. o. UP. München 1927, Zürich UPDoz. 1910, Heidelberg ao. UP. 1916, Breslau etatism. ao. UP. 1918, persönl. o. UP. 1921, München o. UP. 1926; (Kürschner 1940/41, S. 211).

⁹⁵ Müller, Martin, geb. 26.02.1878 Hohenwettersbach, Dr. med., Dr. phil., ao. UProf., PDoz. U. München 1929, beamt. ao. P. 1939; (Kürschner 1950, S. 1412).

⁹⁶ Reck, Walter, geb. 08.10.1896 Köln, Dr. med., apl. UProf., UPDoz. Heidelberg 1929, ao. Prof. München 1936, komm. Vertr. Erlangen, geburtshilfe u. Gynäkologie; (Kürschner 1983, S. 3303).

⁹⁷ Rudin, Ernst, geb. 19.04.1874 St. Gallen, Psychiatrie, Erbbiologie, Rassenhygiene, Dr. med., oö. UP., Dir. d. Kaiser Wilhelm Institutes f. Genealogie u. Demographie d. Dt. Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, München U. PDoz. 1909, ao. UP. 1915, Basel oö. UP. 1925, Honoraruniversitätsprof. 1928, oö. UP. 1933; (Kürschner 1940/41, S. S. 518).

⁹⁸ Schmidt-Lange, Walter, geb. 09.03.1900, Hygiene, Bakteriologie u. Immunitätslehre, Dr. med., Dr. phil., UDoz., Wiss. Ass. München 1915, PDoz. 1936; (Kürschner 1940/41, S. 635).

⁹⁹ Schörcher, Fritz, geb. 11.01.1903, Chirurgie, Dr. med. habil. UDoz., Oberarzt an der Chirurg. Klinik München 1923, München UDoz. 1937; (Kürschner 1940/41, S. 673).

¹⁰⁰ Stepp, Wilhelm, geb. 20.10.1882 Nürnberg, Dr. med., Dr. med. h. c., em. oö. UProf. u. Dir. I. Med.U-Klin. München 1927, UPDoz. Gießen 1911, ao. Prof. 1916, etat-mäß. ao. Prof. 1922, Leiter med. Poliklin., oö. Prof. Jena 1924, Dir. med. Klin. Breslau 1926, München 1934, komm. Dir. med. UKlin.

- Spezielle pathologische Anatomie bei Dr. Borst;
- Klinik der Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Halses bei Prof. Dr. Brünings;
- Anatomie I Einführung in Anatomie und Bewegungswerkzeuge bei Prof. Dr. Dr. Dabelow;
- Systematische und medizinpharmazeutische Botanik mit Vorführungen und Heilkräuterexcursionen bei Prof. Dr. von Faber;
- Bakteriologischer Kurs bei Prof. Dr. Kisskalt¹⁰²;
- Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Prof. Dr. Mayr.¹⁰³

Die Studiengebühr für sein achtens Semester der Humanmedizin belief sich auf 315, 60 Reichsmark.¹⁰⁴

In einem Brief des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 23. April 1940 teilte man Friedrich Schröder mit, dass ihm das vorklinisch-medizinische Studium und die ärztliche Vorprüfung erlassen werden. Weiterhin wurde ihm „die Zahnmedizinisch-klinische Studienzeit mit einem Halbjahr auf die medizinisch-klinische Studienzeit angerechnet“. Für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung musste er „nur ein medizinisch-klinisches Studium von 5 Semestern nachweisen.“ Ferner wurde noch erwähnt, dass Herr Dr. Friedrich Schröder seine Kenntnisse in Anatomie und Physiologie zu ergänzen habe.¹⁰⁵

Würzburg 1947-1948, em. oö. Prof. München 1949, Gr. Verdienstk. BRD, gest. 1966; (Kürschner 1966, S. 2412).

¹⁰¹ Wetz, Georg August, Röntgenologie, Luftfahrtmedizin, Dr. med. habil., UDoz., Röntgenfacharzt München 1922, München U. Lehrauftrag 1936, U. Doz. 1937; (Kürschner 1940/41, S. 1065).

¹⁰² Kisskalt, Karl, geb. 30.12.1875 München, Dr. med., em. oö. UProf., GMedR., UPDoz Gießen 1903, Berlin 1906, oö. Prof. Königsberg/Pr. 1912, Kiel 1917, Bonn 1924, München 1925, em. 1950, Verdienstorden BRD; (Kürschner 1961, S. 976).

¹⁰³ Mayr, Julius Karl, geb. 21.08.1888 Ansbach, Dermatologie u. Enphilidologie, Dr. med., oö. UP., Dir. d. Dermatologischen Klinik u. Poliklinik München, München PDoz. 1923, ao. UP. 1927, Freiburg/Br. Stellv. Dir. U-Hautklinik 1933, Münster oö. UP. u. Dir. d. U-Hautklinik 1934, München 1937; (Kürschner 1940/41, S. 132).

¹⁰⁴ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁰⁵ Entnommen aus einem Schreiben des Bayer. Staatsministeriums für Unterricht und Kultus an Herrn Dr. Friedrich Schröder vom 23. April 1940 (Privatbesitz der Familie Schröder).

2.4 . Friedrich Schröders chirurgische Tätigkeit während des zweiten Weltkrieges

Da er für den Sanitätsdienst eine abgeschlossene Fachausbildung besaß, wurde er zur Beendigung des Studiums nicht freigestellt.¹⁰⁶ Somit wurde er vom 04. September 1939¹⁰⁷ bis zum 30. Januar 1946¹⁰⁸ während des Krieges bei den Sanitätseinheiten der Luftwaffe¹⁰⁹ (Fallschirmjäger; Truppenteil 11./ Flak-Rg. 5)¹¹⁰ als Stabsarzt¹¹¹ eingesetzt. Bis zum 07. August 1940 war er unter Aufsicht von Prof. Kranz¹¹² und Prof. Falck als kieferchirurgischer Hilfsarzt in Lazaretten auf der Kieferchirurgischen Abteilung mit Ambulanz und 60 Betten zur Behandlung von zahnkranken und kriegsverletzten Patienten tätig. Zusätzlich war er als Assistent in der allgemeinen Chirurgie tätig.¹¹³

Vom 13. Dezember 1940 bis zum 16. August 1943 war er auf der kieferchirurgischen Abteilung des Luftwaffen-Lazarettes in Paris stationiert, welches unter der Leitung von Dr. Kranz stand.¹¹⁴

Ab dem 15. November 1943 übernahm er auf Hauptverbandsplätzen und in Feldlazaretten die Erstversorgung der verwundeten Soldaten, häufig mit Unterstützung von Augen- oder Hals-Nasen-Ohrenärzten.¹¹⁵

Von Juli bis Oktober 1944 versorgte er bei einer Division in der Normandie als Kieferchirurg die vom Krieg gezeichneten Soldaten.¹¹⁶

Von Ende Oktober 1944 bis zum Kriegsende war Schröder im Fallschirmjäger Feldlazarett 6 unter der Leitung von Dr. Ludwig Linneweber in der kieferchirurgischen Abteilung tätig.¹¹⁷

Während seiner Dienstzeit als Stabsarzt wurde er mehrmals ausgezeichnet. So erhielt er:

¹⁰⁶ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁰⁷ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Kranz vom 02. Mai 1947 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁰⁸ Entnommen aus dem Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg.

¹⁰⁹ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 06. Juli 2001.

¹¹⁰ Fallschirmschützenschein Friedrich Schröders vom 11.10.1943 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹¹¹ Fallschirmschützenschein Friedrich Schröders vom 11.10.1943 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹¹² Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Kranz vom 02. Mai 1947 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹¹³ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹¹⁴ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Kranz vom 02. Mai 1947 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹¹⁵ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹¹⁶ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Linneweber vom 20. Mai 1947 (Personalakte Würzburg).

¹¹⁷ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Linneweber vom 20. Mai 1947 (Personalakte Würzburg).

- am 01. Dezember 1938 die „Erinnerungsmedaille Sudetenland“,
- am 01. September 1943 die „Klasse mit Schwertern“,
- am 01. November 1943 das „Fallschirmschützenabzeichen“.¹¹⁸

Friedrich Schröder bestätigt in einem Schreiben, dass er vom 09. Mai 1945 bis zum 30. Januar 1946 in Deutschland in englischer Gefangenschaft war. Weiter schreibt er, dass er nicht mehr im Besitz des Entlassungsschein der Gewahrsamsmacht ist und er nur noch den Meldeschein nach seiner Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft besitzt.¹¹⁹ Aus diesem Anmeldeformular der polizeilichen Meldebehörde München vom 27. Februar 1946 wird ersichtlich, dass Friedrich Schröder zu dieser Zeit bei einem Herrn Gerhard Kindler als Untermieter in der Platenstrasse 6 (Hauseigentümer Ludwig Friedl) in München wohnhaft war.¹²⁰

Laut einem Schreiben der Spruchkammer X München vom 11. Juni 1947 ist Friedrich Schröder aufgrund seiner Angaben in seinem Meldebogen „von dem Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus vom 05. März 1946 nicht betroffen.“¹²¹

2.5. Die Familie von Friedrich Schröder

Am 03. Dezember 1952 heiratete Friedrich Schröder im Standesamt Neumünster Ella Anna Karoline, geborene Schmidt.¹²² Die kirchliche Trauung fand in der Vitzelinkirche in Neumünster statt.¹²³ Ella Schröder ist am 20. März 1913 in Neumünster als zweites Kind der Eheleute Carl August Friedrich Schmidt, Schlossermeister, geboren am 05. Juli 1886 in Heiligenhafen, und seiner Ehefrau Dora Catharina Adele Schmidt, geborene Thede geboren am 19. Juni 1890 in Neumünster, geboren worden.¹²⁴ Beide

¹¹⁸ Entnommen aus dem Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg.

¹¹⁹ Entnommen aus einem Schreiben Friedrich Schröders vom 25. März 1964 (Personalakte Würzburg).

¹²⁰ Entnommen aus dem Anmeldebogen bei der polizeilichen Meldebehörde München vom 27. Februar 1946 (Personalakte Würzburg).

¹²¹ Entnommen aus einem Schreiben der Spruchkammer X München an Friedrich Schröder vom 11. Juni 1947 (Personalakte Würzburg).

¹²² Entnommen aus der Heiratsurkunde der Eheleute Schröder vom 08. Juli 1958 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹²³ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 06. Juli 2001.

¹²⁴ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 06. Juli 2001.

waren von evangelischer Konfession und heirateten am 02. Mai 1911 auf dem Standesamt Neumünster.¹²⁵

Elli Schröder, wie sie von guten Bekannten genannt wird, machte eine vierjährige Ausbildung als OP-Schwester in der Kieferklinik St. Georg in Hamburg, die von Prof. Schuchardt geleitet wurde, als sie Friedrich Schröder kennenlernte. Nach dem Krieg benötigte die Kieferklinik mehr Personal. Da sie die Jüngste war und niemand Interesse an einem Klinikwechsel besaß, verließ sie die „große Chirurgie“ und kam an die Nordwestdeutsche Kieferklinik.¹²⁶

Sie unterstützte Friedrich Schröder und begleitete seine Arbeit stets mit Verständnis.

Nach dem Tod ihres Mannes verkaufte sie im August 1998 das Haus in der Trautenauer Straße 24 und zog in ein Seniorenstift im Stadtteil Sanderau in Würzburg.¹²⁷

2.6. Schröders Wirken an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg und die Beendigung seines Studium der Medizin in München

Am 27. März 1946 wurde Friedrich Schröder Assistent in der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg-Eilbeck, die unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Karl Schuchardt¹²⁸ stand. Bis zum 31. Januar 1950 war er hier als Assistenzarzt angestellt.¹²⁹

„Karl Schuchardt bemerkte bald, daß er mit ihm einen in der Kriegschirurgie erfahrenen, geschickten und pflichtbewußten Mitarbeiter bekommen hatte.“¹³⁰ Dr. Alfred Rehrmann¹³¹, der zu dieser Zeit Oberarzt der chirurgischen Abteilung war, hielt

¹²⁵ Entnommen aus der Heiratsurkunde Nr. 116/1911 der Eltern von Ella Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹²⁶ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 06. Juli 2001.

¹²⁷ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 29. September 2001.

¹²⁸ Schuchardt, Karl, geb. 24.12.1901 Itzehoe/Holst., Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h. c., em. o. UProf., UDoz. Berlin 1944, Hamburg 1945, ao. Prof. u. Dir. Nordwestdeutsche Kieferklinik 1945, o. Prof. u. Dir. UKlin. U. Poliklin. f. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankh. 1946, Ausbildung von Prof. Dr. Dr. Martin Waßmund (Kieferklinik Berlin), 1944 Habil., verheiratet zwei Kinder; (Kürschner 1983, S. 3837; Wer ist wer? 1995/96).

¹²⁹ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹³⁰ Entnommen aus einer Laudatio von Gerhard Pfeifer zu Friedrich Schröders 80. Geburtstag (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹³¹ Rehrmann, Alfred, geb. 13.02.1910 Essen, Dr. med., Dr. med. dent., Prof. u. Dir. d. Abt. Kiefer- u. Gesichtschir. d. Westdt. Kieferklin. d. U., Habil. U. Hamburg 1933, umhabil. Med. Akad. Düsseldorf 1953; (Kürschner 1970, S. 2370).

Friedrich Schröder gewissermaßen den Rücken frei, damit dieser nicht nur sein Zweitstudium beenden, sondern auch noch die Auflagen für die Vollapprobation erfüllen konnte (Medizinische Weiterbildung in der Univ.-Augenklinik München, II. Medizinische Klinik, Kinderklinik und Chirurgische Klinik des AK Hamburg-Eilbeck).¹³²

Vom 01. Mai 1948 bis zum 30. September 1948 war Schröder unter der Leitung von Dr. Boehncke auf der Kinderstation der Nordwestdeutschen Kieferklinik tätig. Unter seiner Obhut standen 20 Säuglinge und 30 größere Kinder. Er erlernte in dieser Zeit, „Säuglinge und Kinder zu untersuchen und zu beurteilen, interkurrente Dyspepsien und postoperative Erkrankungen zu behandeln, die Ernährung dementsprechend zu gestalten, und auf die Quarantänestation eingeschleppte Infektionskrankheiten rechtzeitig zu erkennen.“¹³³

Schröder trat zum WS 1948/49 sein 9. Semester Medizin in München an. Er belegte folgende Kurse und Vorlesungen¹³⁴:

- „Medizinische Klinik bei Prof. Dr. v. Bergmann¹³⁵;
- Chirurgische Klinik bei Prof. Dr. Frey¹³⁶;
- Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei Prof. Dr. v. Redwitz¹³⁷;
- Klinik und Poliklinik der Augenkrankheiten bei Prof. Dr. Wessely¹³⁸;
- Med. klinische Visite bei Prof. Dr. Schimert¹³⁹;

¹³² Entnommen aus einer Laudatio von Gerhard Pfeifer zu Friedrich Schröders 80. Geburtstag (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹³³ Entnommen aus dem Zeugnis von Dr. Boehncke vom 07. Februar 1950 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹³⁴ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹³⁵ v. Bergmann, Gustav, geb. 24.12.1878 Würzburg, Innere Medizin, Dr. med., oö. UProf., Dir. II. Med. UKlin. München 1915, PDoz. Berlin 1908, TitP. 1910, oö. P. Marburg 1916, Frankfurt 1920, Berlin 1927, München 1946; (Kürschner 1950, S. 118).

¹³⁶ Frey, Emil Karl, geb. 27.07.1888 Kaufbeuren, Dr. med., Dr. rer. nat. h. c., entpfl. oö. UProf., Dir. UKlin., UPDoz. München 1924, ao. Prof. München u. Berlin 1927, oö. Prof. Med. Akad. Düsseldorf 1930, Dir. Chir. Klin. 1930, Dir. Chir. Klin. München 1943-1958, Großes Verdienstkreuz der BRD, Bayer. Verdienstorden; (Kürschner 1980, S. 990).

¹³⁷ v. Redwitz, Erich Frhr., geb. 02.04.1883 Bamberg, Dr. med., em. oö. UProf. u. Dir. Chir. UKlin. Bonn, UPDoz. Würzburg 1916, Heidelberg 1919, nbeamt. ao. Prof. 1921, beamt. ao. Prof. u. Dir. Chir. UKlin. München 1922, oö. Prof. u. Dir. Chir. UKlin. Bonn 1928, zahlr. Gesellschaften (Kürschner 1961, S. 1618).

¹³⁸ Wessely, Karl, geb. 06.04.1874 Berlin, Dr. med., oö. UProf., Dir. U. Augenklinik, Geh.MedR. München 1919, PDoz. Würzburg 1908, ao. P. 1910, oö. P. u. Dir. Augenklinik 1913, München 1924; (Kürschner 1950, S. 2256).

- Chirurgisch klinische Visite bei Prof. Dr. Voßschulte¹⁴⁰;
- Klinik und Poliklinik der Kinderheilkunde bei Prof. Dr. Wiskott¹⁴¹;
- Gerichtliche Medizin und Begutachtungsmedizin bei Dr. Kares;
- Psychiatrische und Nervenklinik bei Prof. Dr. Stertz¹⁴²;
- Medizinische Poliklinik bei Prof. Dr. Seitz¹⁴³;
- Chirurgische Poliklinik bei Prof. Dr. Bronner¹⁴⁴;
- Klinik und Poliklinik der HNO-Heilkunde bei Prof. Dr. Dr. Brünings;
- Pathologisch-anatomischer Demonstrationskurs bei Prof. Dr. Burkhardt.¹⁴⁵

Die Studiengebühr für diese Semester betrug 213 RM.¹⁴⁶

Im SS 1949, Schröders 10. Semester, belegte er folgende Seminare und Kurse¹⁴⁷:

- „, Medizinische Klinik bei Prof. Dr. v. Bergmann;
- Chirurgische Klinik bei Prof. Dr. Frey;
- Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei Prof. Dr. Eymer¹⁴⁸;
- Klinik und Poliklinik der Kinderkrankheiten bei Prof. Dr. Wiskott;
- Geburtshilflich-gynäkologische Visite bei Prof. Dr. Bauer¹⁴⁹;
- Geburtshilflicher Operationskursus bei Prof. Dr. Bauer;

¹³⁹ Schimert, Gustav, geb. 28.11.1910 Budapest, PDoz. f. Innere Medizin, Wiss. Ass. II. Med. Klinik, Dr. med., ao. UProf., Dir. UInst. f. Prophylaxe d. Kreislaufkrkh., UPDoz. Berlin 1944, München 1947, apl. Prof. 1957; (Kürschner 1980, S. 3375).

¹⁴⁰ Voßschulte, Karl, geb. 01.06.1907 Bechum/Westf., Dr. med., oö. UProf., Dir. Chir. UKlin. u. Poliklin., Doz. Med. Akad. Düsseldorf 1941, apl. UProf. München 1948, oö. Prof. Gießen 1951; (Kürschner 1970, S. 3149).

¹⁴¹ Wiskott, Alfred, geb. 04.03.1898 Essen, Dr. med., em. oö. UProf., ehem. Dir. U. Kinderklinik, Prom. 1922, UPDoz. München 1932, o. Prof. Marburg/L. 1938, München 1939, em. 1966; (Kürschner 1976, S. 6568).

¹⁴² Stertz, Georg, geb. 23.12.1895 Wien, Dr. med. habil., em. oö. UProf. München, UPDoz. Bonn 1911, nbeamt. ao. Prof. Breslau 1914, oö. Prof. Marburg/L. 1921, Kiel 1925, München 1946, em. 1952, gest. 1961; (Kürschner 1961, S. 2022).

¹⁴³ Seitz, Walter, geb. 24.07.1905 München, Dr. med., o. UProf., em. Dir. Med. Upoliklin. München, UPDoz. München 1946, beamt. ao. Prof. 1947, o. Prof. 1959, Habil. Berlin 1935; (Kürschner 1950, S. 1940; 1980, S. 3667).

¹⁴⁴ Bronner, Hans, geb. 25.09.1893, Spez. Chirurgie, Dr. med., o. UProf., Dir. Chir. UPoliklin. München 1927, UPDoz. Köln 1928, Med. Akad. Düsseldorf 1931, pl. ao. UProf. München 1947; (Kürschner 1966, S. 276).

¹⁴⁵ Burkhardt, Ludwig, geb. 31.10.1903 Würzburg, Dr. med., apl. UProf., Vorst. Patholog. Inst. d. Städt. Krkhses rechts d. Isar, UPDoz. München 1946, apl. Prof. 1949; (Kürschner 1966, S. 315).

¹⁴⁶ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁴⁷ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁴⁸ Eymer, Karl Peter, geb. 07.06.1920 Heidelberg, Dr. med., apl. UProf. u. Oberarzt II. Med. UKlin. München, PD U. München 1955, apl. Prof. 1963; (Kürschner 1996, S. 297).

¹⁴⁹ Bauer, Otmar, Dr. med., UPDoz. München 1948, apl. UProf. 1951, Chefarzt Geburtshilf.-Gynäkolog. Abteilung d. Kr.hauses rechts d. Isar, dir. d. Kr.hauses u. Chefarzt d. II. Med. UKlin. München

- Sektionskurs bei Prof. Dr. Hueck¹⁵⁰, Prof. Dr. Burkhardt;
- Orthopädische Klinik bei Prof. Dr. Hohmann¹⁵¹;
- Unfallheilkunde und Begutachtung bei Prof. Dr. Maurer¹⁵²;
- Berufskrankheiten - Verursachung, Begutachtung, Vorbeugung bei Prof. Dr. Koelsch¹⁵³;
- Arzneiverordnungslehre bei Dr. Forst;
- Impfkurs bei Prof. Dr. Weber¹⁵⁴;
- Pathologische Physiologie bei Prof. Dr. Zinnitz¹⁵⁵;
- Kurs der Perkussion, Auskultation für Vorgerückte bei Prof. Dr. v. Bergmann;
- Pathologisch-histologischer Kurs bei Prof. Dr. Hueck;
- Chirurgisches Praktikum Frakturluxation bei Prof. Dr. Ehlert¹⁵⁶;
- Pharmakologie und Toxikologie bei Prof. Dr. Dr. Forst;
- Topographische Anatomie bei Prof. Dr. v. Lanz¹⁵⁷;
- Einführung in die Innere Medizin bei Prof. Dr. Hiller¹⁵⁸ .“

Die Studiengebühr für dieses Semester betrug 267 RM.¹⁵⁹

¹⁵⁰ Hueck, Werner, Dr. med., em. o. UProf., Dir. Patholog. Inst. München 1915, PDoz. München 1912, ao. P. 1916, o. P. Rostock 1920, Leipzig 1921, München 1948; (Kürschner 1950, S. 877; 1961, S. 838).

¹⁵¹ Hohmann, Georg, geb. 28.02.1880 Eisenach, Dr. med., Dr. med. h. c., Dr. rer. nat. h. c., Dr. vet. med. h. c., entpfl. oö. UProf. u. Dir. Orthop. UKlin. u. Poliklin. München, UPDoz. München 1918, apl. ao. Prof. 1923, oö. Prof. Frankfurt/M. 1930, U. München 1946; (Kürschner 1970, S. 1209).

¹⁵² Maurer, Georg, geb. 29.05.1909 München, Dr. med., o. UProf., Dir. Chir. Klin. u. Poliklin. rechts d. Isar d. TH, UPDoz. München 1939, ao. Prof. 1948, Chefarzt Krs.krkh. München-Perlach 1946-1953, d. Chir. Abt. d. Städt. Krkh. München rechts d. Isar 1953-1967, Ärztl. Dir. 1959-1967, Dir. o. g. Klin. u. Poliklin. München seit 1967; (Kürschner 1970, S. 1894).

¹⁵³ Koelsch, Franz, geb. 04.07.1876 Eichstätt, Dr. med., HonUProf., MinR. I. R., Bayer. Ldesgewerbearzt a. D., UPDoz. München 1920, ao. Prof. 1923, Hon. Prof. TH. 1925, U. Erlangen 1954, Leit. Bayer. Inst. f. Arb.med. 1920-1950; (Kürschner 1970, S. 1521).

¹⁵⁴ Weber, Gerhard, geb. 13.01.1898 Hamburg, Dr. med., em. o. UProf., Dir. Pädiatr. UPoliklinik München, UDoz. München 1936, apl. Prof. 1942, o. Prof. 1947, em. 1966, Vorst. Bayer. Ldesimpfanstalt 1939-1947; (Kürschner 1970, S. 3190).

¹⁵⁵ Zinnitz, Fritz, geb. 16.03.1908 Eilenburg/Sa., Dr. med., UProf. m. Lstuhl, Dir. Med.-Poliklin. UInst. Leipzig, UPDoz. München 1946, ao. Prof. 1949, Prof. m. Lehrst. Leipzig; (Kürschner 1966, S. 2791; 1976, S. 3625).

¹⁵⁶ Ehlert, Hermann, geb. 16.09.1907 Danzig, Dr. med., Prof., ehem. Dir. Chir. Klin. d. Städt. Krankenanst. Darmstadt, UDoz. München 1942; 1980, S. 740).

¹⁵⁷ v. Lanz, Titus Ritter, geb. 04.01.1897 Passau, Dr. med., oö. UProf., Dir. Anat. UInst. u. Anat. Uanst. München, UPDoz. München 1926, apl. Prof. 1931, beauftragter ReichsforschR. 1939, pl. ao. UProf. 1945, oö. Prof. 1947; (Kürschner 1966, S. 1372).

¹⁵⁸ Hiller, Erwin, Innere Medizin, Dr. med., apl. UProf. i. R., Chefarzt intern. Abt. d. Krkhses d. Barmherz. Brüder München, Oberarzt I. Med. UKlin. München 1938, PD. München 1948, apl. UProf. München 1952; (Kürschner 1950, S. 812; 1996, S. 551).

¹⁵⁹ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

In seinem letzten Semester im WS 1949/50 belegte er nur einen Kurs: Hygiene I bei Prof. Dr. Kisskalt. Die Studiengebühr belief sich auf 44,50 RM.¹⁶⁰

In einem Schreiben vom 30. November 1949 an die Gesundheitsbehörde Hamburg heißt es: „Nach fast vierjähriger Tätigkeit an der Nordwestdeutschen Kieferklinik bin ich gezwungen, am 01. Februar 1950 meine Tätigkeit an der Klinik zu unterbrechen, um mein ärztliches Staatsexamen nachzuholen. Ich benötige hierzu etwa ein halbes Jahr.

Ich würde mich freuen, wenn ich nach Beendigung der Ausbildungszeit an der Nordwestdeutschen Kieferklinik, Hamburg, als Assistenzarzt tätig sein dürfte.“ In demselben Schreiben hält Prof. Schuchardt fest: „Ich gebe das Gesuch des Ass.Arztes Herrn Dr. Schröder weiter mit dem Bemerken, dass die Klinik mit seinem Ausscheiden einen besonders zuverlässigen Mitarbeiter verliert. Ich würde mich freuen, wenn dem Gesuch auf Wiedereinstellung zu gegebener Zeit entsprochen werden könnte, zumal Herr Dr. Schröder später einmal als Oberarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Frage kommen könnte.“¹⁶¹

Nach diesem Schreiben wurde er 1950 zur Beendigung seines Medizinstudiums 10 Monate beurlaubt.¹⁶²

Auf der geburtshilflichen Abteilung (Kreißaal, Wöchnerinnenstation) der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München, die von Herrn Prof. Dr. H. Eymer geleitet wurde, absolvierte Friedrich Schröder vom 20. Juli bis 19. August 1950 eine vierwöchige Famulatur.¹⁶³

Vom 16. Oktober 1950 bis zum 30. November 1950 war er an der Universitäts-Augenklinik in München, die unter der Leitung von Prof. Dr. Wessely stand, als Pflichtassistent tätig.¹⁶⁴

¹⁶⁰ Entnommen aus dem Studienbuch von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁶¹ Entnommen aus einem Schreiben Friedrich Schröders an die Gesundheitsbehörde über den Direktor der Nordwestdeutschen Kieferklinik vom 30. November 1949 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁶² Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁶³ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Eymer vom 21. August 1950 (Personalakte Würzburg).

¹⁶⁴ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Wessely vom 30. April 1964 (Personalakte Würzburg).

Am 04. Oktober 1950 legte er in München das Staatsexamen mit der Note „gut“ in Medizin ab.¹⁶⁵ 15 Tage später erhielt er die Approbation als Arzt ebenfalls in München.¹⁶⁶

Am 24. November 1950 wurde Schröder, damals wohnhaft in der Bonnerstraße 22 in München, in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung München-Stadt und -Land unter der Nummer 1619 eingetragen.¹⁶⁷

In Hamburg zurück angekommen, betreute er täglich 80 bis 120 Patienten täglich in der Poliklinik und 170 bzw. 140 stationäre Patienten. Dies gab ihm die Gelegenheit zur Vervollständigung seiner fachärztlichen Ausbildung. Durch den Klinikwechsel von München nach Hamburg sagt Friedrich Schröder in seinem Lebenslauf von sich selbst, dass er dadurch eine wesentliche Vervollständigung der Behandlungsmethoden und Vervollkommnung der Ausbildung erreicht habe.¹⁶⁸

Seit 1951 war er als Oberarzt in der Poliklinik tätig. Durch diese Position pflegte er Kontakte zu Ärzten und Zahnärzten anderer Kliniken und anderer Fachrichtungen.¹⁶⁹

Im stationären Bereich stand die Behandlung schwerster eitriger Prozesse vor der Antibiotikamedikation und die Heilung von Bluterkrankungen, da sich diese häufig im Mund frühzeitig diagnostizieren lassen, und von gut- und bösartigen Tumoren im Vordergrund. In der Tumorenbehandlung war die Einführung der modernen intratrachealen Narkose 1949 ein Wendepunkt, der die Ausdehnung der Operationen zu einem bis dahin unbekanntem Ausmaß zuließ.¹⁷⁰

An dieser Stelle möchte ich näher auf Prof. Dr. Dr. Karl Schuchardt eingehen, da er Dr. Dr. Friedrich Schröder im besonderen Maße geprägt hat.

¹⁶⁵ Entnommen aus dem Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg.

¹⁶⁶ Bestallungsurkunde Friedrich Schröders vom 19. Oktober 1950 (Personalakte Würzburg).

¹⁶⁷ Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern vom 24. November 1950 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁶⁸ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁶⁹ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁷⁰ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

Prof. Schuchardt besaß eine außerordentlich große Erfahrung in der plastischen Wiederherstellungschirurgie, die wegen der unvermeidlichen Knochen- und Weichteildefekte bei Operationen notwendig wird. Neben der Wiederherstellung der Gesichtsform steht auch die Herstellung ausreichender Kaufunktion im Vordergrund.¹⁷¹ Bei diesen oft schwierigen Eingriffen und Nachbehandlungen unterstützte Schröder seinen Lehrmeister und so kam es ihm sehr zustatten, dass er früher allgemein chirurgisch und in einer Inneren Klinik tätig war.¹⁷²

Schröder war die Verwendungsmöglichkeit der Prothetik bei schweren Gesichts- und Weichteilverletzungen durch Industrie- und Verkehrsunfälle sehr wichtig. Durch die ansteigende Zahl neuralgiformer Beschwerden und echter Neuralgien wurde die Zusammenarbeit mit Neurochirurgen und Neurologen gefestigt.¹⁷³

Am 31. März 1952 erhielt Schröder in München seine Vollapprobation.¹⁷⁴

In seiner gesamten Hamburger Zeit wohnte er in in einer Ein-Zimmer-Wohnung in der Klinik. 1950 begann er mit seiner Frau in Hamburg-Rissen, im Gerlindweg 25, ein Einfamilienhaus zu bauen. Als der Hausbau endlich fertig war, ging er für 11 Monate nach Düsseldorf. Seine zukünftige Ehefrau blieb in Hamburg. Nach der Düsseldorfer Zeit lebten die beiden Eheleute bis Ende 1960 in dem gemeinsamen Heim. Heute wird das Haus vermietet.¹⁷⁵

¹⁷¹ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁷² Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁷³ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁷⁴ Schreiben des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 31. März 1952 (Personalakte Würzburg).

2.7. Schröders Beurlaubung an die Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf

Schröder revanchierte sich bei Alfred Rehrmann, indem er am 01. April 1952 an die Westdeutsche Kieferklinik nach Düsseldorf¹⁷⁶, die unter der Leitung von Prof. Dr. Häupl¹⁷⁷ stand, ging. Bis zum 01. März 1953 war Schröder hier als Oberarzt der Chirurgischen Abteilung angestellt¹⁷⁸ und hielt somit die Stelle für Rehrmann frei, der in Hamburg noch seine Habilitation abschließen musste.¹⁷⁹ Für diesen Zeitraum von 11 Monaten war er beurlaubt worden.¹⁸⁰

Laut dem von Prof. Dr. Häupl ausgestellten Zeugnis operierte Schröder in dieser Zeit alle Arten der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten sowie eine große Anzahl von missglückten, von anderer Hand operierten Fällen. „Ferner hat er eine Reihe plastischer Operationen im Bereiche des übrigen Gesichtes, der Nase und der Augenlider durchgeführt. Er hat die verschiedenen Gruppen der Kieferbrüche behandelt und bei Defektfrakturen Osteoplastiken vorgenommen. Des weiteren hat er Progenien und Mikroprogenien durch entsprechende Osteotomien, zum Teil in Verbindung mit Osteoplastik, behoben. Oberarzt Dr. Schröder hatte die Gelegenheit, alle Arten von gut- und bösartigen Tumoren zu operieren, auch solche, die weitgehend in die Nachbarorgane eingegriffen hatten, einschließlich der einschlägigen Drüsenausträumungen.“

Weiter schreibt er: „Oberarzt Dr. Schröder hat alle diese Eingriffe mit ungewöhnlicher Gewissenhaftigkeit und mit selten großer Geschicklichkeit durchgeführt und hat auch in jeder Beziehung einwandfreie und ausgezeichnete Ergebnisse erzielt. Er beherrscht die Kiefer- und Gesichtschirurgie vollends und ist für jedwede, auch leitende Stellung in

¹⁷⁵ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 16. September 2001.

¹⁷⁶ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁷⁷ Häupl, Karl, geb. 12.04.1893, Dr. med., o. Prof. u. Dir. Westdt. Kieferklinik Düsseldorf, Doz. Zahnärztl. H. Oslo 1925, beamt. Prof. 1931, oö. Prof. u. Vorst. Zahn-, Mund- u. Kieferklinik Dt. U. Prag 1934, Dir. Abt. Kieferorthopädie u. Prothetik d. Zahnärztl. UInst. Berlin 1943, Vorst. UZahn- u. Kieferklinik Innsbruck 1945, Dir. Westdt. Kieferklin. Med. Akad. Düsseldorf 1951, gest. 1960; (Kürschner 1961, S. 644).

¹⁷⁸ Schreiben des Verwaltungsdirektors der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf an den Oberstadtdirektor vom 21. Januar 1953 (Personalakte Würzburg).

¹⁷⁹ Deutscher Zahnärztkalender 1994, Die Geschichte der Westdeutschen Kieferklinik, S. 263.

¹⁸⁰ Bescheinigung von Prof. Schuchardt vom 29. August 1952 (Privatbesitz der Familie Schröder).

diesem Fach geeignet. Sein Umgang mit Patienten, Kollegen, Schwestern und Angestellten war von Rücksicht und Feingefühl getragen. Gegenüber seinen Vorgesetzten war sein Auftreten immer bescheiden. Er war darauf bedacht, seinen Pflichtenkreis vollends zu erfüllen. Mit besonderem Nachdruck sei hervorgehoben, daß er die kieferchirurgische Abteilung als Oberarzt selbstständig führte. Die Indikationsstellung und die Art des Eingriffs wurden von ihm selbst bestimmt.“¹⁸¹

Vom 01. April 1952 bis zum 28. Februar 1952 leitete Schröder die Kinderabteilung der Westdeutschen Kieferklinik, an der Prof. Dr. Klinke¹⁸² als beratender Kinderarzt tätig war. Prof. Klinke war zusätzlich Direktor der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf.¹⁸³

Während seiner Zeit an der Westdeutschen Kieferklinik leitete Prof. Dr. Dr. Josef Gerke¹⁸⁴ die Poliklinisch-Chirurgische Abteilung, die Abteilung Kieferorthopädie Prof. Dr. Dr. Hans Wunderer¹⁸⁵, die Zahnerhaltende Abteilung Prof. Dr. Dr. Paul Heyden¹⁸⁶ und die Abteilung Prothetik Prof. Dr. Hermann Böttger¹⁸⁷.¹⁸⁸

¹⁸¹ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Häupl vom 02. März 1953 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁸² Klinke, Karl, geb. 11.09.1897 Breslau, Dr. med., em. oö. Prof. Med. Akad. Düsseldorf, PDoz. Breslau 1928, ao. Prof. 1942, oö. Prof. Rostock 1944, Humboldt-U.Berlin 1947, Med. Akad. Düsseldorf 1951, Dt. Akademie Naturforscher Halle/S. 1956; (Kürschner 1970, S. 1476).

¹⁸³ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Klinke vom 28. Juli 1953 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁸⁴ Gerke, Josef, geb. 08.09.1909 Kassel, Dr. med., Dr. med. dent., apl. Prof. U. Düsseldorf, PDoz. 1939, apl. Prof. Med. Akad. Düsseldorf 1947; (Kürschner 1970, S. 818).

¹⁸⁵ Wunderer, Hans, 1953 PD an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf, 1960 apl. Prof. in Düsseldorf, später Vorst. d. ZMK-Klinik Linz; (Kürschner 1985, S. 4728).

¹⁸⁶ Heyden, Paul, Dr. med. et med. dent., apl. UProf., Doz. Med. Akad. Düsseldorf 1954, apl. Prof. 1960; (Kürschner 1992, S. 1418).

¹⁸⁷ Böttger, Hermann, geb. 06.04.1923, Dr. med. dent., em. o. Prof., ehem. Dir. Poliklinik u. Klinik f. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten d. U. Düsseldorf, Prof. h. c., PD Med. Akad. Düsseldorf 1956, apl. Prof. 1962, Prof. h. c. Dental U. Osaka/Japan, Doz. Akad. Ff Wiss. U. Praxis seit 1974; (Kürschner 1996, S. 125).

¹⁸⁸ Deutscher Zahnärztekalendar 1994, Die Geschichte der Westdeutschen Kieferklinik, S. 263.

2.8. Rückkehr an die Nordwestdeutsche Kieferklinik in Hamburg und seine Habilitation

Am 01. März 1953 kehrte Schröder nach Hamburg zurück¹⁸⁹ und wurde zum Oberarzt der Nordwestdeutschen Kieferklinik ernannt. Durch die ständige Vertretung des Klinikleiters war er häufig mehrere Monate selbstständig verantwortlich.¹⁹⁰

Die Eintragung in das Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Hamburg erfolgte am 28. Mai 1953.¹⁹¹

Vom 07. Mai 1953 bis zum 05. Juni 1953 und vom 20. Juli 1953 bis zum 20. November 1953 führte Friedrich Schröder als Stationsarzt die Kinderstation der Nordwestdeutschen Kieferklinik. Auf der Station mit 40 Kinder- und Säuglingsbetten hatte er Gelegenheit neben den rein kieferchirurgischen Erkrankungen sämtliche anfallenden Kinder- und Säuglingskrankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln.¹⁹²

Während seiner Tätigkeit als Oberarzt der Klinik hatte er 170 bzw. 140 Patienten in der Eilbecker Klinik und 90 Kranke in der Eppendorfer Klinik zu betreuen. Durch diese permanente Präsenz hatte er die Gelegenheit „sämtliche Sparten der Kieferchirurgie: der Traumatologie, der septischen Kiefererkrankungen und der umgebenden Weichteile, der Wiederherstellungschirurgie, der Tumoren und der Missbildungen“ des umfangreichen Fachgebietes zu erlernen und seine Kenntnisse jüngeren Kollegen zu vermitteln.¹⁹³

Wie aus zwei OP-Büchern der Nordwestdeutschen Kieferklinik ersichtlich wird, führte Schröder in dem Zeitraum vom 26. August 1955 bis zum 01. Juli 1957 folgende Operationen durch:

- „Lippen- und Nasenbodenplastiken, Primärplastiken 87
- Lippen- und Nasenbodenplastiken, Korrekturen 22

¹⁸⁹ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

¹⁹⁰ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁹¹ Entnommen aus dem „Antrag auf Anerkennung als Facharzt“ vom 10. Juli 1954 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁹² Entnommen aus dem Zeugnis von Frau Dr. Zippel vom 04. September 1954 (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁹³ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

• Reoperationen	62
• Gaumenspaltenplastiken	36
• Pharyngoplastiken	19
• Nasenplastiken und Nasenkorrekturen	31
• Osteoplastiken	19
• Knorpelplastiken	13
• Hauttransplantationen	25
• Mundvorhofplastiken	18
• Drüsenausräumungen als alleinige Operation	20
• Kieferresektionen (davon 9 mit Drüsenentfernung)	24
• Rundstiellapen - Anlegen und Verpflanzungen	44
• Korrekturen von Ohrdeformierungen	9
• Progenieoperationen	16. ¹⁹⁴

Schon damals galt sein besonderes Interesse den Lippen-, Kiefer- und Gaumenspaltenpatienten. Von den 305 Lippenspaltenoperationen nach Le Mésurier, die von Juli 1953 bis zum 03. Dezember 1958 durchgeführt wurden, operierten Dr. Schröder 176 Fälle und Prof. Schuchardt 88 Patienten selbst. Von den 787 Gaumenplastiken (von Juli 1945 bis November 1958) führte Schröder 151 und Schuchardt 249 selbst durch.¹⁹⁵

Prof. Schuchardt vertraute Schröder neben der ständigen Organisation des Operationsbetriebes auch die Ausbildung von 10 Assistenzärzten an.¹⁹⁶

1954 kam Gerhard Pfeifer¹⁹⁷ als Assistenzarzt in seine Obhut, zu dem er bis zu seinem Tode ein freundschaftliches Verhältnis pflegte.¹⁹⁸ 6 Jahre lang brachte Schröder Tag für Tag ihm das chirurgische Handwerk bei.¹⁹⁹

¹⁹⁴ Entnommen aus der Anlage der Bewerbungsunterlagen 1959 in Bremen (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁹⁵ Entnommen aus der Anlage der Bewerbungsunterlagen 1959 in Bremen (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁹⁶ Entnommen aus den Bewerbungsunterlagen 1959 in Bremen (Privatbesitz der Familie Schröder).

¹⁹⁷ Pfeifer, Gerhard, geb. 15.07.1921 Salzung/Erzgebirge, Dr. med., Dr. med. dent., em. o. UProf., Dr. med. 1952, Dr. med. dent 1959, Habil. U. Hamburg, 1964, WissR. U. Tübingen u. 1. Leiter Klin. f. Mund-Kiefer-Gesichtschir. 1967, apl. Prof. 1970, o. Prof. u. Ärztl-Dir. Nordwestdeutsche Kieferklinik U. Hamburg 1970, em. 1987, Martin-Waßmund-Preis 1964; (Kürschner 1996, S. 1037).

Durch seine Position als leitender Oberarzt unterstützte er neben der rein operativen Tätigkeit den Direktor Prof. Dr. Dr. Karl Schuchardt der Klinik, da dieser sowohl Direktor der Eilbecker 150-Betten-Klinik als auch der großen Poliklinik im 6 Kilometer entfernten Universitäts-Krankenhaus Eppendorf war, Fakultätsverpflichtungen (Lehrtätigkeit) hatte und der Klinikneubau in Eppendorf viel Zeit beanspruchte.²⁰⁰

Denn es ergaben sich aufgrund „der räumlichen Trennung der in der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Eilbeck untergebrachten Bettenabteilung von den anderen Abteilungen und dem Hörsaal der Klinik große Schwierigkeiten in Forschung und Lehre auf dem Gebiete der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der zahnärztlichen Chirurgie. Das ganze Bestreben Schuchardt`s galt daher dem Durchsetzen eines Neubaus der Klinik in Eppendorf, um den Anforderungen von Forschung, Unterricht und Patienten-Behandlung in besserer Weise gerecht werden zu können.“²⁰¹

Durch die Initiative von Prof. Dr. Dr. Karl Schuchardt konnte im Jahre 1958 nach Beendigung des ersten Bauabschnittes der Zahn-, Mund- und Kieferklinik eine räumliche Vereinigung der chirurgischen Abteilung des Eppendorfers Klinikums mit der Nordwestdeutschen Kieferklinik realisiert werden. Das Bild einer modernen Zahn-, Mund- und Kieferklinik war durch die Fertigstellung des ersten Bauabschnittes schon ein wenig näher gerückt. Doch die Abteilungen Zahnerhaltung, Kieferorthopädie und Prothetik mussten dennoch weiterhin in den provisorischen „Pavillons 27, 29, 31, 39 und 41“ verbleiben. Eine Fertigstellung des Neubaus der Zahn-, Mund- und Kieferklinik wurde allerdings erst Jahre später realisiert.²⁰²

„Schröder war der Majordomus für den klinischen Alltag. Diese Aufgabenteilung überdauerte auch den Umzug 1957. Während der Chef in die Landespolitik eingespannt

¹⁹⁸ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 29. September 2001.

¹⁹⁹ Entnommen aus einer Laudatio von Gerhard Pfeifer zu Friedrich Schröders 80. Geburtstag (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁰⁰ Entnommen aus einer Laudatio von Gerhard Pfeifer zu Friedrich Schröders 80. Geburtstag (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁰¹ Deutscher Zahnärztekalendar 1982, Die Universitäts-Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Hamburg, S. 156.

²⁰² Deutscher Zahnärztekalendar 1982, Die Universitäts-Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Hamburg, S. 156.

war, internationale Verbindungen knüpfte oder wieder aufleben ließ und den Bau von Schwesternhäusern sowie die Einrichtung eines Gästehauses der Universität vorantrieb, sorgte Schröder für das reibungslose Funktionieren der Klinik. Er stand nicht im Rampenlicht, das er nie gesucht hat. Ohne ihn hätte es aber weniger hell geleuchtet.“²⁰³

Schröder „war ein strenger aber gerechter und fairer Vorgesetzter“, der sowohl in Eilbeck als auch in Eppendorf fast immer präsent war.²⁰⁴

Die Zeit an der Nordwestdeutschen Kieferklinik hat Friedrich Schröder außerordentlich geprägt. Das lässt sich aus den zahlreichen Veröffentlichungen schließen, die er zum großen Teil selbst verfasste.

Doch die Zusammenarbeit mit anderen Kollegen war ihm sehr wichtig.²⁰⁵ Und so leitete er mit Spiessl²⁰⁶, Schwenzler²⁰⁷, Scheffer oder Schuchardt gemeinsame Projekte.

Auf sein wissenschaftliches Wirken soll jedoch erst später eingegangen werden.

Vom 01. Februar bis zum 31. März 1955 und vom 04. April bis zum 21. Mai 1955 war Schröder als hospitierender Arzt an der II. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eilbeck, die von Dr. Scholderer geleitet wurde, ganztätig tätig.²⁰⁸

Prof. Dr. Dr. Karl Schuchardt bestätigte ihm im Mai 1954 die „siebenjährige Tätigkeit als vollbezahlter Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik“. Die für die

²⁰³ Entnommen aus einer Laudatio von Gerhard Pfeifer zu Friedrich Schröders 80. Geburtstag (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁰⁴ Entnommen aus einer Laudatio von Gerhard Pfeifer zu Friedrich Schröders 80. Geburtstag (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁰⁵ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁰⁶ Spiessl, Bernd, geb. 07.07.1921 Nittenau/Bayern, Dr. med., Dr. med. dent., em. ao. UProf., ehem. Chefarzt Kliin. f. Plast. u. Wiederherstell.chirurgie, Dept. f. Chir. d. U., PD Hamburg 1962, ao. Prof. Basel 1966, Wassmundpreis d. Dt. Ges. f. Kiefer- u. Gesichtschirurgie 1962, Konjetzny-Pr. d. Ldesverb. F. Krebsbekämpfung Hamburg 1964; (Kürschner 1996, S. 1341).

²⁰⁷ Schwenzler, Norbert, geb. 20.05.1929 Koblenz, Dr. med., Dr. med. dent., o. UProf. f. Kiefer- u. Gesichtschir., ärztl. Dir. d. Klinik u. Poliklinik f. Kiefer- u. Gesichtschir. Zentr. Zahn-Mund-Kieferheilkunde d. U., Dr. med. dent. 1952, Dr. med. 1956, Habil. 1965, Beruf. auf d. Lstuhl U. Tübingen 1972, Martin-Waßmund-Preis 1965, EM Venezolan. Ges. f. Kieferchir. 1971, Nordgriech. Stomatol. Ges. 1974, Ungar. Zahnmed. Ges. 85, Präs. Dt. Ges. f. MKG-Chir. 1977, 1978, 1980-1982, Präs. Dt. Ges. f. plast. u. Wiederherstell. Chir. 1990; (Kürschner 1996, S. 1297).

²⁰⁸ Entnommen aus dem Zeugnis von Dr. Scholderer vom 21. Mai 1955 (Privatbesitz der Familie Schröder).

Anerkennung als Facharzt für Kiefer- und Gesichtschirurgie erforderliche dreijährige Weiterbildung in dem Gebiet der Kiefer- und Gesichtschirurgie war somit gegeben.²⁰⁹

Zwei Jahre nach der Rückkehr aus Düsseldorf, am 22. November 1955, erfolgte die Anerkennung der Ärztekammer Hamburg als Facharzt für Kieferchirurgie.²¹⁰

Am 31. Mai 1956 bewarb sich Schröder um die Stelle des Dirig. Arztes auf der Kieferchirurgischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin. Doch wie man ihm am 26. September 1956 in einem Schreiben des Bezirksamtes Wedding von Berlin mitteilte, fiel die Wahl bei der Besetzung der Stelle auf einen anderen Bewerber.²¹¹

Vom 01. Januar bis zum 30. Juni 1957, aber auch während seiner Urlaubszeiten, beschäftigte sich Dr. Schröder im Pharmakologischen Institut der Universitätsklinik Eppendorf, im Rahmen der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Soehring²¹², mit pharmakologischen Fragestellungen, speziell aus dem Gebiet der Narkose und Anästhesie.²¹³ Er führte einschlägige Untersuchungen, z.B. über die Giftigkeit bekannter Lokalanästhetika bei Applikation in der Mundhöhle, experimentell selbst durch und über die für die Praxis wichtigen Ergebnisse dieser Experimente, denen zufolge die Injektion am harten Gaumen wesentlich gefährlicher als in der Lippenregion ist, referierte er auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferchirurgie im August 1958 in Hamburg.

In dem von Prof. Dr. Soehring ausgestellten Zeugnis heißt es: „Herr Schröder hatte also Gelegenheit, sich über die klinische Anwendung hinaus gründliche Vorstellungen über die theoretische und experimentelle Basis der modernen Anästhesie zu bilden. Sein ungewöhnliches technisches Geschick hat aber auch meinen anderen Mitarbeitern eine Möglichkeit gegeben, von ihm zu lernen. Es ist besonders anzuerkennen, dass Herr

²⁰⁹ Bescheinigung von Prof. Schuchardt über Schröders siebenjährige Tätigkeit als Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik vom 19. Mai 1954 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²¹⁰ Facharzt-Anerkennung der Ärztekammer Hamburg vom 22. November 1955 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²¹¹ Schreiben des Bezirksamtes Berlin-Wedding vom 26. September 1956 an Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

²¹² Soehring, Klaus, geb. 03.11.1911 Konstantinopel, Dr. med., apl. UProf., Abt.leit. Dir. am Pharmakolog. UInst. Hamburg, Doz. Med. Akad. Danzig 1943, U. Hamburg 1946, apl. Prof 1949; (Kürschner 1970, S. 2868).

Schröder diese intensive Fortbildung neben seiner umfangreichen operativen Tätigkeit und den Dienstgeschäften als Oberarzt aus eigener Initiative betrieben hat. Die Zusammenarbeit mit ihm war in jeder Hinsicht für alle Beteiligten ein Gewinn.“²¹⁴

Am 02. August 1958 promovierte er zum Dr. med. in Hamburg.²¹⁵ Das Thema seiner als „gut“ beurteilten Abhandlung lautete: „Einfluß des Applikationsortes auf Giftwirkungen von Lokalanalgeticis unter besonderer Berücksichtigung der Mundhöhle.“²¹⁶

Im Jahre 1959 bewarb sich Friedrich Schröder an der Kieferklinik der städtischen Krankenanstalten Bremen, die bis dahin unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Gerhard Steinhardt²¹⁷ stand.²¹⁸ In seinem Bewerbungsgespräch berichtete er von einer großen Zahl kleiner, mittlerer und großer Operationen, die er selbstständig durchführte. So führte er bis 1959 an der Nordwestdeutschen Kieferklinik ungefähr 3000 Wurzelspitzenresektionen durch, schiente von den 1500 Kieferbrüchen viele selbst und überwachte die übrigen weitgehend und operierte von den insgesamt 1500 Missbildungen im Kiefer-Mundbereich einen großen Teil selbst. Durch die von ihm durchgeführten Operationen wurde vielfach eine Normalisierung der Kaufunktion und der Sprache erreicht, sowie das verlorengegangene Selbstbewusstsein den Kranken durch die Formverbesserung des Gesichts wiedergegeben.²¹⁹

Schröder war zudem ein begeisterter Anatom.²²⁰ Er war auch seit Oktober 1958 für ein paar Monate am Anatomischen Institut der Universitätsklinik Eppendorf - Hamburg,

²¹³ Entnommen aus dem Zeugnis von Dr. Soehring vom 18. Dezember 1958 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²¹⁴ Entnommen aus dem Zeugnis von Dr. Soehring vom 18. Dezember 1958 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²¹⁵ Entnommen aus dem Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg.

²¹⁶ Doktorbrief Friedrich Schröders vom 2. August 1958 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²¹⁷ Steinhardt, Gerhard, geb. 24.05.1904 Damerkow, Dr. med., Dr. med. dent., em. oö. UProf. Erlangen-Nürnberg, PD Köln 1935, apl. Prof. Tokyo 1940, ao. Prof. Würzburg 1959, oö. Prof. Erlangen 1962; (Kürschner 1992, S. 3620).

²¹⁸ Entnommen aus den Bewerbungsunterlagen 1959 in Bremen (Privatbesitz der Familie Schröder).

²¹⁹ Entnommen aus den Bewerbungsunterlagen 1959 in Bremen (Privatbesitz der Familie Schröder).

²²⁰ Entnommen aus einer Laudatio von Gerhard Pfeifer zu Friedrich Schröders 80. Geburtstag (Privatbesitz der Familie Schröder).

das unter der Leitung von Prof. Dr. Staubesand²²¹ stand, tätig.²²² Er beschäftigte sich vor allem mit der Morphologie der Hautarterien, speziell der Gesichts-Hals-Region, und stellte unter anderem ausgezeichnete Injektions- und Korrosionspräparate her.²²³

Durch die Übernahme der Nordwestdeutschen Kieferklinik in den Verband des Universitätskrankenhauses Eppendorf wurde Friedrich Schröder die Möglichkeit zur Habilitation gegeben.²²⁴ So folgte nach der zweiten Promotion am 09. November 1960²²⁵ die Habilitation mit einer Arbeit „Zur Verwendung gestielter Lappen in der plastischen Chirurgie des Kiefer-Gesichtsbereiches“²²⁶ nach jahrelanger Zusammenarbeit mit dem Institut für Anatomie. Er erhielt somit die *venia legendi* für das Fach „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“.²²⁷

Anlässlich des Abschiedes aus Hamburg verfasste die damalige Sekretärin von Prof. Dr. Dr. Schuchardt, Frau Ingeborg Holst, ein Gedicht²²⁸:

„Mir ist nicht wohl in meiner Haut,
Weil sich heut was zusammenbraut,
Voll Bangen aus des Schicksals Schoss
Zog ich den Oberarzt - als Los.

Wär` s nur ein Oberarzt schlechthin,
Käm` mir nichts Böses in den Sinn.
Doch so plagt Zweifel mich und Schmerz:
Versteht ein „scharfer O.A.“ Scherz???

Ihm eilt das „scharfe“ Wort voraus,
Denn streng behütet er das Haus,
Tritt allenthalben auf den Plan,

Das Auto ist sein Augensterne.
Einst fuhr er seinen Gutbrodt gern.
Jedoch zu klein er war, wie es schien,
Der Mikrowagen doch für ihn.

sein Kopf wuchs förmlich aus dem Dach,
Die Beine zog er mühsam nach,
Und wie ein Salzhering im Glas,
Gab er im Blechgehäuse Gas.

Jedoch, die Zeiten bessern sich,
Jetzt hat er einen Silberfisch.
Und seinen VW, polargelackt,

²²¹ Staubesand, Jochen, Dr. med., UProf., Dir. d. Anat. Inst. Freiburg, Habil. U. Hamburg 1952, apl. Prof. u. Dir. Anat. Inst. U. Freiburg/Pr. 1963, Preise d. Dr. Martini-Stift. 1952, 1955, Erich-Krieg-Pr. 1977; (Kürschner 1980, S. 3787).

²²² Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Staubesand vom 21. März 1959 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²²³ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Staubesand vom 21. März 1959 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²²⁴ Entnommen aus den Bewerbungsunterlagen 1959 in Bremen (Privatbesitz der Familie Schröder).

²²⁵ Habilitationsurkunde Friedrich Schröders vom 09. November 1960 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²²⁶ Habilitationsschrift Friedrich Schröders aus dem Privatbesitz der Familie Schröder.

²²⁷ Habilitationsurkunde Friedrich Schröders vom 09. November 1960 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²²⁸ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 29. September 2001.

Vertritt den Chef mit viel Elan.

Er scheucht uns in der Küche auf,
Missachtet unsern Tageslauf,
Entweicht die schöne Frühstückszeit,
Verbreitet Unrast weit und breit.

Fängt manchmal auch zu meckern an,
Kaum sitzt im Warteraum ein Mann,
Dann kommt er aufgereggt gestürmt,
Weil sich`s im Wartezimmer türmt.

Er nimmt`s genau, `s ist nicht von Schaden,
Denn wie am Schnürchen läuft der Laden.
Ein Feind von jeder Schlamperei
Liebt Ordnung er, wo es auch sei.

Wird fast in Watte eingepackt.

So, wie er zart sein Auto hegt,
wird auch die Damenwelt gepflegt.
Wenn er auch sonst kein Mitleid kennt,
Macht er ihr oft ein Kompliment.

Das ist`s, was uns mit ihm versöhnt,
Dass er uns manchmal auch verwöhnt.
Drum sag` ich, was Ihr alle wisst,
Dass er doch „Unser Bester“ ist.

Drum wollen Freud` wir ihm bereiten:
Ihn mög` auf jeder Fahrt begleiten,
Damit ihm nichts passieren kann,
Hier dieser kleine Talisman.“²²⁹

Anlässlich der Erlangung der *venia legendi* hielt Friedrich Schröder am 21. November 1960 seine Antrittsvorlesung „Die operative Vorbereitung der Kiefer für partielle und totale Prothesen“ im Hörsaal des Pavillon 47a des Uniklinikums Eppendorf ab.²³⁰

2.9. Friedrich Schröders Tätigkeit an der Universitätsklinik Bonn

Am 25. November 1960 wurde Dr. Dr. Friedrich Schröder, im Namen der Landesregierung des Landes Nordrhein-Westfalen vom Rektor der Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität, unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf mit Wirkung vom 01. Dezember 1960 zum wissenschaftlichen Assistenten ernannt.²³¹

Einen Monat später, am 20. Dezember 1960, wurde der wissenschaftliche Assistent, Herr Dr. Dr. F. Schröder vom Rektor der Bonner Universität zum Oberarzt ernannt.²³²

Aus den Operationslisten von Prof. Schröder wird deutlich, dass er auch an der Bonner Klinik sich mit allen Gebieten der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie beschäftigte.²³³

²²⁹ Von Ingeborg Holst verfasstes Gedicht von 1960 anlässlich des Abschiedes aus Hamburg von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder).

²³⁰ Einladung zur Antrittsvorlesung am Montag, den 21. November 1960, 12 Uhr c. t. (Privatbesitz der Familie Schröder).

²³¹ Urkunde des Landes Nordrhein-Westfalen zur Ernennung zum wissenschaftlichen Assistenten vom 25. November 1960 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²³² Urkunde des Landes Nordrhein-Westfalen zur Ernennung zum Oberarzt vom 20. Dezember 1960 (Privatbesitz der Familie Schröder).

	1961	1962	1963
LKG-Spalten primär mit Osteoplastik	7	5	
LKG-Spalten primär ohne Osteoplastik	8	15	
Reoperationen mit Osteoplastik	7	23	20
Reoperationen ohne Osteoplastik	5	3	
Lippenkorrekturen	1	11	14
Gaumenspalten	5	5	
Pharyngoplastiken	5	5	
Abbé Plastiken und Korrekturen	2	6	
Gaumendefekte	3	5	5
Nasenplastiken			1
Nasenkorrekturen	5	6	2
Ohrmuschelkorrekturen		5	1
Gesichtsplastiken und Korrekturen	12	16	15
Osteotomien	13	14 (incl. Osteoplastiken)	4
Osteoplastiken	8 (im UK)		5
Mundvorhofplastiken mit freier Haut	16	4	8
Mundvorhofplastiken ohne freie Haut	3	5	2
Kiefergelenkoperationen	1	5	3
freie Hauttransplantationen	2	8	2
Rundstiellappen-Anlegen und Verpflanzungen	10	11 13 (Umschneiden)	8
Tumorexcisionen und Probeexcisionen	21	15	15

²³³ Operationslisten Friedrich Schröders der Jahre 1961, 1962 und 1963 (Privatbesitz der Familie Schröder).

Unterkieferresektionen mit Drüsenauräumung	3	3	1
Unterkieferresektionen ohne Drüsenauräumung	6	4	4
Oberkieferresektionen mit Drüsenauräumung	1	-	
Oberkieferresektionen ohne Drüsenauräumung	1	3	3
Drüsenauräumungen		2	1
Parotistumor		3	2
Zungentumor		2	
Zungenverkleinerungen		3	2
Lippenplastiken nach Dieffenbach		4	1
Alveolarkammplastiken mit Knochen		1	2
Kieferhöhlen	3	2	2
Cysten	7	3	
Wurzelspitzenresektionen und Extraktionen	3		
Abszesse (Außenincisionen)	1		
operative Kieferbrucheinstellungen	3		
Sequestrotomien	1		5
Speicheldrüsen-exstirpationen	3	2	
Exhairese			2
Aufklappung			9
Drahtnaht		2	
Intubationsnarkosen	71	41	
Lachgasnarkosen	15	1	
Inactin	3		
Evipan	1		

Bis zum 30. November 1963 war er als Oberarzt der chirurgischen Abteilung an der Universitätsklinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten²³⁴, die unter der Leitung von Prof. Dr. G. Korkhaus²³⁵ (Klinikdirektor seit 25. Juni 1946) stand²³⁶, tätig.

Neben der rein praktischen Tätigkeit war er ab dem SS 1961 mit der Ausbildung von Studenten in Kursen und Vorlesungen beauftragt:

- Spezielle Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie I und II; 2 St., Mo. und Do. 8.00
- Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten für Mediziner (Prof. Korkhaus mit Prof. Schröder); 2 St., Mo. 11.30-13.00
- Operationskursus I (Extraktionskursus) mit Demonstrationen; 2 St., Fr. 14.30-16.30
- Operationskursus II; 4 St., Mo., Di., Do. und Fr. 8-12.00
- Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Prof. Korkhaus) wurde von Schröder vertretungsweise ständig gelesen.²³⁷

Im Schreiben vom 16. Januar 1961 teilte Schröder dem Dekan der Medizinischen Fakultät Bonn mit: Hiermit „bitte ich, mich zur Umhabilitation von Hamburg nach Bonn zulassen und von der Vorlage einer neuen Habilitationsschrift sowie einer erneuten Probevorlesung absehen zu wollen.“²³⁸

Am 25. November 1961 hielt Friedrich Schröder öffentlich seine Antrittsvorlesung „Die Vaskularisation gestielter Lappen - und ihre Bedeutung für die Kiefer-Gesichtschirurgie“.²³⁹ Mit diesem Datum wurde er gleichzeitig von der Universität Hamburg nach Bonn für das Lehrfach „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“

²³⁴ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

²³⁵ Korkhaus, Gustav, geb. 04.01.1895 Köln, Dr. med., Dr. med. dent., o. UProf., Dir. UKlin. u. Polikl. für Mund-, Zahn- u. Kieferkrankh. Bonn, UPDoz. Bonn 1929, ao. Prof. 1935, oö. Prof. 1948, Prof. hon. U. Santiago/Chile, La Paz u. Cochabamba/Boliv., Medellin/Columb.; (Kürschner 1961, S. 1053).

²³⁶ Deutscher Zahnärztekalendar 1977, Geschichte der Bonner Zahnklinik, S. 150.

²³⁷ Entnommen aus den Personal- und Vorlesungsverzeichnissen der Universität Bonn vom WS 1960/61 bis zum SS 1963.

²³⁸ Entnommen aus einem Schreiben Friedrich Schröders vom 16. Januar 1961 an den Dekan der Medizinischen Fakultät Bonn (Privatbesitz der Familie Schröder).

²³⁹ Einladung zur Antrittsvorlesung am Samstag, den 25. November 1961, 11.30 Uhr s. t. (Privatbesitz der Familie Schröder).

umhabilitiert und gehörte somit dem Lehrkörper der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn an.²⁴⁰

Im Dezember 1961 bewarb sich Schröder um die Nachfolgerschaft von Prof. Dr. Dr. Kallenberger²⁴¹ an der Chirurgischen Universitätsklinik in Basel.²⁴² In dem vom Prof. Dr. Dr. Schuchardt ausgestellten Zeugnis heißt es: „Herr Schröder hat bei mir vorwiegend chirurgisch gearbeitet. Er ist sowohl in der zahnärztlichen Chirurgie als auch in der großen Kieferchirurgie sehr erfahren. Er ist sicher in der Diagnostik der Erkrankungen im Gesichts-Kieferbereich und zudem einer der besten Operateure, die ich an meiner Klinik gehabt habe. Besonders hinweisen möchte ich auf seine guten Erfahrungen in der Unfallchirurgie, der Chirurgie der Spaltbildungen und der gesamten Tumorchirurgie, die er mit all ihren Komplikationen beherrscht.

Eine Reihe zum Teil wertvoller Arbeiten, die auch eigene Ideen beinhalten, sind in zahnärztlichen und chirurgischen Zeitschriften erschienen.

Herr Schröder wurde mehrfach von in- und ausländischen Gesellschaften zu Vorträgen eingeladen. Er ist mit mir zusammen der einzige Deutsche, der Mitglied der französischen Gesellschaft für plastische Chirurgie ist. Man kann schon sagen, daß er unter den Plastikchirurgen einen gewissen internationalen Ruf besitzt.“²⁴³

Aus einem Schreiben vom 17. September 1963 des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus geht hervor, dass der Staatsminister Prof. Dr. Maunz auf Vorschlag des Senats der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg und der medizinischen Fakultät den Lehrstuhl der Zahnheilkunde, insbesondere Kieferchirurgie, Herrn Dr. Dr. Friedrich Schröder beabsichtigt zu berufen.²⁴⁴

²⁴⁰ Entnommen aus einem Schreiben der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität an den Rektor der Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität Bonn vom 30. November 1961 (Personalakte Würzburg).

²⁴¹ Kallenberger, Karl, geb. 20. März 1912 Basel, Dr. med. et med. dent., UProf. Basel 1953; (Kürschner 1961, S. 920).

²⁴² Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Schuchardt vom 18. Dezember 1961 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁴³ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Schuchardt vom 18. Dezember 1961 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁴⁴ Entnommen aus einem Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus an Friedrich Schröder vom 17. September 1963 (Personalakte Würzburg).

Wie aus einem Brief der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn vom 27. Januar 1964 hervorgeht, wurde Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder am 7. Januar 1964 durch das Einverständnis des Kultusministers²⁴⁵ „aus dem Beamtenverhältnis zum Land Nordrhein-Westfalen“ entlassen.²⁴⁶

Schröders Nachfolger wurde Privatdozent Dr. Dr. Eberhard Krüger²⁴⁷ aus Hamburg, der nach ihm die Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Bonner Zahnklinik leitete.²⁴⁸

Während seiner Zeit in Bonn wohnte Friedrich Schröder mit seiner Frau in einer Erdgeschosswohnung im Eichenweg 2 in Röttgen zur Miete. Schröders haben sich dort jedoch nie wohlfühlt.²⁴⁹

2.10. Schröders Wirken an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Am 01. Dezember 1963 wurde Friedrich Schröder zum Ordentlichen Professor und Direktor der Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie der Universität Würzburg ernannt.²⁵⁰

Hier konnte er bedingt durch seine umfangreichen Erfahrungen eine rege Forschungs-, Lehr- und Behandlungstätigkeit entfalten, was auch seine zahlreichen Veröffentlichungen aus dieser Zeit verdeutlichen.²⁵¹

Die Zeitschrift Stoma, Band 17, Seite 198, die Zeitschrift Zahnärztliche Praxis, XV. Jahrgang und die Deutsche zahnärztliche Zeitschrift DZZ, Band 19, Heft 2, S. 151

²⁴⁵ Entnommen aus einem Schreiben des Kultusministers des Landes Nordrhein-Westfalen an Friedrich Schröder vom 07. Januar 1964 (Personalakte Würzburg).

²⁴⁶ Entnommen aus einem Schreiben der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität an Friedrich Schröder vom 27. Januar 1964 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁴⁷ Krüger, Eberhard, Dr. med., Dr. med. dent., o. Prof. U. Bonn, Leit. Abt. f. Mund-Kiefer-Gesichtschir.; (Kürschner 2001, S. 1744).

²⁴⁸ Deutscher Zahnärztekalendar 1977, Geschichte der Bonner Zahnklinik, S. 152.

²⁴⁹ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 16. September 2001.

²⁵⁰ Urkunde des Bayerischen Staatsministers für Unterricht und Kultus vom 22. November 1963 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁵¹ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

berichtetem 1964, dass Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder den an ihn ergangenen Ruf als Ordinarius und Leiter der Kieferchirurgischen Abteilung an die Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Würzburg angenommen hat.²⁵²

Am Freitag, dem 26. Juni 1964, 16 Uhr c. t. hielt er im Großen Hörsaal des Zoologischen Instituts der Universität Würzburg, seine Antrittsvorlesung über „Kieferdeformierungen und ihre chirurgisch-kieferorthopädische Behandlung“.²⁵³

„Sein ärztliches Verantwortungsbewußtsein, sein Mitgefühl den Patienten gegenüber ließen ihn Planung, Operation und Pflege mit einer geradezu pedantischen Gewissenhaftigkeit durchführen.“²⁵⁴

Es eilte ein guter Ruf von der Würzburger Zahnklinik hinaus. Retrospektiv sei hier an die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, die Tumorchirurgie, die Präprothetische und Kieferorthopädische Chirurgie und an die Unfallchirurgie erinnert.²⁵⁵

Doch „seine besondere Liebe galt den Spaltpatienten. Er hat die Würzburger Klinik zu einem Zentrum der Spaltchirurgie in Bayern ausgebaut, eigene Behandlungsmethoden für die Versorgung dieser Patienten entwickelt.“²⁵⁶

Von 1963 bis 1967 wohnten Friedrich Schröder und seine Frau in Würzburg-Höchst, Am Klettenrain 20, in einer Vier-Zimmer-Wohnung zur Miete. Dort fühlten sich die beiden sehr wohl. Da auf dem benachbarten freien Grundstück kein Bauland zur Verfügung stand, suchten sie nach einem geeigneten Platz für ihr gemeinsames Heim und wurden schließlich in der Trautenauer Straße 24 fündig. 1967 begannen sie mit dem gemeinsamen Hausbau.²⁵⁷

²⁵² 1964: Zeitschrift Stoma, Band 17, Seite 198; Zeitschrift Zahnärztliche Praxis, XV. Jahrgang und die Deutsche zahnärztliche Zeitschrift DZZ, Band 19, Heft 2, S. 151.

²⁵³ Einladung zur Antrittsvorlesung am Freitag, dem 26. Juni 1964, 16 Uhr c. t. (Personalakte Würzburg).

²⁵⁴ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

²⁵⁵ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

²⁵⁶ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

²⁵⁷ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 29. September 2001.

Ab dem SS 1964 bis zum WS 1980/81 hielt er verschiedene Kurse und Vorlesungen ab²⁵⁸:

- Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (einschließlich Demonstrationen); 4 St., Mo., Di., Do., Fr.12-12.45; zusammen mit Naujoks²⁵⁹, Kühl²⁶⁰, Lieb²⁶¹ und Witt²⁶²
- Spezielle Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie; 2 St., Di., Do., 8.15-9
- Operationskursus I (mit Extraktionskurs); 3 St., täglich 9-11.45, später von 9-12 und 14-16
- Operationskursus II; 3 St., täglich 9-11.45, später von 9-12.45
- Anästhesie in der Zahnheilkunde und Extraktionen; 2 St., nach Vereinbarung; ab dem WS 65/66 übernahm Oberarzt PD Dr. Dr. Norbert Schwenzer und ab dem SS 1971 Dr. Schargus²⁶³ diesen Kurs
- Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten; 1 St., Di. 17.15-18; zusammen mit Naujoks, Dhom²⁶⁴, Müller, Kühl, Lieb und Witt
- Zahnärztliche Berufskunde; ab dem WS 69/70; 1 St., nach Vereinbarung; zusammen mit Naujoks, Kühl, Schwenzer, Witt, Schargus, Riedmiller, Patz²⁶⁵ und Büttner; ab dem WS 1980/81 übernahm Wiedemann²⁶⁶ die Vorlesung

²⁵⁸ Entnommen aus den Personal- und Vorlesungsverzeichnissen der Universität Würzburg vom SS 1964 bis zum WS 1981/82.

²⁵⁹ Naujoks, Rudolf, geb. 24.07.1919 Königsberg, Dr. med. dent., entpfl. o. UProf., ehem. Dir. UKlin. u. Poliklin. f. Zahn-Mund- u. Kieferkrankh. Würzburg, Dr. med. dent. 1948, Habil. u. PD. Hamburg 1955, Wiss. Assist. UKlin. u. Poliklin. f. Zahn-Mund- u. Kieferkrankh. Hamburg 1948-1958, Oberarzt 1958, Leit. d. Abt. f. Zusammenfass. Behandl. 1958-1963, apl. Prof. 1961, o. Prof. Würzburg 1963, Dir. d. UKlin. u. Poliklin. f. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankh. 1963; (Kürschner 1996, S. 965).

²⁶⁰ Kühl, Wilhelm, geb. 06.03.1929 Vessin/Pommern, Dr. med. dent., o. Prof., Dir. Poliklinik f. zahnärztl. Prothetik d. U. Würzburg, Prom. 1954, Habil. 1964, apl. Prof. 1970, o. Prof. 1972, Arnold-Biber-Preis 1964; (Kürschner 1996, S. 764).

²⁶¹ Lieb, Günter, geb. 06.11.1932 Sigmaringen, Dr. med. dent. 1956, Habil. 1964, Oberarzt Hamburg 1964, Umhabilitation von Hamburg nach Würzburg 1966, gest. 20.02.1969 in Zürich (Guido Oster, Günter Lieb (1932-1969); Leben und Werk; Ergobiographie, med. Diss. Würzburg 1991).

²⁶² Witt, Emil, Dr. med. dent., o. Prof., Dir. Poliklinik f. Kieferorthopädie, Prom. 1961, Habil. 1966, o. UProf. Würzburg 1973, Dentalpr. Dt. Ges. f. ZMK-Heilkunde 1968, Arnold-Bieber-Pr. Dt. Ges. f. Kfo 1969, Jahresprä. 1976, Vors. Vereinig. d. HL. f. Zahn-Mund-Kieferheilkunde 1979, 1981, Vors. Dt. Ges. f. Kfo seit 1987, Pres. of the European Orthodontic Society 1988/1989; (Kürschner 1996, S. 1552).

²⁶³ Schargus, Gerhard, geb. 15.12.1930 Hamburg, Dr. med., Arzt f. Kiefer- u. Gesichtschir., Oberarzt d. Klin. u. Poliklin. f. Kieferchir. d. U. ZMK Klin. Würzburg, Dr. med. 1966, Dr. med. habil. U. Würzburg 1978, UProf. 1980; (Kürschner 1987, S. 3951).

²⁶⁴ Dhom, Georg, Dr. med., o. UProf., Dir. d. Patholog. Inst., Patholog. Inst. d. U. d. Saarlandes, UPDoz. Würzburg 1954, apl. Prof. 1960, Prof. Homburg Saar 1965; (Kürschner 1983, S. 676).

²⁶⁵ Patz-Naujoks, Jutta, geb. 13.08.1928 Leipzig, Dr. med. dent., UProf. i. R., Ob.ärztin Klin. f. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten Würzburg, Prom. 1965, PD. U. Würzburg 1974, Jahrespr. 1977 d. Europ. Arb.gem. f. Kariesforschung; (Kürschner 1996, S. 1021).

- Klinische Visite; 2 St., Fr. 15.45-17.15; ab dem WS 1973/74
- Plastische- und Wiederherstellungschirurgie im Kiefer-Gesichtsbereich für Mediziner; ab dem WS 1973/74; 1 St., nach Vereinbarung; zusammen mit Schott bis zum SS 1975
- Klinik und Poliklinik der Krankheiten der Zähne (für Mediziner); 2 St., Do. 14-15.30; zusammen mit Naujoks, Schwenzer, Kühl, Lieb und Witt
- Röntgenkurs; 1 St., Mo. 17.15-18; ab dem SS 1971 übernahm Dr. Calais und ab dem WS 1972/73 Dr. Dr. Schott den Kurs
- Röntgen I bzw. Röntgenvorlesung für Zahnmediziner; 1 St., Mo 17.15-18; im WS 75/76, SS 76, WS 76/77, SS 77, WS 77/78, WS 78/79, SS 79, WS 79/80, im SS 1980 und WS 1980/81 zusammen mit A. Roßkopf
- Röntgen II; 2 St., nach Vereinbarung; zusammen mit Dr. G. Heieis²⁶⁷; nur im WS 1975/76; Fortführung des Kurses durch Dr. Gerhard Heieis
- Röntgen-Kolloquium; 1 St., nach Vereinbarung; zusammen mit Dr. Dr. Kotthaus und Dr. Heieis; nur im WS 1975/76; Fortführung des Kurses durch Dr. Heieis
- Radiologischer Kursus mit besonderer Berücksichtigung des Strahlenschutzes; 2 St., Di. 17.15-18.30; zusammen mit Gabriel und A. Roßkopf.²⁶⁸

Zusammen mit Dhom, Müller und Naujoks hielt er bis zum SS 1967 die Vorlesung „Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ (2 St., nach Vereinbarung) im Pathologischen Institut (Bau 21) des Luitpoldkrankenhauses ab.²⁶⁹

Zusätzlich war er vom SS 1964 bis zum WS 1981/1982 als Stellvertretender Vorsitzender des Prüfungsausschusses für die naturwissenschaftliche und zahnärztliche Vorprüfung, sowie für die zahnärztliche Prüfung tätig. Vorsitzender des Prüfungsausschusses war Prof. Dr. Rudolf Naujoks. Im SS 1971 kamen Prof. Dr. Fritz

²⁶⁶ Wiedemann, Wolfgang, geb. 06.10.1944 Stargard, Dr. med. dent., UProf. Würzburg, Dr. med. dent. 1971, Dr. med. habil. 1979, PD 1979, Prof. 1982; (Kürschner 1996, S. 1530).

²⁶⁷ Heieis, Gerhard, Akademischer Rat der Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie seit dem SS 1978.

²⁶⁸ Entnommen aus den Personal- und Vorlesungsverzeichnissen der Universität Würzburg vom SS 1964 bis zum WS 1981/82.

²⁶⁹ Entnommen aus den Personal- und Vorlesungsverzeichnissen der Universität Würzburg vom SS 1964 bis zum WS 1981/82.

Bramstedt²⁷⁰ (bis zum SS 1977), im SS 1973 Prof. Dr. Wilhelm Kühl, im WS 1974/75 Prof. Dr. Emil Witt und im WS 1980/81 Prof. Dr. Günther Siebert²⁷¹ als unterstützende Stellvertretende Vorsitzende hinzu.²⁷²

Seinen Mitarbeitern und seinen Studenten versuchte er die Leidenschaft seines Berufes näher zu bringen. „So werden sich viele Studenten und Assistenten - der Hamburger, Düsseldorfer, Bonner und Würzburger Kliniken - die heute als Ordinarien, Chefärzte, Belegärzte, Fachärzte und Zahnärzte tätig sind, dankbar der „Schröder`schen-Schule“ erinnern, die sie sich durch die Methodik und größte Akribie auszeichnete.“²⁷³

„Mehr als 100 Vorträge und wissenschaftliche Arbeiten im deutschen und ausländischen Schrifttum entstammten seiner Feder.“ Zu Kliniken in Frankreich, England, Italien, Kolumbien, Venezuela und Japan bestanden enge persönliche und fachliche Verbindungen. Zahlreiche japanische Kollegen genossen an seiner Würzburger Klinik ihre Ausbildung und leiten heute Fachkliniken ihres Heimatlandes.²⁷⁴

Besondere berufliche Verhältnisse pflegte Friedrich Schröder unter anderem zu Prof. Nagai, Prof. Fukaya, Prof. Mimura, Dr. Usui und Dr. Furukawa.²⁷⁵

Friedrich Schröder war Mitglied mehrerer deutschen Fachgesellschaften.

Schon im Jahre 1954 wurde er zum Korrespondierenden Mitglied der Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructive gewählt, dem weitere Ernennungen in

²⁷⁰ Bramstedt, Fritz, geb. 05.01.1911 Haderslev, Dr. phil., o. UProf., Vorst. d. Lstuhls f. Exper. Zahnheilkunde d. U. Würzburg, UDoz. Hamburg 1952. apl. Prof. 1958, ao. UProf. 1964, ORCA-Rolex-Preis Europ. Fluorkomm. 1957; (Kürschner 1970, S. 306).

²⁷¹ Siebert, Günther, geb. 28.01.1920 Berlin, Dr. med., entpfl. o. UProf., Prom. 1945, Habil. Mainz 1951, o. Prof. f. Ernähr.wiss. U. Hohenheim 1967, f. Experim. Zahnheilkunde U. Würzburg 1979; (Kürschner 1992, S. 3500).

²⁷² Entnommen aus den Personal- und Vorlesungsverzeichnissen der Universität Würzburg vom SS 1964 bis zum WS 1981/82.

²⁷³ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

²⁷⁴ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

²⁷⁵ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 29. September 2001.

italienschen, britischen und französischen Fachgesellschaften folgten. Schröder war Ehrenmitglied der Association Française pour de Développement de la Stomatologie.²⁷⁶

Zusätzlich war er noch Mitglied in folgenden Institutionen²⁷⁷:

- der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie und damit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
- der Deutschen Gesellschaft für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie
- der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (seit dem 30. Januar 1971)²⁷⁸
- als Affiliate Member in der Royal Society of Medicine of England.

Im Sommer 1967 wurde er zum 1. Vorsitzenden der Gesellschaft für Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie gewählt.²⁷⁹ In seiner Amtszeit bis 1969 hatte er den amerikanisch-deutschen Gemeinschaftskongress in Philadelphia 1968 partnerschaftlich geleitet und den 19. Jahreskongress in Mainz 1969 veranstaltet.²⁸⁰

Ehrenmitglied der Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie war er seit dem 28. Mai 1982.²⁸¹

Wie angesehen er war, zeigen auch zahlreiche Einladungen zu Operationswochen.

Vom 24. bis 29. November 1969 nahm er im Centre Médico-Chirurgical Foch, in Paris, an einer Operationswoche teil.²⁸² In einem Schreiben an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg vom 11. November 1969 mit der Bitte um Beurlaubung schreibt er: „Es handelt sich hierbei um die Demonstrationen von Operationen im Mittelgesicht in Verbindung mit Schädelbasisoperationen und

²⁷⁶ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

²⁷⁷ Entnommen aus einem von Friedrich Schröder verfassten Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁷⁸ Schreiben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an Friedrich Schröder vom 30. Januar 1971 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁷⁹ DZZ, 1967, 22, Heft 10, S. 1300.

²⁸⁰ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

²⁸¹ Schreiben der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an Friedrich Schröder vom 28. Mai 1982 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁸² Entnommen aus einem Schreiben Friedrich Schröders an das Rektorat der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg vom 11. November 1969 (Personalakte Würzburg).

anschließende Diskussion. Diese Art von Operationen wird nur an wenigen Spezialkliniken des Kontinents durchgeführt.²⁸³

Vom 25. bis 27. Oktober 1984 besuchte er Dr. Alois Eckstein in Mönchengladbach und besuchte bei seinem ehemaligen Hamburger Kollegen ein Klinisches Wochenende für Kieferchirurgie.²⁸⁴

Vom 23. Oktober bis 13. November 1970 nahm er an einer Vortragsreise in Japan teil. Die Japanese of Oral Surgery lud Friedrich Schröder zu Vorträgen an verschiedenen japanischen Universitäten und zur Teilnahme an einem Kongress in der japanischen Stadt Nagoya ein.²⁸⁵ Dr. Tadashi Furukawa, ein ehemaliger Assistenzarzt der kieferchirurgischen Abteilung in Bonn und in Würzburg, unterstützte Herrn Prof. Schröder bei der Übersetzung der Vorträge.²⁸⁶

Am 29. Mai 1978 überreichte der Präsident der Universität Würzburg, Prof. Dr. Th. Berchem²⁸⁷, Friedrich Schröder eine Dankurkunde „zur Vollendung einer Dienstzeit von 40 Jahren“.²⁸⁸

Wie aus einer Genehmigung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer hervorgeht, war Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder seit dem 28. Juni 1978 berechtigt, die Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ auf seinem Praxisschild zu führen.²⁸⁹

Aus dem Schreiben der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg vom 02. Oktober 1978 geht hervor, dass Dr. Dr. Friedrich Schröder „am 1. Oktober 1978 kraft

²⁸³ Entnommen aus einem Schreiben Friedrich Schröders an das Rektorat der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg vom 11. November 1969 (Personalakte Würzburg).

²⁸⁴ Entnommen aus einem Schreiben Friedrich Schröders an Dr. Tadashi Furukawa, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, im Jahre 1984 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁸⁵ Entnommen aus einem Schreiben Friedrich Schröders an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg vom 02. September 1970 (Personalakte Würzburg).

²⁸⁶ Schriftliche Auskunft von Dr. Tadashi Furukawa, Tokio, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 21. Oktober 2001.

²⁸⁷ Berchem, Theodor, geb. 22.05.1935 Pützchen bei Bonn, Dr. phil., Dr. h. c. Davidson Coll./USA, Dr. h. c. Umea, Dr. h. c. Paris-Sorbonne, Dr. h. c. Liege, Prof. h. c. Sao Luis/Bras., o. UProf., Leiter UIInst. f. Roman. Philol. Würzburg, Dr. phil 1963, Habil. Erlangen 1966, PD. U. 1966, o. Prof. Würzburg seit 1967, Präs. U. Würzburg 1976; (Kürschner 1992, S. 205).

²⁸⁸ Urkunde „Zur Vollendung einer Dienstzeit von 40 Jahren“ Friedrich Schröders vom 29. Mai 1978 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁸⁹ Genehmigung der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ der Bayerischen Landesärztekammer vom 28. Juni 1978 (Privatbesitz der Familie Schröder).

Gesetzes in das Amt eines Professors der Besoldungsgruppe 4 der Bundesbesoldungsordnung C“ übergeleitet worden ist und ab diesem Zeitpunkt die Amtsbezeichnung „Professor“ lautet.²⁹⁰

Anfang September 1979 fuhr Friedrich Schröder mit seiner Frau nach Schweidegg / Schwarzwald in Urlaub. Während dieses Aufenthaltes erleidete er am 10. September 1979 einen Herzinfarkt. Zwei Tage später wurde er ins Würzburger Uniklinikum eingeliefert. Am 13. September 1979 erhielt er einen Herzschrittmacher.²⁹¹

Wie aus dem Schreiben vom 03. Juni 1980 des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus hervorgeht, wurde Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder „mit Ablauf des Monats September von seinen amtlichen Verpflichtungen an der Universität Würzburg entbunden“.²⁹²

Am 30. April 1981 übergab er seinem Nachfolger Prof. Dr. Dr. J. Reuther²⁹³ eine im In- und Ausland angesehene Klinik.²⁹⁴

Der Höhepunkt seiner beruflichen Laufbahn trat am 22. September 1981 ein, als er vom damaligen Kultusminister Prof. Hans Maier²⁹⁵ das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, im Namen des Bundespräsidenten, verliehen bekam.²⁹⁶

In der Laudatio von Prof. Maier heißt es: „Sie leiten seit über 17 Jahren die Universitätsklinik und Poliklinik für Kieferchirurgie der Universität Würzburg. Ihr Aufbau und Ihre internationale Geltung im Kreise der Fachwelt ist ihrem Einsatz und

²⁹⁰ Entnommen aus dem Schreiben des Präsidenten der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität, Prof. Berchem, an Friedrich Schröder vom 02. Oktober 1978 (Personalakte Würzburg)

²⁹¹ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 16. September 2001.

²⁹² Emeritierungsurkunde Friedrich Schröders vom 03. Juni 1980 (Personalakte Würzburg).

²⁹³ Reuther, Jürgen, geb. 19.11.1940, Dr. med., Dr. med. dent., o. UProf., Dr. med. dent. 1965, Dr. med. 1969, Habil. 1977, UProf. Frankfurt 1978, o. UProf. Würzburg 1981, Martin-Waßmund-Preis d. Dt. Ges. f. Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie 1981; (Kürschner 1996, S. 1114).

²⁹⁴ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Alois Eckstein zu Friedrich Schröders 75. Geburtstag, ZM 8/87, S. 882, 883.

²⁹⁵ Maier, Hans, geb. 18.06.1931 Freiburg/Br., Dr. phil., o. Prof., Bayer. Staatsminister f. Unterr. u. Kultus, Prom. 1957, Habil. 1962, o. Prof. U. München seit 1962; (Kürschner 1987, S. 2868).

²⁹⁶ Verleihungsurkunde des Verdienstkreuzes 1. Klasse von Friedrich Schröder vom 23. Juni 1981 (Privatbesitz der Familie Schröder).

Ihrem Können entscheidend zu danken. Sie haben sich große Verdienste als Hochschullehrer und Ausbilder erworben.“²⁹⁷

Am 14. April 1982 wurde Friedrich Schröder 70 Jahre alt. Seine langjährigen Freunde Gerhard Bornemann, Fritz Stender und Max Wieland verfassten zu Ehren des Jubilars ein Gedicht²⁹⁸:

„Wer schreitet so ernst durch Bett und Gang?
Es ist der „Ober“ mit Druck und Zwang.-
Pingelig war ER, das muß man ihm lassen.
Und paßt man nicht auf - ER guckt` in die Tassen.

Unser Fritz war einfach nicht wegzudenken -
Wer sollte sonst auch die Bande lenken?
Wir waren ja abgebrühte Leute,
Der Spaß fand häufig reiche Beute.

Fritz hielt - im Laufschrift rauf und runter -
Bis spät die ganze Mannschaft munter.
Und wollten wir gar „Carl“ mal „petten“,
Wußt ER die Wogen rasch zu glätten.

Sein „Auto“ ist nicht zu vergessen -
Vom GUTBROT war er ganz besessen.
Man sagt, der konnt auch Rasenschneiden -
Doch sollten wir Kritik vermeiden.

Er war von früh bis spät auf Achse -
ER ahndet alles Lahme, Lachse.
Und wolltest Du den dienst mal tauschen?
Da konnt uns Fritz sich nicht berauschen.

Sein Motto war zu allen Zeiten:
Man kann nur alles selber leiten!
So kam es, daß Du antrafst auf Station:
Verband?? -- „Den macht“ der Ober schon!

Erst war er unbeweibt und rege
Bei Weiblichkeit- und Schwesternpflege -
Dann hat er mehr und mehr verweilt,
Bis ihn das Schicksal dann ereilt.

Er wurde von der Oberschwester
Der Feste schließlich - und ihr Bester.
Und beide trieb, wie so der Lauf -
Nach Düsseldorf und Würzburg rauf.

Als Professor - weil gelehrt -
Ward er endlich hochgeehrt.
Sprichst Du von Kiefern, Mund und Zähnen
Mußt heute SCHRÖDER du erwähnen.

Wir mochten ihn alle, als Rammblock zum
„Alten“.
Auch ER muß` Beine stundenlang halten.
Die Zeit ist vorüber - lang ist es her -
Auch CARL stört unseren Kreis nicht mehr.

UND WIE DU DAMALS UNSERE SPITZE!
SO WIRST DU NUN SIEBZIG
ALS ERSTER - FRITZE !

Denk dran! Das Alter fängt erst an!
Jetzt kommt`s drauf an:
Du führst nur noch die eigenen Tage!
Peil jedes Mal aufs neu die Lage,
Ob sinnvoll, ohne Hast und richtig
Ihr lebt, ist wichtig!

Ihr Beiden, bleibt für uns die Alten!
Habt nur Euch selbst noch zu verwalten.
Viel Glück noch unter diesem Dach!
Denkt dran:

Wir kommen alle nach!

Denn Jahre schmelzen hin wie Wachs.
Dein Gert Dein Fritz Dein Max.“²⁹⁹

²⁹⁷ Entnommen aus der Laudatio von Prof. Maier vom 22. September 1981 (Privatbesitz der Familie Schröder).

²⁹⁸ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 29. September 2001.

Während seines Ruhestandes genoss er das gemeinsame Haus und Würzburg. Er verreiste viel mit seiner Frau, so waren die beiden oft zum Skilaufen in St. Moritz, verbrachten einige Wochen auf der Insel Sylt und reisten 1984 einige Wochen nach Skandinavien. Doch Friedrich Schröder war auch nach seiner Emeritierung noch beruflich engagiert und nahm an zahlreichen Kongressen im In- und Ausland teil.³⁰⁰

Am Dienstag, den 14. April 1992 um 15 Uhr richtete die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie anlässlich des 80. Geburtstages von Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder ein akademisches Geburtstagssymposium aus.³⁰¹

„Friedrich Schröder soll als Pionier der Deutschen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie durch dieses Symposium geehrt werden. Die thematischen Schwerpunkte Traumatologie, Mißbildungschirurgie und Tumor chirurgie sollen die vielfältigen wissenschaftlichen und praktischen Interessen des Jubilars darstellen und mit ihrer Weiterentwicklung seine grundlegenden Anstöße belegen.“³⁰²

Als Referenten waren erschienen Prof. Dr. Dr. Norbert Schwenzer (Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie der Universität Tübingen), Prof. Dr. Dr. Joachim Mühling³⁰³ (Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie der Universität Heidelberg) und Prof. Dr. Dr. Jürgen Reuther (Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie der Universität Würzburg).³⁰⁴

In der Laudatio von Dr. Ing. Hellmuth Mittenzwei, einem Mitglied der ATV-München, zu Schröders 80. Geburtstag heißt es: „Blättern wir doch etwas zurück, als Du im SS 1934 bei einer verehrlichen ATV-Germania in München aktiv wurdest, nach

²⁹⁹ Verfasstes Gedicht anlässlich des 70. Geburtstages von Friedrich Schröder am 14. April 1982 (Privatbesitz der Familie Schröder).

³⁰⁰ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 16. September 2001.

³⁰¹ Entnommen aus der Einladung zum Symposium aus Anlaß des 80. Geburtstages von Friedrich Schröder vom 14. April 1992 (Privatbesitz der Familie Schröder).

³⁰² Entnommen aus der Einladung zum Symposium aus Anlaß des 80. Geburtstages von Friedrich Schröder vom 14. April 1992 (Privatbesitz der Familie Schröder).

³⁰³ Mühling, Joachim, Dr. med., Dr. med. dent., UProf. Würzburg, UProf. Heidelberg; (Kürschner 1996, S. 937).

³⁰⁴ Entnommen aus der Einladung zum „Symposium aus Anlaß des 80. Geburtstages von Friedrich Schröder“ vom 14. April 1992 (Privatbesitz der Familie Schröder).

Absolvierung von 3 Semestern Fuxen- und Burschenzeit bei einer verehrlichen ATV Kurhessen in Marburg. Wir junge Aktive - ich war schließlich ein endlos langes Semester jünger - bewunderten Deinen geistigen und somatischen Habitus, Dein sportliches Können. Später konnte ich Deine wissenschaftliche Leistungen bewundern als Du mir 1960 in Hamburg Einblick in Deine Habilitationsschrift gabst. Dies war der Grundstein einer außerordentlichen wissenschaftlichen Laufbahn. [...] Mit Deiner ungebrochenen Aktivität halfst du bei der Wiederbegründung der alten ATV Germania, die durch Fusion mit der ATV Rugia und Agilolfia den Namen ATV München bekam.³⁰⁵

2.11. Tod und Nachrufe

Friedrich Karl Schröder verstarb am 28. Juli 1996 um 0.20 Uhr im Alter von 84 Jahren in Würzburg in seinem Haus in der Trautenauer Straße 24.³⁰⁶ Am Donnerstag, den 01. August 1996 um 12.45 Uhr wurde er in Würzburg auf dem Hauptfriedhof im engsten Kreise beigesetzt.³⁰⁷

Es erschienen Freunde des Lions-Club und Kollegen aus der Hamburger Zeit, wie zum Beispiel Dr. Reiss, Dr. Wieland, Dr. Eckstein, Dr. Hering³⁰⁸ und Dr. Bornemann.³⁰⁹

In einem Brief vom 22. August 1996 spricht der Bayerische Staatsminister für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst, Hans Zehetmair, sein Mitgefühl aus: Friedrich Schröder wird „in Erinnerung bleiben als ein hervorragender Forscher, ein aufopfernder Arzt und ein mit Leib und Seele ausbildender akademischer Lehrer. Noch heute erinnern sich altgediente Mitarbeiter der Klinik daran, daß Professor Schröder buchstäblich „Tag und Nacht“ für seine Klinik da war. Besonders hervorzuheben scheint mir die Bescheidenheit, mit der Ihr Gatte hinter sein Werk zurückgetreten ist.

³⁰⁵ Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Mittenzwei anlässlich des 80. Geburtstages von Friedrich Schröder; Mitteilungsblatt der ATV, Folge 1/92.

³⁰⁶ Sterbeurkunde Nr. 1292/1996 Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder).

³⁰⁷ Todesanzeige Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder).

³⁰⁸ Hering, Hans-Jürgen, Dr. med., Dr. med. dent., em. UProf., Äztl. Dir. FB Humanmed. U. Klinikum Marburg, L.auftr. U. Marburg 1957, Habil. 1962, apl. Prof. 1967, WissR. u. Prof. 1968, pl. Prof. 1971, Ehrennadel Bdeszahnärztekammer 1982, Otto-Loos-Med. 1986, Euricius-Cordus-Medaille 1993, EM Bdesverb. MKG-Chir. 1985; (Kürschner 1996, S. 530).

³⁰⁹ Mündliche Auskunft von Frau Ella Schröder, der Ehefrau von Friedrich Schröder, vom 16. September 2001.

Nicht nur die wissenschaftliche Welt, sondern auch das Staatsministerium wird ihn in ehrender Erinnerung behalten.“³¹⁰

Nachrufe erschienen in der „Main-Post“ Würzburg 02. August 1996 Nr. 177, in der Deutschen Zeitschrift für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 20 (1996) 5 S. 211 und in dem Mitteilungsblatt der ATV-München Folge 2/96, S.6/7.³¹¹

2.12. Friedrich Schröders Wirken auf seine Mitmenschen

Im Rahmen meiner Dissertation interessierte mich vor allem Friedrich Schröders Wirken auf seine Mitmenschen. Um eine genaue Vorstellung davon zu bekommen, versandt ich Fragebögen an Freunde und Kollegen Friedrich Schröders. Die Resonanz war erfreulicherweise sehr groß.

Friedrich Schröder wird als ein großartiger Mensch beschrieben, dem immer das Wohl seiner Patienten im Vordergrund stand.³¹²

So schreibt er in einem Brief vom 15. September 1972 an seinen Verbindungsbruder Dr. Hellmuth Mittenzwei: „Dein hochherziges Angebot zur Teilnahme bzw. zum Besuch der Olympiade habe ich schmachlich missbraucht. Ich bin zu tiefst betrübt und bedauere sehr, dass ich nicht daran teilnehmen konnte. Aber leider konnte ich einfach nicht weg, weil ich schwerkranke Patienten habe. Aber ich konnte es doch nicht verhindern, dass sie den letzten Weg gehen mussten.“³¹³

„Professor Dr. Dr. Friedrich Schröder war ein äusserst pflichtbewußter Mensch und Arzt, sehr gewissenhafter und geschickter Operateur. Als gebürtiger Nordhesse hatte er die Standhaftigkeit der Menschen dieser Region, verbunden mit strengen Maßstäben an

³¹⁰ Entnommen aus einem Schreiben des Bayerischen Staatsministers für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst an Frau Ella Schröder vom 22. August 1996 (Privatbesitz der Familie Schröder).

³¹¹ „Main-Post“ Würzburg 2. August 1996 Nr. 177; Deutschen Zeitschrift für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 20 (1996) 5 S. 211; Mitteilungsblatt der ATV-München Folge 2/96, S.6/7.

³¹² Mündliche Auskunft von Frau Rosemarie Lessentin, Würzburg, der Sekretärin Friedrich Schröders, am 23. Februar 2002.

³¹³ Entnommen aus einem Schreiben Friedrich Schröders an seinen Freund Hellmuth Mittenzwei vom 15. September 1972 (Privatbesitz von Herrn Dr. Mittenzwei).

sich und Mitarbeiter. Aus diesen Eigenschaften und Erfahrungen wuchs seine Lehre und wissenschaftliches Werk.³¹⁴

Als Charakterzüge von Friedrich Schröder gelten „Bescheidenheit, innere Ruhe, Seriosität, sicheres Urteil“.³¹⁵

Kollegen aus der Hamburger und Würzburger Zeit beschreiben ihn als einen großartigen korrekten zuverlässigen Menschen, der seinen Beruf mit Liebe und Hingabe ausführte und sich selber das abverlangte, was er auch von seinen Mitarbeitern erwartete.³¹⁶

Auch japanische Kollegen schätzen Friedrich Schröder als Mensch und als Kieferchirurg, was anhand eines Schreibens von Dr. Tadashi Furukawa verdeutlicht werden soll, in dem es heißt: „Ich verehere ihn ein meinem Lebtag als meinen Lebenslehrer. Ich war unter einem glücklichen Stern geboren, unter ihm im Ausland zu arbeiten.“³¹⁷

Dr. Günther Pracht, ehemaliger Assistenzarzt der chirurgischen Abteilung in Würzburg, schreibt in einem Brief an Frau Ella Schröder am 09. Januar 2000: „Ihr Mann war schon ein Vorbild, dem nachzueifern, sich immer gelohnt hat. [...] Auf eindrucksvolle Weise hat mir Ihr Gatte das Verhältnis zum Patienten mit einer hohen Moral und Ethik vorgelebt, ich glaube, daß ich davon in meiner ärztlichen Verantwortung sehr viel angenommen habe.“³¹⁸

³¹⁴ Schriftliche Auskunft von Prof. Dr. Dr. med. Hans-Jürgen Hering, Marburg, ehemaliger Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg, am 31. Oktober 2001.

³¹⁵ Schriftliche Auskunft von Dr. Ing. Hellmuth Mittenzwei, München, ein Studienfreund von Prof. Dr. Dr. Schröder, am 22. Oktober 2001.

³¹⁶ Schriftliche Auskünfte von Prof. Dr. Dr. med. Hans-Jürgen Hering, Marburg, ehemaliger Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg, am 31. Oktober 2001;
Mündliche Auskünfte von Prof. Dr. Hans-Dieter Mierau, Würzburg, am 14. September 2001;
Mündliche Auskünfte von Dr. Günther Pracht, Sprockhövel, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 15. März 2002;
Mündliche Auskünfte von Frau Dr. Ursula Wachs, Wolfhagen, ehemalige Assistenzärztin der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 18. November 2001.

³¹⁷ Schriftliche Auskunft von Dr. Tadashi Furukawa, Tokio, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 21. Oktober 2001.

³¹⁸ Entnommen aus einem Schreiben von Dr. Günther Pracht an Frau Ella Schröder vom 09. Januar 2000 (Privatbesitz der Familie Schröder).

3. TABELLARISCHER LEBENS LAUF VON FRIEDRICH SCHRÖDER

<i>14. April 1912</i>	Geboren in Frielendorf, Bezirk Kassel
<i>26. Februar 1932</i>	Reifeprüfung am Badischen Realgymnasium II in Mannheim
<i>05. April 1932</i>	Immatrikulation an der medizinischen Fakultät der Philipps-Universität Marburg
<i>27. Juli bis 07. August 1933</i>	Zahnärztliche Vorprüfung in Marburg
<i>01. März 1934</i>	Exmatrikulation an der medizinischen Fakultät der Philipps-Universität Marburg
<i>17. Mai 1934</i>	Immatrikulation an der Ludwig-Maximilians-Universität München
<i>18. November 1935</i>	Zahnmedizinisches Staatsexamen in München
<i>08. Januar 1936</i>	Approbation als Zahnarzt in München
<i>30. März 1936</i>	Promotion zum Dr. med. dent. in München
<i>07. Januar 1936 bis 01. Juni 1936</i>	Volontärassistent in der prothetischen Abteilung der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München
<i>01. Juni 1936 bis 31. Dezember 1936</i>	Volontärassistent in der chirurgischen Abteilung der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München
<i>01. Januar 1937 bis 28. Februar 1946</i>	Wissenschaftlicher Assistent an der Universitätsklinik München, davon Einsatz während des Krieges bei Sanitätseinheiten der Luftwaffe
<i>04. September 1939 bis 30. Januar 1946</i>	Reserve Lazarett München, Teillazarett der Kieferklinik unter der Leitung von Dr. Kranz
<i>13. Dezember 1940 bis 16. August 1943</i>	Kieferchirurgische Abteilung des Lw. Laz. Paris unter der Leitung von Dr. Kranz
<i>Juli bis Oktober 1944</i>	Kieferchirurg bei einer Division in der

<i>Ende Oktober 1944 bis Kriegsende</i>	Normandie Leitung der kieferchirurgischen Abteilung des Fsch. Feldlaz. 6 unter Leitung von Dr. Linneweber
<i>09. Mai bis 30. Januar 1946</i>	in englischer Gefangenschaft
<i>27. März 1946 bis 31. Januar 1950</i>	Assistenzarzt in der Poliklinik der chirurgischen Abteilung an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg
<i>01. Mai 1948 bis 30. September 1948</i>	Assistenzarzt auf der Kinderstation der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg
<i>01. Februar 1950 bis 04. Oktober 1950</i>	Reststudium der Medizin in München
<i>04. Oktober 1950</i>	Medizinisches Staatsexamen in München
<i>19. Oktober 1950</i>	Approbation als Arzt in München
<i>16. Oktober 1950 bis 30. November 1950</i>	Pflichtassistent an der Universitäts- Augenklinik in München
<i>01. Dezember 1950 bis 30. März 1952</i>	Assistenz- bzw. Oberarzt der Poliklinik der chirurgischen Abteilung der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg
<i>03. Dezember 1952</i>	Vermählung mit Ella Anna Karoline Schmidt in Neumünster
<i>31. März 1952</i>	Vollapprobation als Arzt in München
<i>01. April 1952 bis 01. März 1953</i>	beurlaubt an die Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf; Oberarzt der chirurgischen Abteilung und Leitung der Kinderabteilung
<i>01. März 1953 bis 30. November 1960</i>	Oberarzt der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg
<i>07. Mai 1953 bis 05. Juni 1953 und vom 20. Juli 1953 bis zum 20. November 1953</i>	Stationsarzt der Kinderstation der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg

<i>01. Februar bis 31. März 1955 und vom 04. April bis zum 21. Mai 1955</i>	Hospitierender Arzt an der II. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Eilbeck
<i>22. November 1955</i>	Facharzt für Kieferchirurgie in Hamburg
<i>01. Januar 1957 bis 30. Juni 1957</i>	Pharmakologisches Institut der Universitätsklinik Eppendorf-Hamburg
<i>02. August 1958 ab Oktober 1958</i>	Promotion zum Dr. med. in Hamburg Anatomisches Institut der Universität Hamburg
<i>09. November 1960</i>	Habilitation in Hamburg
<i>01. Dezember 1960 bis 19. Dezember 1960</i>	Wissenschaftlicher Assistent an der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Bonn
<i>20. Dezember 1960 bis 30. November 1963</i>	Oberarzt der chirurgischen Abteilung der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Bonn
<i>01. Dezember 1963 bis 30. April 1981</i>	ordentlicher Professor für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere Kieferchirurgie Vorstand der kieferchirurgischen Abteilung der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Würzburg
<i>01. Oktober 1980</i>	Emeritierung
<i>22. September 1981</i>	Bundesverdienstkreuz 1. Klasse
<i>28. Juli 1996</i>	Tod in Würzburg

4. WISSENSCHAFTLICHES WIRKEN

4.1. Überblick

„Friedrich Schröder hat sich die Verbesserung der anatomischen Grundlagen der Chirurgie zur Aufgabe gemacht. Der Bogen reicht von beiden Dissertationen über die Habilitationsschrift bis zur intensiven Mitarbeit als Emeritus an dem Standardwerk „Praktische Anatomie“ von Lanz/Wachsmuth³¹⁹. Dazwischen liegen weit über 100 Publikationen und Vorträge, von denen die meisten den „Schädelanatomien“ erkennen lassen. Viele davon sind in französischer Sprache abgefaßt, da sich der Autor dem Kulturkreis unseres westlichen Nachbarn besonders verbunden fühlt.“³²⁰

Die Themen seiner wissenschaftlichen Arbeiten reichen über das gesamte Fachgebiet von der Missbildungschirurgie über die Onkologie, Traumatologie und die präprothetischen Chirurgie bishin zu spezifischen Schwerpunkten der kieferorthopädischer Chirurgie. Zu den Beiträgen gehören neue Wege der chirurgischen Behandlung großer odontogener Zysten, Osteosynthesprobleme bei Frakturen, Verbesserung der chirurgischen Behandlung bei hämorrhagischen Diathesen und präprothetische Empfehlungen bei besonders ungünstigen Kieferverhältnissen. Sein besonderes Interesse galt jedoch der Chirurgie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und der Nachbehandlung seiner heranwachsenden Patienten.³²¹

Nachfolgend soll der Inhalt der wichtigsten Werke wiedergegeben werden.

³¹⁹ Wachsmuth, Werner, geb. 29.03.1900 Rostock, Dt. Med., Dr. jur. h. c., em. oö. UProf., ehem. Dir. Chirur. UKlinik u. Poliklinik Würzburg, Habil. U.Bonn 1930, apl. Prof. München 1936, oö. Prof. u. Dir. Chir. UKlin. u. Poliklinik u. Staatl. Luitpold-Krkhs. Würzburg 1946, Ernst v. Bergmann Gedenkmünze in Gold, Leopoldina; (Kürschner 1987, S. 4882).

³²⁰ Entnommen aus einer Laudatio von Gerhard Pfeifer zu Friedrich Schröders 80. Geburtstag (Privatbesitz der Familie Schröder).

³²¹ Entnommen aus einer Laudatio von Gerhard Pfeifer zu Friedrich Schröders 80. Geburtstag (Privatbesitz der Familie Schröder).

4.2. Publikationen in chronologischer Reihenfolge

Bei der Erstellung dieser Bibliographie diente mir die Dissertation von Lutz Klumpp³²² und Niederschriften von Prof. Dr. Dr. Schröder³²³ als Grundlage. Falsche Seiten-, Titel- und Bandangaben wurden korrigiert, fehlende Veröffentlichungen ergänzt.

1936 Gewerbeschädigungen in der Mundhöhle unter besonderer Berücksichtigung der Bleierkrankung und ihre unfallrechtliche Bedeutung,
Med. Diss. München, 30.3.1936

1944 Ein Beitrag zur Speichelsteinerkrankung,
Z. Stomat. (Wien) 1944, Band 42, Heft 5/6, S. 128-134

1955 Erfahrungen aus der Nordwestdeutschen Kieferklinik bei der operativen Behandlung von Gesichtasymmetrien und Kieferdeformitäten ohne Veränderung der Okklusion,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1955, 1, S. 238-244

1956 Die Gesichtshautraffung als Hilfsmittel bei der Behandlung der Facialisparese,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1956, 2, S. 155-158

Intervention intra-orale pour la correction du prognathisme
(procédé de Schuchardt),
Ann. chir. plast. Paris 3, S. 125

1957 Technique indications des greffes cutanées dans la cavité buccale,
Ann. chir. plast. Paris 4, S. 98-105

³²² Lutz Klumpp, Personalbiographien von Professoren und Dozenten der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Würzburg im ungefähren Zeitraum von 1900-1970, med. Diss. Erlangen-Nürnberg 1971

³²³ Liste einiger Veröffentlichungen Friedrich Schröder aus dem Privatbesitz der Familie Schröder.

Orthopädische Maßnahmen vor und nach der osteoplastischen Deckung von Unterkieferdefekten,

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1957, 3, S. 295-300

- 1958** Einfluß des Applikationsortes auf Giftwirkungen von Lokalanalgetica unter besonderer Berücksichtigung der Mundhöhle,
Med. Diss. Hamburg, 5.2.1958

Der Zeitpunkt für Korrekturoperationen bei Jugendlichen und Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1958, 4, S.161-166

Soll man bei der Osteoradionekrose des Kiefers chirurgisch vorgehen?,

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1958, 4, S. 182-189

Die operative Korrektur des Pterygium colli,

Langenbeck`s Archiv 289, S. 643-647, Kongressbericht 1958 - Springer Verlag Heidelberg

Gemeinsam mit B. Spiessl

Die autoplastische Deckung von Knochendefekten bei der Radikaloperation des Adamantinoms im Unterkiefer,

Langenbeck`s Archiv 289, S. 661-668, Kongressbericht 1958 - Springer Verlag Heidelberg

- 1959** About the technic in the use of longer tubal flaps to cover large skin defect on the face,
Kongressbericht: International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery - London 1959

Zur Plastik doppelseitiger Lippenspalten nach Hagedorn-Le Mésurier
unter Berücksichtigung unserer Spätergebnisse,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1959, 5, S. 358-360

Gemeinsam mit B. Scheffer

Über die Tracheotomie zur Durchführung der Allgemeinanästhesie,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1959, 5, S. 68-71

Die Abhängigkeit der Toxizität der Lokalanalgetika vom Ort der Applikation,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1959, 5, S. 127-132

Gemeinsam mit K. Schuchardt

Utilisation des prothèses maxillo-orbitaires dans la chirurgie reconstructive de
l'orbite,
Ann. chir. plast. Paris 6, S. 99

1960 Die Operationen der doppelseitigen Lippenspalten,
Langenbeck's Archiv 295, S. 987-996, Kongressbericht 1960 - Springer Verlag
Heidelberg

Zur Verwendung gestielter Lappen in der plastischen Chirurgie des Kiefer-
Gesichtsbereiches, Experimentelle Untersuchungen und klinische
Beobachtungen,
Habilitationsschrift 1960, Thieme Verlag Stuttgart

Therapie der Kiefergelenksankylose,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1960, 6, S. 331-334

1961 Die operative Vorbereitung des Kiefers für Prothesen,
Zahn. Prax. 12, Heft 1, S. 4-5

1962 Die Behandlung von Pseudoarthrosen im Unterkiefer,

Dt. zahnärztl. Zs. 17, H. 11, S. 784-788

Interventions chirurgicales preprothetiques sur les machoires atrophiées,

Rev. franc. Odonto - stomat. 8, H. 5, S. 775-779

1964 Interventions chirurgicales de la région orale et maxillaire en cas de Diathèse

hémorragique particulièrement en cas d'hémophilie,

Rev. Stomat. (Paris) 65, S. 445-448

1965 Zur Behandlung von Frakturen bei Kindern,

Zahn. Rd. 74, H. 10, S. 387-395

La reconstruction de la lèvre inferieure détruite par tumeur et radiothérapie,

Ann. chir. plast. Paris 10, S. 112

Zur kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung von

Dysgnathien,

Dt. zahnärztl. Zs. 20, H. 1, S. 112-119

Panoramaaufnahmen und „klassische“ Schädelaufnahmen in der Traumatologie,

Zahn. Prax. 16, H. 11, S. 124-126

Gemeinsam mit K. Schuchardt, H. Ritze³²⁴ und H. Müller

Zur chirurgischen Behandlung des Zungenkarzinoms und prothetische

Wiederherstellung der Sprechfunktion.

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1965, 10, S. 89-92

³²⁴ Ritze, Horst, geb. 13.11.1916 Erfurt, Dr. med. dent., Dr. med., em. o. UProf. Hamburg u. Dir. Prothet. Abt. UKlin. u. Poliklin. f. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten, PD U. Hamburg 1956, apl. Prof. 1962, ao. Prof. 1963, Dekan d. Med. Fak. 1969-1970, Zahnärztl. Prothetik m. Werkstoffkunde; (Kürschner 1996, S. 1130).

Apparate zur Reposition und Fixation der Kieferfrakturen,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1965, 11, S. 117-123

Bone and cartilage reconstructions after use of implants,
Kongressbericht, 2nd International Conference on Oral Surgery
(Juni 1965 Kongress Kopenhagen)

1966 Alveolarkammaufbau im Oberkiefer mit körpereigenem Material im Vergleich
zu den Gerüstimplantaten,

Dt. zahnärztl. Zs. 21, H. 3, S. 422-429

Zur Wiederherstellung des Prothesenlagers bei Unfallverletzten,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1966, 12, S. 259-264

Operation der Spalte im harten Gaumen im Anschluß an Velumplastik nach
Schweckendieck³²⁵,

Acta chir. plast. 8, H. 4, S. 257-263

Operation extrem breiter Gaumenspalten unter Verwendung eines
Pharynxlappens,

Acta chir. plast. 8, H. 4, S. 276-281

Gemeinsam mit N. Schwenger

Les lambeaux bipédicules associés au lambeau pharyngien pour la
reconstruction du voile dans les divisions palatines extrêmement larges,

Ann. chir. plast. Paris 11, H. 3, S. 170

1967 Gemeinsam mit N. Schwenger

Komplikationen von Seiten der Kieferhöhle bei der Entfernung von oberen
Molaren,

Zahnärztl. Welt 68, H. 6, S. 204-208

³²⁵ Schweckendieck, Wolfgang, 1884-1960 HNO Marburg; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

Spätplastik und Sofortplastik nach Unterkieferresektion (Maßnahmen zur Wiederherstellung normaler Gesichtsform und Kieferfunktion),
Dt. Zahn Mund Kieferhkd. 48, H. 1/2, S. 1-10

Bildung von Gesichtshautlappen unter besonderer Berücksichtigung der Gefäßversorgung nach Entfernen von Gesichtstumoren,
Chirurgica Plastica et Reconstructiva 3, S. 184-199, Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York

Gemeinsam mit N. Schwenzer (Geleitwort von F. Schröder)
Zur Osteosynthese bei Frakturen des Gesichtsskeletts,
Georg Thieme Verlag Stuttgart 1967

1968 Die Chirurgie des Karzinoms der Zunge und des Mundbodens,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1968, 13, S. 125

50 Jahre Kieferchirurgie,
Dt. Zahn Mund Kieferhkd. Bd. 50, H. 9/10, S. 371-386

Zur Extraktion und operativen Entfernung frakturierter Zähne unter Berücksichtigung der Komplikationen,
Deutscher Zahnärztekalendar 1968, 27, S. 28-37, Carl Hanser Verlag München

Gemeinsam mit H. Egli³²⁶
Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen zur antifibrinolytischen und hämostatischen Wirkung von Epsilon-Tachostyptan,
Dt. Zahn Mund Kieferhkd. Bd. 50, H. 9/10, S. 386-404

³²⁶ Egli, Hans, geb. 06.08.1922 Berlin, Dr. med., o. UProf., Dir. Inst. f. Exp. Hämatologie u. Bluttransfusionswesen Bonn, Prom. 1952, Habil 1959, o. Prof. 1970, Dekan Med. Fakultät 1972/73-1975/76; (Kürschner 1983, S. 798).

Deckung von Gesichtsdefekten nach Tumoroperationen bei Patienten höheren Alters,
Chirurgica Plastica et Reconstructiva 5, S. 152-162, Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York

1969 Gemeinsam mit N. Schwenzer

Die primäre Wiederherstellung des Gesichtsskelettes nach Unfällen,
Stoma 22, Heft 1, S. 44-52

Wann sollte eine operative Kieferbruchbehandlung durchgeführt werden?
Therapiewoche 1969, H. 35, S. 1507

Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenoperationen und Kieferwachstum,
Z. Kinderchir. 1969, Band 6, Heft 4, S. 478-485

Buchbesprechung: Treatment of Patients with Clefts of Lip, Alveolus and Palate,
Hrsg. K. Schuchardt, Z. Kinderchir. 1969, Band 7, Heft 2, S. 309-310

Die praktische Anatomie

Ein Lehr- und Hilfsbuch der anatomischen Grundlagen ärztlichen Handelns,
Kopf-Gesichtsteil (Mitarbeit), in Lanz-Wachsmuth, Springer Verlag Berlin, Göttingen, Heidelberg

1970 Klinik und chirurgische Therapie der gutartigen mesenchymalen Tumoren und Hyperplasien der Mundhöhle,

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1970, 14, S. 34-40

Zur operativen Behandlung großer Zysten im Alterskiefer,
Dt. zahnärztl. Zs. 25, H. 2, S. 150-156

Gemeinsam mit N. Schwenzer

Die Ergebnisse nach Operationen großer Cysten im Unterkiefer mit
gleichzeitiger Knochentransplantation,

Österreichische Zeitschrift für Stomatologie 1970, Band 67, Heft 4, S. 140-146

Zur Versorgung von Kiefer-Gesichtsverletzungen,

Chirurg, Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin, Heidelberg 1970, J.

41, H.11, S. 481-485

Wann sollte eine operative Kieferbruchbehandlung durchgeführt werden?

Therapiewoche 1970, Bd. 20, H. 44, S. 2805-2808

Gemeinsam mit N. Schwenzer

Zur Therapie des sogenannten Pierre Robin-Syndroms,

Z. Kinderchir. 1970, Band 8, S. 201-209

1971 Dringliche Versorgung schwerer Gesichts- und Kieferverletzungen,
Langenbeck's Archiv 329, S. 97-105, Kongressbericht 1971 - Springer Verlag
Heidelberg

1972 Gemeinsam mit H. Milde
Mischtumoren in den Mundhöhlenweichteilen,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1972, 15, S. 56-60

Das Zylindrom im Kieferknochen,

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1972, 15, S. 89-93

1973 Zur primären Osteoplastik bei doppelseitiger Lippen-Kiefer-Gaumenspalte,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1973, 16/17, S. 94-98

Sekundäre Osteoplastik als Basis für Lippen- und Nasenkorrektur bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten-Patienten,

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1973, 16/17, S. 307-310

Entzündungen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich I.

Therapiewoche 1973, Bd. 23, H. 43, S. 4041

Die Versorgung der Mund- und Kieferverletzungen,

Langenbeck`s Archiv 334, S. 445-454, Kongressbericht 1973 - Springer Verlag Heidelberg

Rundgespräch zusammen mit H. Blümlein, H. Matthes, J. Schrudde und H.-L. Thiel

Die Versorgung des verletzten Gesichtes im allgemeinen Krankenhaus,

Langenbeck`s Archiv 334, S. 455-456, Kongressbericht 1973 - Springer Verlag Heidelberg

A Clinical Examination on Value Determination of the TNM-Classification of the Carcinoma of the Buccal Cavity,

Z. Krebsforsch. , Springer Verlag New York, 1973, Band 80, S. 83-96

1974 Die Mikrogenie und ihre Behandlung,

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1974, 18, S. 169-173

Gemeinsam mit G. Schargus

Zahnextraktion bei Hämophilen (Plattenverband und Substitutionstherapie);

(Autoreferat);

Dt. zahnärztl. Zs. 29, S. 758

L'indication de l'osteosynthèse dans les fractures des condyles mandibulaires,

Rev. stomat. (Paris) 1974, Bd. 75, S. 455-457

- 1975** Der Luftröhrenschnitt als Notfalleingriff in der zahnärztlichen Praxis,
Deutscher Zahnärztekalendar 1975, S. 54-58, Carl Hanser Verlag München
- Gemeinsam mit G. Schargus
Zahnextraktion bei Hämophilen (Substitutionstherapie und Plattenverband),
Zahnärztl. Welt Bd. 84 1975, H. 19, S. 873-876
- Zur Rekonstruktion von Unterlippen- und Wangendefekten nach
Tumorresektionen,
Therapiewoche, 1975, Band 25, Heft 44, S. 6618-6623
- 1976** Gemeinsam mit G. Schargus und G. Sonntag
Experimentelle Untersuchungen über die Einheilung von Rippentransplantaten
in Abhängigkeit von der Fixation,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1976, 20, S. 24-26
- Zum Verhalten von freien Hauttransplantaten in beweglichen und
unbeweglichen Bereichen der Gesichtswichteile,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1976, 20, S. 80-83
- Zur Primäroperation doppelseitiger Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1976, 21, S. 242-244
- Gemeinsam mit G. Schargus und E. Herreiner
Histologische Untersuchungen der Knochendefektheilung unter dem Einfluß
verschieden eiweißhaltiger Kost,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1976, 21, S. 312-313
- Gemeinsam mit G. Schargus und H. Faupel
Klinische und röntgenologische Nachuntersuchungen von Kollumfrakturen,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1976, 21, S. 316-317

Gemeinsam mit E. Kotthaus, G. Schargus und H. Dalatich
 Vergleichende Untersuchungen über verschiedene Methoden der enossealen
 Implantation im Kiefer (eine tierexperimentelle Studie am Minischwein),
 (Autoreferat),
 Dt. zahnärztl. Zs. 31, S. 165

Gemeinsam mit G. Schargus und J.-W. Carl
 Computergerechte statistische Erfassung von Unterkieferfrakturen,
 Dt. zahnärztl. Zs. 31, S. 268-270

1977 Gemeinsam mit G. Schargus
 Fixierung von Fragmenten nach Mittelgesichtsfrakturen durch Zugschrauben
 und Plattenosteosynthesen,
 Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1977, 22, S. 51-53

Gemeinsam mit G. Schargus, H. Faupel und D. Linnert³²⁷
 Ophthalmologische Nachuntersuchungen von Mittelgesichtsfrakturen,
 Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1977, 22, S. 113-114

Operationsindikation und Komplikationen bei kavernösen Hämangiomen des
 Gesichtes,
 Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1977, 22, S. 183-185

Gemeinsam mit U. Wachs
 Über klinische Erfahrungen nach Implantation von Gelatineschwämmen in
 Extraktionswunden in Verbindung mit indirekten volumetrischen Alveolen-
 Größenbestimmungen,
 Österreichische Zeitschrift für Stomatologie 1977, Band 74, Heft 3, S. 98-100

³²⁷ Linnert, Doris, geb. 05.06.1936 Halle/S., Dr. med., UProf., Leit. Ob.ärztin, Univ.-Augenlinik
 Würzburg, Prom. 1961, Habil. 1973, Facharzt f. Augenkrankheiten seit 1968; (Kürschner 1987, S.
 2755).

Diagnose und Behandlung von Mittelgesichtsfrakturen aus kieferchirurgischer Sicht,

Zahn. Prax. 1977 Bd. 28, H. 6, S. 141-144

1978 Rekonstruktion der Unterlippe nach Tumorexzision,

Fortschr. Kiefer- u. Gesichtschir., Thieme Verlag Stuttgart 1978, 23, S. 24-26

Gemeinsam mit R. Heß und G. Schargus

Dünnschichttechnik von unentkalkten Knochen von Labortieren,

Dtsch. Z. Mund-Kiefer-Gesichts-Chir. 2 (1978) Suppl., S. 15-17

1979 Kinnrekonstruktion nach Tumorresektion,

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1979, 24, S. 98-101

Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten: Behandlungskonzepte-Spätergebnisse,

Teamwork und Fürsorge-Teratologie, 3. internationales Symposium Hamburg

1979, hrsg. von Gerhard Pfeifer, S. 88-92

Vergleichende Beobachtungen über das Oberkieferwachstum nach unterschiedlicher Operation von doppelseitigen Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten,

Thieme Verlag Stuttgart, New York 1982

Gemeinsam mit Ch. Will

Substitutionstherapie mit PPSB-human bei unter Antikoagulation stehenden Patienten als Vorbereitung für kieferchirurgische Eingriffe,

Österreichische Zeitschrift für Stomatologie 1979, Band 76, Heft 5, S. 176-180

Gemeinsam mit Ch. Will

Operative Behandlung von Patienten mit Blutungsneigung,

Dtsch. Z. Mund-Kiefer-Gesichts-Chir. 3 (1979), H.4, S. 243-249

- 1980** Gemeinsam mit D. Edinger, W. Heine³²⁸, J. Mühling und Ch. Will
 Pathohistologie der Wundrandvereinigung mit Fibrinkleber (eine
 tierexperimentelle Studie)
 Dtsch. Z. Mund-Kiefer-Gesichts-Chir. 4 (1980), H. 3, S. 166-171
- Gemeinsam mit D. Edinger, W. Heine, J. Mühling und Ch. Will
 Die Vollhautklebung mit hochkonzentriertem Fibrinogen im Tierexperiment,
 Dtsch. Z. Mund-Kiefer-Gesichts-Chir. 4 (1980), H. 3, S. 172-178
- Gemeinsam mit H. Hanne
 Klinische Erfahrungen über die Versorgung von Extraktionswunden mit einem
 spezifischen, resorbierbaren Lokalhämostyptikum,
 Zahnärztl. Welt 1980, Bd. 89, H. 12, S. 51-55
- 1981** Spätergebnisse nach Knochentransplantation im Unterkiefer beim Erwachsenen
 und beim Kind,
 Implantate und Transplantate in der Plastischen und
 Wiederherstellungschirurgie, herausgegeben von H. Cotta und A. K. Martini,
 Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1981
- 1982** Neue Aspekte in der operativen Behandlung im Fachbereich der Mund-, Kiefer-
 und Gesichtschirurgie; -Klinische Ergebnisse-; zu Ehren von Prof. Dr. Dr.
 Schröder 1982
- Gemeinsam mit Cl. Neckel und J. Mühling
 Der Einsatz von Fibrinkleber zur akzessorischen Versiegelung von plastischen
 Verschlüssen bei Mund-Antrum-Verbindungen
 - Gemeinsam mit D. Edinger, W. Heine, J. Mühling und Ch. Will
 Die Vollhautklebung mit hochkonzentriertem Fibrinogen im Tierexperiment
 - Gemeinsam mit D. Edinger, W. Heine, J. Mühling und Ch. Will
 Pathohistologie der Wundrandvereinigung mit Fibrinkleber

³²⁸ Heine, Wolff-Dieter, geb. 29.02. 1940 Waldenburg/Schlesien, Dr. med., UProf., Chefarzt Inst. f.
 Pathol. Würzburg, Dr. med. 1968, Habil. U. Würzburg 1974, apl. Prof. 1980, Prof. d. U. Würzburg
 1968; (Kürschner 1983, S. 1538).

(eine tierexperimentelle Studie)

Fibromatosis aggressiva,

Dt. Z. Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie 6 (1982), H. 5, S. 309-313

Gemeinsam mit Cl. Neckel

Die retrotubercule Anästhesie vor Incision von submukösen-vestibulären Abszessen,

Zahnärztl. Welt 1982, Bd. 91, H. 2, S. 51-53

1985 Laudatio Dr. med. Alois Eckstein 65 Jahre,

Dt. Z. Mund-Kiefer-Gesichts-Chir. 9 (1985), H. 3, S. 239

1990 Dr. Alois Eckstein zum 70. Geburtstag,

Dt. Z. Mund-Kiefer-Gesichts-Chir. 14 (1990), S. 241

Die Abhandlungen mit folgenden Thematiken konnten in der veröffentlichenden Literatur nicht aufgefunden werden:

„Operative Maßnahmen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten als Voraussetzung für eine normale Sprechfunktion“ (1968),

„Der plastische Verschluss von Gaumendefekten zur Nasen- und Kieferhöhle“ (1969),

„Die operative Vorbereitung atrophischer Alveolarfortsätze für Prothesen“ (1969),

„Basic Principles in Diagnosis and Therapy of Tumors of the Facial Skin“ (1969),

„Carcinoma in lupo“ (1969),

„Die Progenie“ (1969).³²⁹

³²⁹ Die Titel dieser Abhandlungen aus Lutz Klumpp, Personalbiographien von Professoren und Dozenten der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Würzburg im ungefähren Zeitraum von 1900-1970, med. Diss. Erlangen-Nürnberg 1971 entnommen.

4.3. Inhaltsangaben der wichtigsten wissenschaftlichen Werke Schröders

4.3.1. Zahnmedizinische Dissertationsschrift von Friedrich Schröder 1936

Friedrich Schröder fertigte seine Dissertationsschrift mit dem Thema „Gewerbeschädigungen in der Mundhöhle unter besonderer Berücksichtigung der Bleierkrankung und ihre unfallrechtliche Bedeutung“ am Zahnärztlichen Institut der Universität München an. Der Direktor dieses Instituts war damals Prof. Dr. Kranz.

Die Dissertation umfasst insgesamt 24 DIN-A5-Seiten. In seinem Literaturverzeichnis führt Schröder 20 Autoren an. Am Ende seiner Dissertation erwähnt Schröder dankend Herrn Prof. Dr. Kranz und Herrn Dr. med. habil Dr. Link. Die Dissertation ist an der Universitätsbibliothek München unter der Signatur 0001/U 36.8031 registriert³³⁰ und trägt im Verzeichnis der deutschen Hochschulschriften die Nummer U 36.8031.³³¹

Die mündliche Prüfung legte er am 30. März 1936 in München mit der Note 4 ab.³³²

Jeder Beruf birgt gewisse Gefahren, denen die Berufstätigen ausgesetzt sind. Zum Schutze der Beschäftigten wurde die Sozialversicherung eingegliedert, „welche sich in folgende drei Hauptteile gliedert:

1. die Krankenversicherung
2. die Invalidenversicherung (mit ihren Sonderverzweigungen, Angestelltenversicherung und knappschaftliche Pensionsversicherung)
3. die Unfallversicherung.“

„Curschmann definiert die gewerblichen Berufskrankheiten als Gesundheitsschädigungen, hervorgerufen durch längere Zeit hindurch andauernde wiederholte Einwirkungen, die in der Arbeitsweise oder den durch sie bedingten Umständen begründet sind und von denen jede einzelne nicht imstande wäre, eine bemerkenswerte Körperschädigung zu verursachen.

Es handelt sich um:

- I. Erkrankungen durch Blei und seine Verbindungen
- II. durch Phosphor - Phosphornekrose -

³³⁰ Schriftliche Auskunft von Herrn Franz Winter, München, Mitarbeiter der Universitätsbibliothek München, am 19. August 2002.

³³¹ Jahresverzeichnis der deutschen Hochschulschriften 1936, 52. Jahrgang, S. 565.

³³² Entnommen aus dem Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg.

- III. durch Quecksilber und seine Verbindungen
- IV. durch Arsen und seine Verbindungen
- V. durch Benzol und seine Homologen, durch Nitro- und Amido-Verbindungen der aromatischen Reihe
- VI. durch Schwefelkohlenstoff
- VII. Erkrankungen an Hautkrebs durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe.“

Nach Friedrich Schröders ausführlichen Darstellung des Unfallrechtes geht er auf die Gewerbekrankheiten, die speziell in der Mundhöhle auftreten können, näher ein.

Gingiva, Lippen, Drüsen, Mundschleimhäute, Kieferknochen und Zähne sind der Erkrankung ausgesetzt. Trotz Ausheilung einer Gewerbeerkrankung können laut Ritter³³³ immer noch Spätschäden, wie Zahnlockerung, Zahnverlust oder Gingivitis, auftreten.

Die Krankheitssymptome einer Bleivergiftung definiert Schröder sehr präzise: „Schwäche und Unlustgefühl, Appetit- und Verdauungsstörungen, ein charakteristisch graugelbes Aussehen, leicht gelbliche Verfärbung der Sklera, metallischem Geschmack und üblen Mundgeruch, sogenannten Bleiatem“. Als eindeutiges Symptom einer Bleiintoxikation nennt der Autor den sogenannten blaugrauen „Bleisaum (Halosaturismus)“, der am Zahnfleischrand auftritt. In zahnlosen Regionen ist der Bleisaum nicht diagnostizierbar.

Koelsch schreibt über Entstehung und Erscheinungsbild des Bleisaumes folgendes: „Er besteht aus staubfreien runden schwarzen Kügelchen von Schwefelblei, die in das Gewebe des Zahnfleisches eingebettet sind; das vom Organismus aufgenommene Blei kreist als Bleialbuminat in der Blutbahn, dieses von den Kapillaren in das Gewebe diffundierte Bleialbuminat wird durch den in der Mundhöhle (aus faulenden Speiseresten) sich bildenden Schwefelwasserstoff als unlösliches schwarzes Schwefelblei ausgefällt.“

In der Zahnhartsubstanz werden keine Bleidepots angelegt. Geringe Mengen an Blei gelangen allerdings durch die Blutbahn in die Zahnschmelze oder diffundieren von außen in den Zahnstein. Laut Karow übt Blei einen Einfluss auf das Desmodont und die Alveole aus und führt somit zur Zahnlockerung und später zu Zahnverlust. Misch macht

³³³ Ritter, Reinhold, 1903-1987 MKG Breslau, Heidelberg; (Hoffmann-Axthelm S. 346).

die Bleieinwirkung auf den menschlichen Körper abhängig vom „Bleistrom“, der von Mensch zu Mensch variiert.

„Die Bleivergiftung kann zur Parotitis saturnina mit Kieferschmerzen und Kaubeschwerden führen (Loewy, Achad, erwähnt von Ritter), es können Kiefererkrankungen, ferner Tremor der Gesichtsmuskulatur auftreten (Bericht der Gewerbeinspektion der Kulturländer 1914 bis 1918).“ Lindemayr definiert bei chronischer Bleivergiftung nachstehende Folgeerkrankungen: Periostitis, Ostitis, Osteomyelitis und Knochennekrose.

Das vermehrte Auftreten von „basophil-granulierten Erythrocyten“ wird für das graugelbe Aussehen („Bleikolorit“) verantwortlich gemacht und ist ein Anzeichen für eine relativ frische Bleiintoxikation.

Hämatoporphyrin, „ein eisenfreies Abbauprodukt des Hämoglobins“, ist bei einer Bleivergiftung vermehrt im Harn nachweisbar.

„Teleky gibt Streckerschwäche der Hand als Frühsymptom an. Weiter treten auf akute gelbe Leberatrophy, Bilirubinvermehrung im Serum und klinisch deutlicher Ikterus, vermehrte Druckempfindlichkeit der Leber, Koliken, Verstopfungen, starke Urobilinurie, Lähmungen und Schlaflosigkeit.“

„Enzephalopathie (Hirnanämie mit späteren Ödemen und Drucksteigerung im Schädel sind die Ursache)“ treten im Spätstadium einer Bleiintoxikation auf.

Hauptursache der Vergiftung ist das Einatmen von Bleistaub.

„Es ist kein Alter, kein Geschlecht, noch irgend eine Körperkonstitution vor der Bleierkrankung geschützt (Laubeck). Doch sind für Berufskrankheiten im allgemeinen dispositionsfördernd schlechte Wohnungsverhältnisse, ungesunde Lebensweise, kurzer Schlaf, Vernachlässigung der persönlichen Hygiene (mangelhafte Reinlichkeit, ungenügende Mundpflege), Krankheiten, Alkoholismus usw..“

Nachdem Friedrich Schröder die Problematik der Bleiintoxikation ausführlich darstellt, geht er noch kurz auf andere Vergiftungen ein.

Als Symptome einer Quecksilbervergiftung nennt er: „bläulich ödematöses Zahnfleisch“, ausgeprägte Stomatitiden und Gingivitiden, Knochennekrosen, Zahnlockerung und Zahnverlust, Foetor ex ore, Entzündung der Speicheldrüsen und Geschwüre in der Mundhöhle.

„Bei Schwefel ist Stomatitis, Rachen- und Kehlkopfkatarrh mit Trockenheit und Metallgeschmack im Munde, später Speichelfluß zu beobachten.

Durch das Weißphosphorverbot in der Zündholzindustrie sind die Phosphorvergiftungen stark zurückgegangen. [...] Neben Entzündung des Zahnfleisches, Lockerung der Zähne, Eiterinfiltration der Weichteile tritt hier eine Knochenzerstörung auf [...] Früher bestand eine Sterblichkeit bei Phosphorvergiftung bis zu 50%.

Die arsenige Säure (As_2O_3) kann von geringer Schwellung mit bläulicher-roter Verfärbung bis zur Alveolarnekrose im schlimmsten Falle führen, wobei natürlich die Zähne zu Verlust gehen und Knocheneiterungen zustande kommen.“

Nach Friedrich Schröders ausführlicher Darstellung der Berufskrankheiten verdeutlicht er die unterschiedliche Auslegung der Gesetzeslage anhand von 15 Patientenfällen aus dem Bau- und Buchdruckergewerbe.

Die Diagnose „Bleivergiftung“ wurde erstmalig 1926 gestellt.

Für Ritter steht die Prophylaxe im Vordergrund, an die folgende Anforderungen stellt:

- „1. Sanierung der Mundhöhle vor Eintritt in Bleibetriebe durch approbierte Zahnärzte bestätigen lassen. Ein allgemeinärztliches Attest genügt nicht.
2. Der Arbeiter muß vor Eintritt in den Beruf eingehend über die unbedingte Notwendigkeit ständiger und sorgsamer Zahn- und Mundpflege zur Vermeidung späteren Verlustes seiner Zähne und des Eintritts von Kiefererkrankungen belehrt werden durch einen Zahnarzt.
3. Hauptsächlich ist zu fordern, daß etwa alle sechs Wochen die Zähne und das Zahnfleisch aller Bleiarbeiter durch einen approbierten Zahnarzt untersucht und eventuell behandelt werden. Diese Untersuchungen müssen obligatorisch sein.“

Der Befund in der Mundhöhle spielt in der Diagnostik von Erkrankungen eine wichtige Rolle. Die Diagnose Bleiintoxikation stützt sich auf den vorhandenen Bleisaum und die Gingivitis. Kariös zerstörte Zähne begünstigen eine Bleivergiftung. Aus diesen Gründen sollte vor Antritt einer gesundheitsschädigenden Beschäftigung eine Sanierung des Gebisses ausgeführt und eine weitere medizinische und zahnmedizinische Überwachung ermöglicht werden.

4.3.2. Medizinische Dissertationsschrift 1958

Vom 1. Januar bis 30. Juni 1957 arbeitete Schröder am Pharmakologischen Institut der Universitätsklinik Eppendorf-Hamburg³³⁴, welches unter der Leitung von Prof. Dr. G. Malorny³³⁵ stand. In der Arbeitsgruppe von Dr. Soehring beschäftigte sich er besonders mit der Problematik der Anästhesie und Narkose.³³⁶ So war es nicht verwunderlich, dass Dr. Friedrich Schröder im Fach der Pharmakologie am 02. August 1958 in Hamburg promovierte.³³⁷

Seine Inaugural-Dissertation mit dem Thema „Einfluß des Applikationsortes auf Giftwirkungen von Lokalanalgetics unter besonderer Berücksichtigung der Mundhöhle“ umfasst 20 DIN-A4-Seiten. In seinem Literaturverzeichnis führte Schröder 46 Autoren an.

Für die Überlassung des Themas und Übernahme des Referates dankt Dr. Dr. Friedrich Schröder Prof. Soehring. Weiterhin erwähnt er in seiner Danksagung Frau Dr. Frahm.³³⁸

Die Dissertation ist an der Universitätsbibliothek Hamburg unter der Signaturnummer Hbg. D.med.Mscr.4089 registriert³³⁹ und trägt im Verzeichnis der deutschen Hochschulschriften die Nummer U 58. 3452.³⁴⁰

Lokalanalgetika sollen „bei optimaler Schmerzausschaltung durch möglichst geringe Mengen auch in höheren Konzentrationen keine lokalen Gewebeschädigungen oder toxischen Wirkungen auf den Gesamtorganismus verursachen.“ Weiterhin sollten sie eine geringe vasodilatatorische Wirkung aufweisen, „damit der Zusatz von Vasokonstringentien, der einerseits eine ausreichende Blutleere während des Eingriffs, zum anderen eine gewisse Resorptionsverzögerung der Substanz selbst bewirkt, auf ein

³³⁴ Entnommen aus dem Zeugnis von Dr. Soehring vom 18. Dezember 1958 (Privatbesitz der Familie Schröder).

³³⁵ Malorny, Günther, geb. 11.08.1912 Borislawitz/Os., Dr. med. habil., o. UProf., Dir. Pharmakol. UInst. Hamburg 1964, UDoz. Kiel 1944, apl. Prof. 1950, o. Prof. Hamburg 1957; (Kürschner 1970, S. 1852).

³³⁶ Entnommen aus dem Zeugnis von Dr. Soehring vom 18. Dezember 1958 (Privatbesitz der Familie Schröder).

³³⁷ Entnommen aus dem Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg.

³³⁸ Entnommen aus Friedrich Schröders Medizinischer Dissertationsschrift „Einfluß des Applikationsortes auf Giftwirkungen von Lokalanalgetics unter besonderer Berücksichtigung der Mundhöhle“, Hamburg, med. Diss. v. 02. August 1958.

³³⁹ Schriftliche Auskunft von Frau Petra Seidel, Hamburg, Mitarbeiterin der Universitätsbibliothek Hamburg, am 20. August 2002.

³⁴⁰ Jahresverzeichnis der deutschen Hochschulschriften 1958, 74. Jahrgang, S. 303.

Minimum beschränkt werden kann.“ Eine genügend lange Wirkungsdauer und ein ausreichendes Penetrationsvermögen muss ebenfalls gewährleistet sein. Die „therapeutische Breite“, „die Differenz zwischen wirksamer und toxischer Dosis“, ist nach Adler und Uri (1952) umso günstiger, „je langsamer die Resorption und je schneller Abbau und Ausscheidung erfolgen.“ Durch intravenöse oder subcutane Injektion bei weißen Mäusen kann man die Toxizität eines Lokalanalgetics bestimmen und somit Rückschlüsse auf die Resorptionsgeschwindigkeit und die Vergiftungssymptome ziehen. Es sollte allerdings immer ein Simultanversuch mit einem bereits klinisch erprobten Analgeticum (z.B. Procain) durchgeführt werden.

Die „therapeutische Breite“ ist nicht für alle Anwendungsgebiete übereinstimmend, da je nach Applikationsart des Analgeticums andere Verhältnisse vorliegen. „So dürfte die Gefahr toxischer Wirkungen bei Ausführung einer Lokalanalgesie z.B. im Bereich der unteren Extremitäten oder im lockeren Subcutangewebe der Bauchhaut geringer sein als im festen, mit Rezeptoren reichlich versehenen Gewebe der Mund- und Nasenschleimhaut. Bekanntlich kommt die Wirkung einer Injektion unter die Nasenschleimhaut (locus Kieselbachi) etwa derjenigen der intravenösen Applikation gleich.

Neben der unterschiedlichen Durchblutung und Gewebefestigkeit spielen bei der Anwendung im Mund-Kieferbereich auch die außerordentlich starke nervöse Versorgung im seitlichen Halsbereich und die Nähe des Carotissinus eine nicht unwesentliche Rolle für die „therapeutische Breite“ eines Lokalanalgetics. Die Art der operativen Eingriffe in diesem Gebiet verlangt jedoch häufig die Ansprechbarkeit des Patienten, so daß eine Allgemeinanästhesie bzw. Narkose gern umgangen wird.“ Die Injektionen erfolgen dann im Spatium pterygomandibulare, im weichen und harten Gaumen und in der hinteren und seitlichen Rachenwand. Die Verträglichkeit des Analgetica zeigt bei den verschiedenen Lokalisationen deutliche Divergenzen.

Dr. Friedrich Schröder versucht mit seiner medizinischen Dissertation „im Tierexperiment ein Prüfungsverfahren für dieses spezielle Anwendungsgebiet auszuarbeiten.“

In seine Versuchen verwendet er drei verschiedene Lokalanalgetica: Procain, Tetracain und ein Methylthioäthylderivat von Tetracain AM 88.

Bei Oberflächen- oder Infiltrationsanästhesie von AM 88 bei Meerschweinchen kam es zur Senkung des Wirkungsgrades, wofür der schnellere Abtransport des Methylthioäthylderivates verantwortlich gemacht wurde. Dagegen konnte eine verbesserte Wirkung der Oberflächenanästhesie von AM 88 an der Kaninchencornea aufgrund der erhöhten Haftung des Methylthioäthylderivates beobachtet werden.

„Derartige Toxizitätsprüfungen können nur von Wert sein, wenn neben der Toxizität gleichzeitig Resorption, Wirkungseintritt, Wirkungsdauer und Ausscheidung beobachtet werden.“ Von besonderer Bedeutung ist die Resorptionsgeschwindigkeit, da bei ihrem Anstieg das Giftangebot pro Zeiteinheit zunimmt. „Außerdem wird bei schnellem Abbau und schnellerer Ausscheidung die Wirkungsdauer begrenzt, so daß für längere Operationsdauer wiederholt größere Mengen des Analgeticums angeboten werden müssen. Die Resorptionsgeschwindigkeit ist u. a. von der Resorptionsfläche, der Durchblutung des Applikationsortes und von der Konzentration der Lösung (Schnitzler³⁴¹ und Ewald zit. n. Schuchardt) abhängig.“ Bei einer Konzentrationsverdoppelung geht man von einer vierfach erhöhten Toxizität aus. 4-%ige Novocainlösungen werden daher heute abgelehnt (Kranz 1952, Schuchardt 1953). Bei den Versuchen mit Kaninchen wurde „einmal in die lockeren Weichteile des oberen oder unteren Mundvorhofs, zum anderen unter die Weichteildecke des harten Gaumens injiziert.“

Die Substanzmenge, bei der die ersten Vergiftungserscheinungen diagnostizierbar sind, bezeichnet Dr. Friedrich Schröder in seiner Dissertation als Schwellendosis.

„Die bei Überschreitung der Schwellendosis auftretenden Vergiftungserscheinungen waren bei den drei verwendeten Substanzen und den Applikationsarten praktisch gleich, wenn auch nach intravenöser Injektion oder bei hoher Dosis die einzelnen Stadien so schnell durchlaufen wurden, daß sie kaum abzutrennen waren.“

Das Vorstadium ist geprägt von Unruhe, während im Stadium I eine schlaffe Lähmung der vorderen Extremitäten zu beobachten ist. Im II. Stadium „traten in Seitenlage Streckkrämpfe der Extremitäten mit mehr oder weniger ausgeprägter Starre der Rückenmuskulatur auf, gefolgt von tonisch-klonischen Krämpfen und mehr oder minder starkem Opisthotonus (Stadium III).“

³⁴¹ Schnitzler, Julius, 1865-1939 Chir. Wien; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

Mit Abklingen der Wirkung des Analgeticums konnte eine rückläufige Entwicklung der Stadien beobachtet werden.

Im letzten Teil seiner Dissertation erläutert Schröder die Versuchsergebnisse.

Bei Ermittlungen der Schwellendosis ergaben sich zum Teil gravierende Differenzen.

„Während bei Injektion in die lockere Submucosa des Mundvorhofs relativ große Mengen vertragen wurden, lagen die Schwellendosen bei Applikation unter die Mucosa des harten Gaumens denen nach intravenöser Verabreichung nahe. Da das bei den drei verwendeten Substanzen gleichermaßen der Fall war, muß angenommen werden, daß dafür die unterschiedliche Gewebsstruktur und - z.T. in Abhängigkeit davon - die Resorptionsverhältnisse ausschlaggebend sind.“

Die Schwellendosen von AM 88 lagen bei allen drei Applikationsorten (Ohrvene, Mundvorhof, harter Gaumen) niedriger als bei Procain und Tetracain.

Aus den Versuchen kann man schließen, „daß sowohl im oberen als auch im unteren Vestibulum oris der Schwellenwert für die Intoxikation sehr hoch liegt; so resultiert daraus, daß wir für die Lokalanalgesie im Unterkiefer weit bessere Verhältnisse vorfinden als im Oberkiefer.“ Um den N. alveolaris inferior auszuschalten deponiert man nahe dem Foramen mandibulare 2 bis 3 ccm eines 2%igen Lokalanalgeticums im Spatium pterygomandibulare. Um eine Blutleere im Operationsgebiet zu erreichen, führt man zusätzlich eine Infiltrationsanalgesie im Mundvorhof durch. „An beiden Applikationsorten treffen wir auf die günstigsten Bedingungen bezüglich der Verträglichkeit des Lokalanalgeticums. Anders liegen die Verhältnisse im Oberkiefer. Auch wenn das Lokalanalgeticum im Oberkiefer an den Nervenaustrittsstellen aus dem Knochen deponiert wird, so kommt man zwangsläufig besonders im harten Gaumen in das Gebiet, in welchem die Verträglichkeit eines Lokalanalgeticums sehr gering ist. Die zusätzlich notwendige Infiltration im Mundvorhof erhöht noch die Belastung des Kreislaufs und begünstigt so Intoxikationen.“

4.3.3. Habilitationsschrift 1960

Zur Erlangung der Venia legendi an der medizinischen Fakultät legte Dr. Dr. Friedrich Schröder 1960 in Hamburg seine Habilitationsschrift mit dem Titel „Zur Verwendung gestielter Lappen in der plastischen Chirurgie des Kiefer-Gesichtsbereiches; Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen“ vor.

Seine Arbeit war von Prof. Dr. Dr. Karl Schuchardt betreut worden. Die gebundene Habilitationsschrift umfasst 220 DIN-A4-Seiten mit 196 Abbildungen.

Sie ist nicht über die Universitätsbibliothek zu beziehen, da damals Habilitationsschriften nicht ablieferungspflichtig waren. Aus diesem Grund ist die Abhandlung auch im deutschen Hochschulschriftenverzeichnis nicht enthalten.³⁴²

Im Literaturverzeichnis führte Schröder 187 verschiedene Autoren mit 196 verschiedenen Arbeiten auf.

In seiner Danksagung schreibt er: „Für die Unterstützung, die mir mein Chef, Herr Prof. Dr. Dr. Schuchardt bei der Planung und Ausführung der Arbeit gewährte, bin ich ihm zu grossem Dank verpflichtet.

Besonders danke ich auch Herrn Prof. Dr. Staubesand vom Anatomischen Institut des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf (Direktor Prof. Dr. Horstmann) für die wertvollen Anregungen und Hinweise bei der Ausführung anatomischer Studien.“³⁴³

Um Weichteile im Kiefer-Gesichtsbereich zu decken, „kommen verschiedenartige Lappentypen entweder aus der Defektumgebung (Nahlappen) oder aus einer entfernt gelegenen Körperregion (Fernlappen) in Betracht.“ Die Entscheidung, welcher Lappen zur Defektdeckung verwendet wird, richtet sich nach funktionellen und ästhetischen Aspekten, sowie nach den Durchblutungsverhältnissen.

Dr. Dr. Friedrich Schröder verzichtet wegen ungenauen Messergebnissen bei seinen Untersuchungen auf chemisch und physikalisch-chemische Methoden und beschränkt sich „auf das Studium der Morphologie des Gefäßsystems des Lappengewebes mit radiologischen und histologischen Methoden.“

³⁴² Schriftliche Auskunft von Frau Petra Seidel, Hamburg, Mitarbeiterin der Universitätsbibliothek Hamburg, am 20. August 2002.

³⁴³ Entnommen aus Friedrich Schröders Habilitationsschrift „Zur Verwendung gestielter Lappen in der plastischen Chirurgie des Kiefer-Gesichtsbereiches“; Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen Hamburg, Habilitationsschrift, 09. November 1960 (Privatbesitz der Familie Schröder).

Im ersten Teil seiner Habilitationsschrift untersucht er die Morphologie des Gefäßsystems der Haut in denjenigen Regionen, die für die Entnahme von plastischen Lappen im Kiefer-Gesichtsbereich in Betracht kommen. Er führte folgende Untersuchungen durch:

„1. makroskopische

- a.) durch manuelle Präparation des mit gefärbten und erstarrenden Massen injizierten Gefäßsystems an den Köpfen von drei Foeten bzw. ausgereiften Totgeburten,
- b.) an sechs Mazerationspräparaten, deren Gefäße vorher mit Plastoid, einem selbsthärtenden Polymerisat, gefüllt waren.

2. mikroskopische

- a.) an lückenlosen Serienschnitten von 16 Rundstiellappenresten, die etwa 1 - 2 Jahre nach ihrer Anlage (nach Beendigung der Plastik) übriggeblieben waren,
- b.) an Aufhellungspräparaten von der Haut eines Rundstiellappens und
- c.) an Hautkontrollmaterial aus der Flanke einer 52-jährigen frischen Leiche.“

In seinem Résumé des ersten Kapitels folgerte Dr. Dr. Friedrich Schröder, dass

- „1. Eine Betrachtung des Hautgefäßsystems nicht mit einer einzigen Methode erschöpfend erfolgen kann,
- 2. die manuelle präparatorische Darstellung für die makroskopische Betrachtung der größeren Gefäße unerlässlich ist,
- 3. die aufgehellten Präparate eine gute Übersicht über das Muster der Gefäße erlauben,
- 4. die feingeweblichen Serienschnitte allein eine einwandfreie mikroskopische Betrachtung des Gefäßsystems in der Haut ermöglichen, und
- 5. die anderen Methoden (Mazeration, radiologische Darstellung) die gewonnenen Befunde ergänzen und ihre Auswertung erleichtern können.“

In dem zweiten Abschnitt seiner Arbeit „folgt die Darstellung der gebräuchlichen Methoden der Lappenbildung und ihrer Verwendung, wie sie bei der Defektdeckung im Gesicht-Kieferbereich in der Regel zur Anwendung kommen. [...] Für Lappen von größerer Ausdehnung, deren Ernährung bei Umschneidung, Ablösung und Verwendung in einem Operationsakt nicht gesichert erscheint, empfahlen bereits Lexer³⁴⁴ und

³⁴⁴ Lexer, Erich, 1867-1938 Chir. Königsberg, Jena, Freiburg; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

Perthes³⁴⁵, grundsätzlich eine „Vorbereitung in situ“ in einer oder mehreren Operationen vorzunehmen. Auf diese Weise soll dem Gefäßsystem dieser Lappen Zeit gegeben werden, sich derart zu entwickeln, daß bei deren späteren Verlagerung trotz der dabei unvermeidlich mehr oder weniger starken Knickung des Lappenfußes keine Durchblutungsstörungen auftreten.“

Fröhlich³⁴⁶ nahm eine Klassifizierung der gestielten Lappen bezüglich der biologischen Wertigkeit (Esser³⁴⁷) vor und unterscheidet Lappen erster (von einem Gefäß versorgt), zweiter (von mindestens zwei Gefäßen versorgt) und dritter (ohne Einschluss eines größeren Gefäßes) biologischer Wertigkeit.

Komplikationen bei der Verwendung und Bildung gestielter Lappen beruhen häufig auf Durchblutungsstörungen. Um diese Komplikationen zu vermeiden, ist ein genaues Studium der Vaskularisationsverhältnisse der Entnahmestellen sowie der Umbau des Gefäßmusters nach der Lappenbildung unerlässlich.

Anhand von 16 Patientenfällen erläutert Dr. Dr. Friedrich Schröder die verschiedenen Operationstechniken. Die funktionellen und ästhetischen Ergebnisse der Operationen werden durch die zahlreichen Abbildungen unterstrichen.

Der dritte Teil seiner Abhandlung beschäftigt sich mit tierexperimentellen Untersuchungen. „Durch angiographische Darstellungen des Gefäßmusters in den Lappen habe ich versucht, die Veränderungen zu verfolgen und festzuhalten, die sich nach der Bildung eines gestielten Lappens in seinem Partialkreislauf einstellten. Die an den experimentell angelegten und verlagerten einseitig und doppelseitig gestielten Lappen gewonnenen angiographischen Befunde wurden mit deren Heilverlauf verglichen. Insbesondere interessierte dabei die Umstellung der Zirkulation bei solchen Lappen, die ohne Berücksichtigung der Gefäßverläufe und Einschluß eines größeren Gefäßes angelegt worden waren.“

Für einen komplikationslosen Heilverlauf steht neben der Vitalität des Lappens der Wundzustand des Empfangsortes im Vordergrund. „Häufig ist jedoch bei einer Defektplastik die vorausgegangene Schädigung des Gewebes am Empfangsort durch

³⁴⁵ Perthes, Georg, 1869-1927 Chir. Tübingen; (Hoffmann-Axthelm S. 345).

³⁴⁶ Fröhlich, Eugen, 1910-1971 MKG Tübingen; (Hoffmann-Axthelm S. 341).

³⁴⁷ Esser, Johannes Fredericus Samuel, 1877-1946 niederländ. MKG Leiden, Paris, Wien, Berlin, USA; (Hoffmann-Axthelm S. 341).

mechanische, chemische, infektiöse oder radiologische Insulte für die Einheilung des Lappens von ausschlaggebender Bedeutung.“

In dem letzten Kapitel seiner Habilitationsschrift, den Schlussbemerkungen, schreibt Dr. Dr. Friedrich Schröder:

„Die Mannigfaltigkeit der Defektbildungen und Deformitäten im Gesichtskieferbereich, die durch Verletzungen einschließlich der Radioschädigungen, durch Entfernung von Tumoren und durch angeborene Missbildungen entstehen können, stellt dem Chirurgen und speziell dem Kiefer-Gesichtschirurgen verschiedenartigste, nicht selten komplizierte Aufgaben.“

Zu Beginn jeder operativen Planung stellt man sich als Operateur die Frage, „ob das benötigte Weichgewebe am besten durch freie oder gestielte Transplantation zu beschaffen ist.“

Bei Ersatz von Hautgewebe gibt man bei größeren Defekten der freien Hauttransplantation den Vorzug. Bei kleineren Läsionen versucht man mit einem gestielten Lappen aus der Nachbarschaft oder mit einer Verschiebung des Lappens den Defekt zu decken. Ein Nahlappen kommt bei tiefreichenderen Zerstörungen in Betracht, da dieser Lappen eine Vereinigung von zusammengehörigen Muskelresten erlaubt.

„Die Indikation zur Fernlappenplastik bleibt auf solche Fälle beschränkt, in denen es sich darum handelt, große tiefreichende Defekte zu schließen oder verlorengegangene Teile zu ersetzen, die zu ihrer Wiederherstellung eine nachfolgende Implantation von Stützgewebe erfordern.“ Nur mit der Fernlappentechnik lässt sich ein „ausreichend voluminöses Implantationsbett“ für ein freies Knorpel- bzw. Knochentransplantat herstellen.

„Wird zur Deckung eines Defektes gemäss seiner Lage ein Hautlappen benötigt, der nicht aus dem Versorgungsbereich eines größeren Gefäßes entnommen werden kann, so ist bei seiner Bildung und Verwendung die Gefahr einer Ernährungsstörung gegeben, insbesondere dann, wenn ein ungünstiges Längen-Breitenverhältnis besteht. Um dieser Gefahr zu begegnen, wird die „Lappenvorbereitung in situ“ angewandt.“ Schuchardt lehnt die Methode nach Perthes ab und empfiehlt „längere und größere Lappen grundsätzlich doppelseitig gestielt vorzubereiten, auch wenn sie schließlich einseitig

gestielt verwendet werden sollen.“ Die Heilungsergebnisse liegen bei der Methode nach Schuchardt wesentlich günstiger als bei der Methode von Perthes.

4.3.4. Ein Beitrag zur Speichelsteinerkrankung

Z. Stomat. (Wien) 1944, Band 42, Heft 5/6, S. 128-134

Der sechsstufige Artikel mit 10 Abbildungen war Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröders erste Abhandlung. Er widmete die Veröffentlichung Prof. Dr. K. Falck zum 60. Geburtstag. Zu der Zeit war er in der Kieferchirurgischen Abteilung eines Luftwaffenlazarettes tätig.³⁴⁸

Das Röntgenbild hilft dem behandelnden Arzt die Diagnose Sialolithiasis und eventuell die genaue Lage eines Speichelsteines zu klären.

Weiter schreibt der Autor: „Seitliche Aufnahmen des Unterkiefers mit den umgebenden Weichteilen von der gegenüberliegenden Seite aus zu machen, haben wir aufgegeben, weil sich ein Ineinanderprojizieren von Unterkieferknochen und Drüse mit Ausführungsgang nicht vermeiden läßt; im übrigen werden dabei eventuell schattengebende Fremdkörper nicht zur Darstellung gebracht.“

Als weitere Möglichkeit führt der Verfasser die Verwendung von kontrastgebenden Füllmitteln (z.B. 40%iges Jodipin) an. Mit ihrer Hilfe kann die Drüse einschließlich Gangsystem dargestellt werden. „Bei der Füllung des Gangsystems mit Kontrastmitteln wird nach Einführung einer Kanüle an der Caruncula der Ausführungsgang umstochen und nach Füllung des Drüsenhohlraums und Entfernung der Kanüle der Ausführungsgang für die Dauer der Röntgenaufnahmen mit einem Faden abgebunden. Dadurch wird ein vorzeitiges Zurückfließen des Kontrastmittels verhindert.“ Hetzar beschreibt diese Art der Röntgendiagnostik 1942 in seiner Veröffentlichung „Sialographie zugleich ein Beitrag zur klinischen Behandlung der Speicheldrüsenerkrankungen“ ausführlich.

Zur Darstellung von Fremdkörpern ist diese Methode allerdings nicht geeignet. „Der verhältnismäßig hohe Druck bei der Füllung des Drüsengangsystems mit einem

³⁴⁸ Entnommen aus dem Zeugnis von Prof. Linneweber vom 20. Mai 1947 (Personalakte Würzburg).

Kontrastmittel läßt es nicht vermeiden, daß die Kontrastflüssigkeit den Stein gleichmäßig umkleidet und es kommt deshalb nur eine Verdickung des Ganges zu Darstellung; eine Aussparung des Fremdkörpers (Steines), wie sie an sich gewünscht wird, ist jedoch meistens nicht zu sehen.“

Für die Darstellung von Fremdkörpern (Speichelsteinen) empfiehlt der Verfasser eine *enorale*, also eine intraorale Aufnahme.

„Bei Röntgenaufnahmen von Steinen im Endteil des Ausführungsganges der Submaxillärdrüse kann ein großer Zahnfilm in die Bißebene gelegt werden. Der Kopf wird in den Nacken gelegt und bei der senkrechten Projektion auf die Submentalgegend kommen sowohl der Stein als auch die Zähne zur Darstellung, so daß sowohl die Diagnose „Speichelstein“ als auch dessen Lokalisation gegeben ist. Bei der Darstellung von Steinen im Drüsenhohlraum selbst und im Anfangsteil des Ausführungsganges wird der Film zwischen Unterkiefer und Zunge gelegt und so weit wie möglich schräg gegen den Zungengrund gedrückt, so daß der obere Filmrand mit der Bißebene abschneidet. Durch schräge Kopfhaltung zur gesunden Seite und weites Vorstrecken des Halses lassen sich jetzt sowohl Drüsengangsystem als auch eventuell Zähne auf den Film projizieren.“

Zur Lokalisation der Speichelsteine schreibt Schröder, dass Punkte, „wo es leicht zur Abflußbehinderung kommen kann“ also an Umbiegestellen des Ausführungsganges, Mündungen in Hauptgänge der Speicheldrüsen oder kurz vor der Caruncula Prädilektionsstellen sind.

Im letzten Abschnitt seiner Abhandlung geht Schröder kurz auf die Entstehung der Speichelsteine ein.

„Durch Stauungen bei Gangverlegung durch Entzündungen oder Neubildungen in der Umgebung oder in der Drüse selbst kommt es zur Anschoppung von Konkrementen und schließlich zur Steinbildung, wobei die Aktinomyzeten am Wachstum der Speichelsteine besonderen Anteil haben und auch gleichzeitig für die Pigmentierung in Frage kommen.“

4.3.5. Die Gesichtshautraffung als Hilfsmittel bei der Behandlung der Facialisparesie

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1956, 2, S. 155-158

Die Hautraffung wird in solchen Fällen angewendet, in denen die funktionellen Mängel bei einer Facialisparesie nicht beseitigt werden können.

„Das Ziel hierbei ist nicht die Beseitigung der Funktionsstörung der mimischen Muskulatur, sondern der Entstellung. Mit Hilfe der Hautspannung kann die Wange gehoben, die Seitwärtsverlagerung des Mundwinkels erreicht, die Schiefstellung des Lippenphiltrums und Nasenseptums korrigiert sowie eine Verbesserung des Lidschlusses erreicht werden.“

Die Indikation einer Hautraffung ist gegeben:

1. nach einer Nervpfropfung (N. accessorius, N. hypoglossus), bei der die Nervenleitung nicht vollständig wiederhergestellt werden konnte,
2. nach einer Muskel-Nervenplastik nach Lexer-Rosenthal³⁴⁹, bei der bereits während der Operation eine Inaktivitätsatrophie der mimischen Muskulatur eintrat und somit der gewünschte Operationserfolg nicht erzielt werden konnte,
3. bei einer Wulstbildung durch überhängende Weichteile, die durch eine Überkorrektur bei der Fascienimplantation entstehen kann.

Durch das Prinzip von Joseph³⁵⁰ und Lexer wird durch Exzision streifen- oder inselförmiger Hautpartien eine Spannung der Haut erreicht. Die Schnitte werden in die Retroauricularpartie, in die behaarte Schläfenhaut oder in natürliche Falten gelegt. Somit wird ein gutes kosmetisches Ergebnis erzielt.

„Schuchardt ist bei dieser Operation besonders darauf bedacht, durch Verlegen des Wangenhautschnittes auf die Traguskante auch die vor dem Ohr sonst unvermeidlich entstehenden Narben möglichst unauffällig werden zu lassen.

Die Unterminierung der Wangenhaut soll noch weiter als bei den kosmetischen Korrekturen bis zur Nasolabialfalte durchgeführt werden. Dadurch wird die Straffung der Haut

1. auf die gesamte Wangenpartie verteilt,

³⁴⁹ Rosenthal, Wolfgang, 1882-1971 MKG Leipzig, Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 346).

2. wird durch die narbige Verwachsung der beiden Schichten in breiter Fläche einer erneuten Erschlaffung der bedeckenden Haut über längere Zeit hin vorgebeugt.“

Ist die Hautraffung als alleinige Korrekturmöglichkeit unzureichend, „so kann durch spindelförmige Hautexzision, z.B. im Bereich der Nasolabialfalte, noch eine genauere Einstellung des Mundwinkels und des nach der gesunden Seite verzogenen Philtrums erreicht werden.“

Soll der Lidschluß bei geringgradigen Ektropien verbessert werden, empfiehlt Schröder die Hautspannung nach Imré³⁵¹-Joseph. Bei ausgeprägteren Ektropien erzielt die Verschiebung der Lidhaut in Bogenrichtung nach Imré, kombiniert mit einer Lidrandexcision ein kosmetisch günstigeres Ergebnis.

„In besonders schwierigen Fällen kann auch die von Schuchardt geübte Methode der freien Übertragung eines Hautknorpelstückes, die König³⁵² für die Nasenplastik empfohlen hat, von der Ohrmuschel in das Unterlid indiziert sein.“

Anhand von zwei Patientenfällen machte Dr. Schröder das erreichte kosmetische Ergebnis deutlich.

4.3.6. Der Zeitpunkt für Korrekturoperationen bei Jugendlichen und Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1958, 4, S.161-166

Korrekturoperationen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Patienten sollten laut Schröder so früh wie möglich durchgeführt werden. Allerdings sollten Wachstumsstörungen der Lippe und der Kiefer vermieden werden.

Korrekturoperationen an den Lippen

An der Lippenrot-Weißgrenze können Korrekturen in jedem Alter erfolgen. Entsteht jedoch nach der Primäroperation der Lippenspalte eine zu enge Lippe, stellt dies ein „schwerwiegendes Hindernis für das normale Oberkieferwachstum“ dar. „So empfiehlt

³⁵⁰ Joseph, Jacques, 1865-1934 Plast. Chir. Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

³⁵¹ Imré, Josef, 1884-1945 Chir. Budapest; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

³⁵² König, Fritz, 1866-1952 Chir. Königsberg; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

Ragnell, aus diesem Grund die Standardmethode zur Erweiterung der engen Oberlippe - die Plastik nach Abbé³⁵³-Neuber³⁵⁴ - schon im 3. oder 4. Lebensjahr.“

„Die bei einer engen Oberlippe zu befürchtende Distalverschiebung der Oberkieferzahnreihe (Frontzahngbiet) und die Bildung einer Pseudoprogenie lassen sich in vielen Fällen jedoch keineswegs allein durch eine Operation verhindern, sondern bedürfen unbedingt frühzeitig kieferorthopädischer Unterstützung. Nach unseren Beobachtungen scheint das Endergebnis bei der Korrektur der zu engen Oberlippe durch die Abbésche Plastik zu einem besseren ästhetischen und funktionellen Ergebnis zu führen, wenn sie statt im Kindesalter beim Jugendlichen oder Erwachsenen vorgenommen wurde.“

Schröder berichtet in seiner Abhandlung von Erfahrungen die an der Nordwestdeutschen Kieferklinik gemacht wurden. Durch eine Innenrotation der Lippe, wie sie von Schuchardt und Rosenthal beschrieben wurde, kann man eine Verbesserung der Lippenform erreichen und Korrekturoperationen nach Abbé-Neuber vermeiden. „Günstige Ergebnisse erzielten wir aber auch durch eine einseitig oder beidseitig durchgeführte Reoperation der Lippe nach Le Mésurier³⁵⁵ in einem Operationsakt, wobei die Lösung der Verwachsungen am Kiefer und die Verlängerung der Lippe gleichzeitig mit durchgeführt werden kann. Hiermit erreicht man eine gleichmäßig volle und evertierte Lippe, die völlig frei beweglich ist.“

Korrekturoperationen an der Nase

Die Wachstumsperioden der Nase liegen nach Merkel etwa im 3., 6. und 7. Lebensjahr sowie von Beginn der Pubertät bis zum Ende des zweiten Lebensjahrzehnts.

Nach der Primäroperation von einseitigen Spalten treten häufig folgende Merkmale auf: Lateralstellung und Knickung des Nasenflügels sowie eine Abplattung der Nasenspitze. Bis zum Ende des 7. Lebensjahres gewinnt die Nase an doppelter Höhe und bis zum 14. Lebensjahr an dreifacher Höhe. Aufgrund dieses enormen Wachstums werden Deformierungen noch auffälliger.

Nach der Erstoperation doppelseitiger Spalten „sind die mittleren Schenkel der Nasenflügelknorpel zu kurz, und durch das zu kurze Septum cutaneum oder durch

³⁵³ Abbé, Robert, 1851-1928 Chir. New York; (Hoffmann-Axthelm S. 339).

³⁵⁴ Neuber, Eduard, geb. 1882 Dermatol. Debrecen, Budapest; (Hoffmann-Axthelm S. 345).

³⁵⁵ Le Mésurier, geb. 1889 Chir. Toronto; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

Narbenbildung sind sie in ihrem Wachstum so behindert, daß die Nasenspitze abgeplattet und im Profil heruntergezogen erscheint, weil sie sich nicht frei aufrichten konnte.“

Daher empfiehlt Schröder in schwerwiegenden Fällen vor dem Wachstumsschub im 6. und 7. Lebensjahr dem Flügelknorpel „durch eine Verlängerung des Nasenseptums die Möglichkeit zu einer freien Entwicklung zu geben.“

Nach Abschluss des Knorpelwachstums, also in der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahrzehnts, erfolgt die endgültige Formgebung des Nasenflügels. Zur Hebung der Nasenspitze und zur Medialstellung des Flügels bevorzugt Dr. Dr. Schröder die Methode von Ehrlich.

Behebungen von Stellungsanomalien des Septums sollten vor Abschluss des Wachstums durchgeführt werden, während „Größenveränderungen des Septums und des übrigen Knorpelgerüsts“ erst nach Abschluss des Wachstums indiziert sind.

„Die Tatsache, daß das Wachstum des oberen knöchernen Anteils der Nase erst zuletzt beendet wird, verlangt ein Abwarten bis zum Ende des 2. Dezenniums bei Korrekturen am Knochen. Dann können verkleinernde Korrekturoperationen am knöchernen Nasengerüst zur Beseitigung von Höcker-, Schief- und Breitenase ohne Bedenken und ohne Schaden für den Patienten vorgenommen werden. Dagegen kann ein körpereigenes Implantat am Nasenrücken zur Aufrichtung der Nase schon früher (um das 14. Lebensjahr) eingelagert werden, weil das Längen- und Höhenwachstum dann abgeschlossen ist und wesentliche Größenveränderungen nicht mehr zu erwarten sind.“

Korrekturoperationen am Gaumen

Kleine spaltförmige Defekte können jederzeit geschlossen werden. Zur Behebung größerer Perforationen sind Schleimhautperiostlappen notwendig. „Mit der Ablösung dieser Lappen vom harten Gaumen ist nach Herfert nachweislich eine Beeinträchtigung des Wachstums durch die neugesetzten Narben verbunden.“ Der Narbenkontraktur kann man aber mit einer postoperativen kieferorthopädischen Behandlung entgegenwirken. Aus sprachlichen und kaufunktionellen Gründen sollen die Defekte laut Schröder so früh wie möglich gedeckt werden.

„Von der frühzeitigen Verlängerung kurzer atrophischer Gaumensegel im 1. Dezennium nach der Pushback-Operation sehen wir seit einigen Jahren ab, einerseits wegen der

wachstumsschädigenden Schleimhautablösung vom Gaumendach, andererseits wegen der plattenartigen narbigen Versteifung, wodurch trotz der Verlängerung des Gaumensegels kein vollwertiger funktioneller Erfolg möglich wird. Dagegen sind wir bemüht, durch eine frühzeitige Pharyngoplastik - unser jüngster Patient war 9 Jahre alt - die Sprache wesentlich zu verbessern. Die Warnung Waßmunds³⁵⁶ und Rosenthals, aus vitalen Gründen erst im 2. Dezennium zu operieren, erscheint uns heute nicht mehr stichhaltig, dagegen wäre eine Distalverschiebung des Oberkiefers bei ungenügender Verzahnung zu befürchten.

Bei äußerst kurzem Gaumensegel und bei sehr frühem Operationstermin (7-10 Jahre) dürfte der Pharyngoplastik nach Sanvenero³⁵⁷ gegenüber derjenigen nach Schönborn³⁵⁸-Rosenthal der Vorzug zu geben sein, weil durch den kranial gestielten Lappen eine Distalverschiebung kaum zu erwarten ist.“

Um die einfallende Oberlippe durch eine prothetische Versorgung ausgleichen zu können, sollte so früh wie möglich der Ersatz des Zwischenkiefers erfolgen. Vor diesem Eingriff muss der Oberkiefer jedoch so weit gedehnt und entwickelt sein, damit das Transplantat die fehlende Lücke im Kieferbogen schließen kann und somit einer Verengung entgegenwirken kann.

„Da bei fehlendem Zwischenkiefer eine Pseudoprogenie wohl immer bestehen dürfte, ist die endgültige Korrektur der Bißverhältnisse der Progenieoperation vorbehalten.“

4.3.7. Die operative Korrektur des Pterygium colli

Langenbeck`s Archiv 289, S. 643-647, Kongressbericht 1958 - Springer Verlag Heidelberg

„Bei der seltenen Mißbildung des Pterygium colli, welches sich als Hautduplikatur beiderseits zwischen Mastoid und Acromion erstreckt, kann die operative Korrektur zur Beseitigung der Hautduplikatur am zweckmäßigsten durch eine Verlängerung der verkürzten Haut mittels einer Z-Plastik, welche nur in demjenigen Teil angewendet wird, der unterhalb der Nackenhaargrenze liegt. Es läßt sich so neben der Verlängerung

³⁵⁶ Waßmund, Martin, 1892-1956 MKG Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 348).

³⁵⁷ Sanvenero-Roselli, Gustavo, 1897-1974 Plast. Chir. Mailand; (Hoffmann-Axthelm S. 346).

³⁵⁸ Schönborn, Karl, 1840-1906 Chir. Königsberg; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

der Hautfalte die Herstellung normaler Halskonturen und die Korrektur der tief ansetzenden Nackenhaargrenze erreichen. Die dabei entstehenden Narben liegen so, daß sie entweder an der Nackenhaargrenze unauffällig bleiben (Nackenhaare) oder durch normale Kleidung leicht bedeckt werden können.

Verglichen mit den bekannten Operationsmethoden von Chandler, MacCollum, Mennig et al. dürfte sich mit der beschriebenen Methode ein günstigeres Ergebnis erzielen lassen.“

4.3.8. Therapie der Kiefergelenksankylose

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1960, 6, S. 331-334

Erkrankungen am Processus articularis sind meistens das Ergebnis entzündlicher Geschehen in der Nachbarschaft.

„Die bei den Operationen angewandte Schnittführung von Schuchardt entspricht im Prinzip dem Vorgehen von Helferich³⁵⁹, Pichler³⁶⁰, Lindemann³⁶¹, jedoch weicht sie von diesen insofern ab, als der Schnitt wie beim Facelifting auf der Innenkante des Tragus verläuft, nach caudal durch die Incisura intertragica zieht und nach cranial den Helix überkreuzt. [...] Nach genauer Markierung des zu schaffenden Gelenkspaltes erfolgte die Durchtrennung mit Bohrern unter ständiger Berieselung mit physiologischer Kochsalzlösung. Während wir dabei früher dem Gelenkkopf durch Resektion seiner oberen Hälfte eine breite Form gaben, formen wir ihn heute schmal unter Erhaltung seiner Länge, um ihm nur eine punktförmige Berührung mit der neugebildeten Gelenkpfanne zu ermöglichen.“

Schröder stellte fest, dass freie Implantate die bindegewebige Ankylosierung begünstigen.

„Bei der Interposition von alloplastischem Material kommt es nach den Beobachtungen von Schuchardt auch bei Verwendung des gewebsfreundlichen Vitalliums zu einer produktiven Steigerung des Knochens, weil nach Abtragung der Corticalis der freigelegte spongiöse Knochen mit dem gut durchbluteten Weichteilbett geradezu ideale

³⁵⁹ Helferich, Heinrich, 1851-1945 Greifswald, Kiel; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

³⁶⁰ Pichler, Hans, 1877-1949 MKG Wien; (Hoffmann-Axthelm S. 345).

³⁶¹ Lindemann, August, 1880-1970 MKG Düsseldorf; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

Voraussetzungen für eine Callusbildung bietet, wie wir sie uns bei jeder Frakturheilung oder Osteoplastik wünschen können.“

In seiner Abhandlung beschreibt Schröder kurz die Methode nach Skaloud. Nach Entfernung des oberen Drittels des aufsteigenden Astes entsteht eine besonders breite Knochenwundfläche. Die Vitalliumkappe gleicht den Längenverlust des aufsteigenden Astes aus.

Steinhardt verwendete bei Rezidiven Paladonkappen zur Trennung der Knochenwundflächen. Nach Schröders Erfahrungen begünstigt der Fremdkörperreiz „die Regeneration des Knochengewebes bei den zu Rezidiven neigenden Knochen.“

Von einer Anwendung des Mundsperrers, der beim Patienten eine gewaltsame Dehnung vollzieht, rät der Autor ab, „weil dabei noch bestehende knöcherne Verwachsungen auf der medialen Seite des Gelenkfortsatzes gesprengt werden können. Diese Knochenzacken bieten dann die beste Voraussetzung für eine erneute Verknöcherung.“

Auch die Verwendung von Dehninstrumenten und Apparaten, die in der Front angreifen, lehnt der Verfasser ab. Bei längerer Tragedauer führen diese Geräte „zum offenen Biß, zu einer Verstärkung der meist vorhandenen Protrusion, Lockerung und evtl. Verlust der Frontzähne.“

Nach einer längeren konservativen Dehnungstherapie lässt sich die Tendenz zu einem offenem Biss durch eine Kopf-Kinn-Kappe mit Gummizügen verringern.

1940 empfahl Schuchardt eine „Spreize mit nach distal offenen Federn“, welche gegenüber der Spreize von Steinkamm den Vorteil besaß, „daß die Federkraft fast ausschließlich am distalen Ende wirksam wird, die Spreize fast unsichtbar ist und auch nachts getragen werden kann.“

„Beide Spreizen strecken den aufsteigenden Ast bei geöffneten Mund nach caudal, die Federspreize nach Schuchardt entfaltet jedoch ihre volle Kraft auch bei geschlossenem Mund und vermeidet so eine Anlagerung der Knochenwundflächen im Bereich des neugebildeten Gelenks. Einsetzen und Herausnehmen beider Spreizen lassen sich gegenüber dem Aktivator, den Petrik³⁶² auf Anregung von Pichler erstmals zur Ankylosebehandlung benutzt hat, bei geringster Mundöffnung bewerkstelligen und haben den Vorteil der dauernden Federwirkung, wenn sie im Munde liegen.“

³⁶² Petrik, Leopold, geb. 25.03.1902 Wien, Dr. med. univ., tit. ao., UProf., Leiter Kieferorthop. Ambulanz d. zahnärztl. UInst. i. R. Wien, UDoz Wien 1941, tit. ao. Prof. 1954; (Kürschner 1970, S. 2235).

Bei gleichzeitiger Verwendung einer Kopf-Kinn-Kappe kommt die Erhöhung dem Aktivator zu gute. Neben der Dehnungsbehandlung im Kiefergelenk verhindert er eine Seitenabweichung des Unterkiefers und ermöglicht zusätzlich „eine kieferorthopädische Behandlung des gesamten Gebisses.“

Die Nachbehandlung sollte laut Pichler 3 bis 4 Jahre betragen um einen langfristigen Erfolg erzielen zu können.

4.3.9. Die Operationen der doppelseitigen Lippenspalten

Langenbeck`s Archiv 295, S. 987-996, Kongressbericht 1960 - Springer Verlag Heidelberg

Bei doppelseitigen Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten werden heute noch die Primär- und Reoperation „nach den Methoden der linearen Vereinigung (Axhausen³⁶³-Veau³⁶⁴)“ durchgeführt. Bei der Behandlung von einseitigen Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten kommt die „Methode von Hagedorn³⁶⁵-Le Mésurier mit queren Hilfsschnitten“ zur Anwendung.

„Die bei den einseitigen Spalten erzielten guten Ergebnisse mit der Methode von Le Mesurier waren für uns Veranlassung, sämtliche doppelseitigen Spalten, sowohl im Säuglingsalter als auch größtenteils bei gegebener Indikation bei Korrekturen voroperierter Patienten, nach der gleichen Methode durchzuführen.“

Ziel einer Spaltoperation ist die „Vereinigung der Lippenstümpfe zu einer [...] symmetrisch geformten, d. h. gleichmäßig langen Lippe mit schön geschwungenem Cupidobogen und voll evertiertem Lippenrot.“

Die Beweglichkeit der Lippe darf nicht durch eine narbige Verbindung zum Zwischenkiefer eingeschränkt werden und Narben dürfen die Entwicklung der Lippe nicht hemmen. „Die operativ geschlossene Lippe darf jedoch auf keinen Fall durch zu geringe Weite einen ungünstigen Druck auf den Zwischenkiefer ausüben, der die weitere Ausbildung von Deformierungen bei dem in seiner Anlage minderwertigen Kiefer begünstigen könnte.“

³⁶³ Axhausen, Georg, 1877-1960 Chir., MKG Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 339).

³⁶⁴ Veau, Victor, 1881-1949 Kinderchir. Paris; (Hoffmann-Axthelm S. 348).

³⁶⁵ Hagedorn, Werner, 1831-1894 Chir. Magdeburg; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

Bevor mit der Lippenplastik begonnen werden kann muss der Nasenboden geschlossen werden. Dies kann zum einen erfolgen mit Hilfe „eines Vomerlappens nach der von Schuchardt modifizierten Methode von Campbell³⁶⁶ - Pichler im harten Gaumen und im vorderen Anteil der Nase“; zum anderen durch „die doppelte Deckung des Nasenbodens mit einer nasalen und einer oralen Schicht aus 2 Palatinallappen (Schuchardt).“ Eine andere Methode ist der Vomerlappen nach Stellmach³⁶⁷. Durch „Vornähung nach Axhausen“ gewinnt man bei allen Methoden einen „Schleimhautlappen aus dem Mundvorhof“, der zur Deckung „des Nasenbodens im Naseneingangs- und Kieferspaltbereich und zur Verlängerung der Lippe auf der intraoralen Seite“ Verwendung findet.

„Die Nasenflügelfurche“, „die Grenze vom häutigen Nasenseptum und Oberlippe“ und „die Umschlagfalte des Lippenrotes“ dienen als Messpunkte um symmetrische Formen herstellen zu können.

„Nach einer Operationspause von 6-8 Wochen“ beginnt man mit dem „Verschluß der zweiten Seite“. Nach dem Wachstum des knorpeligen Nasengerüsts erfolgt die „Verlängerung des häutigen Nasenseptums“.

Durch „die beiden queren Einschnitte am mittleren Lippenanteil“, bleibt „nur eine schmale Brücke für die Ernährung des Lippenrotes“ bei den unvollständigen Lippenspalten erhalten. Somit „ist eine Ernährungsstörung des Mittelstücks bei Operation beider Seiten in einem Operationsakt leicht möglich.“ „Die Erhaltung des Lippenrots in ganzer Breite halten wir jedoch für notwendig, um durch das Ineinandergreifen der einzelnen Dreieckläppchen die Lippe möglichst voll zu gestalten und ohne Spannung vernähen zu können.“

Der Autor berichtet von Erfahrungen, bei denen durch die Aufteilung der Operation in zwei Akte die Entwicklung des Prälabiums am Mittelstück wesentlich erfolgreicher verläuft.

„Der Vorteil der zweiphasigen Lippenoperation liegt nach den Beobachtungen an den vor einigen Jahren operierten Fällen eindeutig in der geringen Belastung (der Blutversorgung) des Mittelstücks, so daß statt einer Schrumpfung des mittleren Lippenrotes, wie wir sie bei der einzeitigen Operation beider Seiten beobachteten, eine normale Entwicklung sämtlicher 3 Lippenteile auftritt. Die einzeitige Operation sollte

³⁶⁶ Campbell, Andrew, 1884.1948 HNO Chir. Edinburgh, Kapstadt; (Hoffmann-Axthelm S. 340).

deshalb nur bei ausreichend langem und vor allem breitem Mittelstück der zweizeitigen Operation im Säuglingsalter vorgezogen werden, um die spätere funktionelle Entwicklungsmöglichkeit nicht vorzeitig durch Verringerung der Wertigkeit des Mittelstücks herabzusetzen.“

Bei der Lippenplastik nach Veau bleibt das Mittelstück mit dem Lippenrot erhalten, die Entwicklung der Muskulatur wird jedoch „durch eine vertikale Verkürzung der geradlinigen Narben gehemmt.“ Ergebnis ist „eine unterentwickelte Mittelpartie der Lippe mit charakteristischer narbiger Verkürzung der Lippe auf beiden Seiten und fehlendem Mundvorhof.“

Nach der Methode von Hagedorn ist das Resultat „fast immer eine zu lange Oberlippe“, da „das Lippenweiß der beiden seitlichen Lippenstümpfe unterhalb des Mittelstücks vereint wird.“

4.3.10. Zur kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung von Dysgnathien

Dt. zahnärztl. Zs. 20, H. 1, S. 112-119, 1965

Den achtseitigen Artikel mit zahlreichen Abbildungen widmete Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder dem damaligen Direktor der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Bonn, Prof. Dr. Dr. Gustav Korkhaus, zum 70. Geburtstag.

Entscheidend für die Gesichtsform sind die Weichteilkonturen des Gesichtes, welche aber durch das Gesichtsskelett ihre Form erhalten. Durch Anomalien der Kiefer entstehen somit nicht nur funktionelle Störungen des Kauorgans, sondern auch Störungen „der Harmonie der Gesichtsform“. Will man Korrekturen an der Gesichtsform vornehmen so ist dies meistens mit „Veränderungen des Stützgerüsts“ verbunden.

³⁶⁷ Stellmach, Rudolf , geb. 1924 MKG Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

Die Gesichtsdrittelle von Kollmann und die Profilbestimmung von A. M. Schwarz³⁶⁸ dienen als Grundlage. Geringe Abschweifungen von diesen Richtlinien wirken sich aber keineswegs störend auf die Ästhetik aus.

„Es wird daher bei unseren operativen Eingriffen die Normalisierung bzw. Verbesserung der Funktion im Vordergrund stehen, mit der zwangsläufig eine Veränderung der Gesichtsform, aber nicht eine Verbesserung derselben einhergeht. Wir suchen daher stets ein optimales Resultat in der Kombination beider Behandlungsmethoden (chirurgisch und orthopädisch) durch eine intensive Zusammenarbeit zu erreichen.“

Die operativen Korrekturen sollten erst nach dem Wachstumsende durchgeführt werden, während die kieferorthopädische Behandlung die größten Erfolge im Wachstum erzielt. Die Zusammenarbeit von Kieferorthopäden und Kieferchirurgen erläutert Schröder an einigen Fallbeispielen. So wird z.B. die Apparatur von Bichlmayr³⁶⁹ „zur Rückverlagerung fächerförmig protrudierter Zähne im Oberkiefer“ mit der „operativen Schwächung der Corticalis“ kombiniert und somit eine Verringerung der Behandlungszeit erreicht (Variationen von Ascher, Skogsborg,³⁷⁰ Immenkamp³⁷¹).

„Die meisten Dysgnathiekorrekturen werden im Unterkiefer und zwar sowohl im aufsteigenden als auch im horizontalen Ast ausgeführt, auch dann, wenn die Fehlentwicklung im Oberkiefer lokalisiert ist. Besonders bewährt haben sich zwei charakteristische Operationstypen zur Rück- und Vorverlagerung des Unterkiefers, und zwar die quere Durchtrennung im aufsteigenden Ast oder die vertikale, treppen- oder winkelförmige Osteotomie des horizontalen Astes.

Wegen der Gefahr der Pseudoarthrosen bei der Rückverlagerung des Unterkiefers nach horizontaler Osteotomie des aufsteigenden Astes nach der Methode von Kostecka³⁷² oder Lane³⁷³, Bruhn³⁷⁴-Lindemann, wurde in verschiedenen Modifikationen (Caldwell³⁷⁵-Lettermann, Immenkamp, Perthes-Schlössmann³⁷⁶, Obwegeser³⁷⁷,

³⁶⁸ Schwarz, Arthur Martin, geb. 16.05.1887 Wien, Dr. med., UDoz. Wien, U.PDoz. Wien 1933, Doz. 1940; (Kürschner 1940/41, S. 741).

³⁶⁹ Bichlmayr Anton, 1887-1976 Kieferchir. Kiel; (Hoffmann-Axthelm S. 339).

³⁷⁰ Skogsborg, Carl, um 1926 Za. Stockholm; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

³⁷¹ Immenkamp, Alois, geb. 1906 MKG Münster; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

³⁷² Kostecka, Franz, um 1931 Kieferchir. Prag; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

³⁷³ Lane, Sir William Arbuthnot, 1856-1943 Orthop. London; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

³⁷⁴ Bruhn, Christian, 1868-1942 Za. Düsseldorf; (Hoffmann-Axthelm S. 340).

³⁷⁵ Caldwell, George Walter, 1834-1918 HNO New York; (Hoffmann-Axthelm S. 340).

³⁷⁶ Schlössmann, Heinrich, 1881-1950 Chir. Tübingen, Bochum; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

Schuchardt, Trauner³⁷⁸, Waßmund) eine Vergrößerung der Anlagerungsflächen empfohlen.“

Das von Schuchardt und von Ernst³⁷⁹ angewendete „intraorale Operationsverfahren“ vermeidet nicht nur Narben, sondern verringert auch die Gefahr der Schädigung des N. facialis.

Der rachitisch offene Biss wird durch eine „Cranialverlagerung des Unterkiefermittelsegmentes“ und „der Oberkieferalveolarfortsätze im Seitenzahnbereich“ korrigiert und durch Einschleifen der Zähne eine günstige Okklusion ermöglicht.

Am Ende seiner Abhandlung geht der Verfasser auf „frühkindliche Wachstumsstörungen im Gelenkköpfchen“ ein. „Als Folge eines frühkindlichen eitrigen Prozesses im linken Gelenkkopf und aufsteigenden Ast“ bringt Prof. Schröder das Behandlungsbeispiel einer Patientin mit einem Vogelgesicht und einer knöchernen Ankylose an. Nach einer Ankyloseoperation und einer kieferorthopädischen Behandlung wurde zunächst die Schneidezahnkantendistanz vergrößert. Nach der chirurgischen Unterkieferverlängerung und der „Verstärkung der Kinnprominenz“ wurde ein gutes ästhetisches Ergebnis erreicht.

4.3.11. Apparate zur Reposition und Fixation der Kieferfrakturen

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1965, 11, S. 117-123

Die Reposition und Fixation der Fragmente und die Wiederherstellung der Funktion sind die Ziele der Frakturbehandlung.

Bei den konservativen Kieferbruchverbänden dienen die Zähne als Halteelemente und „typische Okklusions- und Artikulationsmerkmale der Zähne“ werden in die Diagnose und Therapie mit einbezogen.

Zur Behandlung von Kieferfrakturen können wir auf folgende Verbände zurückgreifen: „a.) Drahtligaturen und Drahtbogen als Not- und Dauerverbände ohne Bänder (8er Ligatur, Notverbände nach Ernst, Ivy³⁸⁰, Sauer³⁸¹, Hauptmeyer³⁸², Schlamp³⁸³ u.a.)

³⁷⁷ Obwegeser, Hugo, geb. 1920 MKG Zürich; (Hoffmann-Axthelm S. 345).

³⁷⁸ Trauner, Richard, 1900-1980 MKG Graz; (Hoffmann-Axthelm S. 348).

³⁷⁹ Ernst, Franz, 1887-1947 Za. Kieferchir. Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 341).

- b.) Drahtverbände mit Bändern nach Lückens, Löhner, Angle³⁸⁴, Schröder³⁸⁵
- c.) intraorale massive Verbände (Platten- und Gußschienen)
- d.) extraorale Verbände
- e.) kombinierte extra-intraorale Verbände
- f.) operative Reposition in Kombination mit Bruchverbänden.“

Für Frakturen des Unterkieferkörpers und des Alveolarfortsatzes oder zur Therapie von Zahnluxationen verwendet man hauptsächlich „die isolierten intraoralen Drahtverbände“.

Als „Notverbände“ (Achterligatur) dienen die Drahtverbände der Schmerzausschaltung, der „Ruhigstellung der Fragmente“, der „Freihaltung der Atemwege“ und der Blutstillung.

Befestigt man den frakturierten Unterkiefer intermaxillär über Gummizüge oder Drahtligaturen an dem gesunden Gegenkiefer (Ernst, Ivy), dann erreicht man nicht nur eine „Ruhigstellung der Fragmente und Gelenke“ sondern auch eine „Beseitigung vertikaler Stufen“.

Für „die Aufrichtung nach lingual oder lateral gekippter Fragmente“ empfiehlt der Verfasser die Schiene nach Schlampp oder „Schiennenverbände, deren Labialbogen an Kanülenbändern befestigt ist“. „Diese Kanülenbänder (Lückens, Löhner, Schröder, Angle) müssen hierzu an den Molaren bzw. dem am weitesten distal stehenden Zahn möglicherweise gleichzeitig an Zähnen im Drehpunkt des Fragmentes z.B. am Eckzahn fixiert werden, wodurch die Stabilität der Schiene zur Aufrichtung gekippter Fragmente wesentlich erhöht wird.“

In seinem nächsten Abschnitt erwähnt der Autor Vollguss- und Plattenschienen. Als nachteilig bei den Plattenschienen sieht Schröder: 1. die Erstellung im Labor, 2. keine Reparatur im Mund möglich, 3. Allergiegefahr, 4. keine Zahnbehandlung möglich, 5. Schienen liegen dem Gingivalsaum an und 6. Begünstigung „entzündlicher Prozesse am

³⁸⁰ Ivy, Robert Henry, 1881-1974 MKG US Militärarzt (Colonel); (Hoffmann-Axthelm S. 343).

³⁸¹ Sauer, Carl, 1835-1892 Za. Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 346).

³⁸² Hauptmeyer, Friedrich, 1882-1950 Za. Essen; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

³⁸³ Schlampp, Hans, geb. 22.11.1900 Ingolstadt, ao. UProf., Dr. med., Dr. med. dent., Vorst. d. prothet.-orthop. Abtlg. u. d. konservierend. Abtl. Würzburg d. Zahnärztl. UKlin., PDoz. Rostock 1929, nbeamt apl. P. 1935, beamt. ao. P. 1940, o. Prof. Würzburg 1956; (Kürschner 1950, S. 1792; 1961, S. 1787).

³⁸⁴ Angle, Edward Hartley, 1855-1930 Orthodont. Minneapolis, St. Louis; (Hoffmann-Axthelm S. 339).

³⁸⁵ Schröder, Hermann, 1876-1942 Prothetiker Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

Zahnfleisch“. Durch die Einführung des „Selbstopolymerisates“ Palavit „zur Fixierung der Drahtschienenverbände“ wurden die meisten Nachteile eliminiert.

„Die von Schuchardt empfohlene Drahtbogenkunststoffschiene hat den Vorzug, daß sie leicht und ohne Laborvorbereitung am Patienten angelegt werden kann, daß sie im Gegensatz zu allen anderen älteren Verbänden ohne Mundöffnung reparaturfähig ist, daß sie den Gingivalsaum nicht berührt, daß sie auf eine beliebige Stabilität verstärkt werden kann.“ Der von Schuchardt verwendete Stahlbügel wird von der Firma Renfert fabriziert.

Bei Frakturen im Milchgebiss kann auf die Verwendung eines Drahtbogens verzichtet werden.

Eine weitere Modifizierung der „Drahtbogen-Kunststoffschiene“ gibt Hering an. Sie besteht aus zusätzlichen „Ernstschen Häkchen“.

„Im Oberkiefer sind isolierte intraorale Verbände nur in bestimmten Fällen indiziert, z.B. bei partiellen Alveolarfortsatzbrüchen“ und „bei halbseitigen und Sagittalfrakturen“. „In den übrigen Fällen von Oberkieferfrakturen ist die Kombination des intraoralen Verbandes mit einem extraoralen Verband notwendig. Der einfachste Verband, der Kopfkinnverband der Hippokrates³⁸⁶ zugeschrieben wird (zitiert nach H. Schröder), das Capistrum simplex und duplex, die man auf Soranus³⁸⁷ zurückführt (H. Schröder) bewähren sich gut als Weichteil- und als ruhigstellenden Knochennotverbände, ebenso die von Hamilton³⁸⁸, Nassmyth, Szymanowski³⁸⁹ und die vielen anderen entwickelten Modifikationen“.

Oberkieferfrakturen „nach Le Fort³⁹⁰ I bis III müssen fast immer in vertikaler, häufig auch in sagittaler Richtung nach vorn reponiert werden.“ Für diese Therapie schlägt Schröder die „Rollenextension nach Hansmann³⁹¹“ vor. Der Zug geht „von einem elastischen Bügel bzw. einer Metallstrebe (Wieting³⁹² und Stenzel) aus, die an einem Kopfgips befestigt sind und vor dem Gesicht des Patienten stehen.“ Vorteil dieser

³⁸⁶ Hippokrates, geb. 460 v. Chr. Insel Kos, gest. 370 v. Chr. Larissa (Thessalien); Begründer der rational-empirischen Medizin.

³⁸⁷ Soranus von Ephesos, um 98-138 Arzt Rom; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

³⁸⁸ Hamilton, Frank Hastings, 1813-1886 Chir. Buffalo; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

³⁸⁹ Szymanowski, Julius von, 1829-1868 Chir. Kiew; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

³⁹⁰ Le Fort, René, 1869-1951 Chir. Lille; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

³⁹¹ Hansmann, um 1886 Chir. Hamburg; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

³⁹² Wieting, Julius, 1868-1922 Chir. Hamburg, Türkei; (Hoffmann-Axthelm S. 348).

Apparatur, ist wie bei dem „zur Beseitigung vertikaler Dislokation“ verwendeten Gerätes, dem „Hirschgeweih“, die Bewegungsfreiheit des Patienten.

Es empfiehlt sich immer eine „gleichzeitige intraorale Schienung im Ober- und Unterkiefer mit intermaxillärer Verschnürung“ „zur besseren Einstellung frakturierter Oberkiefer“. „Bei zahnlosem Ober- und Unterkiefer müssen mit dem Schienenverband gleichzeitig die Höhe der Zähne und Alveolarfortsätze durch Aufbau an den Prothesenschienen berücksichtigt werden.

Ihre Fixierung läßt sich durch Drahtumschlingung des Unterkieferkörpers und durch Drahtnaht am Oberkiefer erreichen.“

Eine sogenannte „Gunningschiene“ richtet sich gegen die seitliche Versetzung des Verbandes.

Die Konstruktion von Roger Anderson³⁹³ kann beim unbezahnten und vollbezahnten Kiefer angewendet. Es wird auf eine „intraorale Schienung“ verzichtet. „Beim Einbohren der Haltestifte des Roger-Anderson-Verbandes“ sollte das Augenmerk auf den „Verlauf des Mandibularkanals und die Lokalisation der Zahnwurzelspitzen“ liegen.

„Es gibt eine große Variationsbreite in Anwendung der Apparaturen zur Behandlung von Kieferfrakturen, in vielen Fällen kann nur durch sinnvolle Kombination der Verbände ein befriedigendes Ergebnis erzielt werden.

Die richtige Indikation und die sinnvolle Anwendung und Kombination der Kieferbruchverbände ermöglicht den Erfolg.“

4.3.12. Alveolarkammaufbau im Oberkiefer mit körpereigenem Material - im Vergleich zu den Gerüstimplantaten

Dt. zahnärztl. Zs. 21, H. 3, S. 422-429, 1966

Nach dem Zahnverlust kommt es zu Umbauvorgängen des Alveolarfortsatzes, die sich negativ auf den Prothesenhalt und Stabilität des Zahnersatzes auswirken können. Durch operative Umgestaltung des Prothesenlagers, „welches aus der knöchernen Basis und

³⁹³ Anderson, Roger, geb. 1891 Orthop. Seattle; (Hoffmann-Axthelm S. 339).

der bedeckenden Schleimhautperiostschicht besteht“, kann eine Verbesserung der Situation erreicht werden.

Bei starker Atrophie kann nur „durch einen Alveolarkammaufbau oder durch eine subperiostale Implantation eines Metallgerüsts“ eine Korrektur des Prothesenlagers erfolgen.

Gegner dieser Implantation befürchteten Fokalinfectionen, weiteren Knochenabbau oder Gewebeentartungen. „Der schwedische Zahnarzt Dahl, der Initiator diese Methode, mußte trotz seiner experimentellen und klinischen Erfolge seine Implantationen schon 1940 abbrechen und wurde zur Entfernung dieser Implantate veranlaßt. Die Amerikaner Goldberg und Gershkoff konnten erst viel später (1948) die Gerüstimplantation auf Grund ihrer Erfolge populär machen, weil die auf den Gerüstpfeilern aufgesetzten Prothesen fast die Vorzüge eines festsitzenden Zahnersatzes haben.“

Als Indikation für Metallimplantate werden anerkannt:

- „a.) ungünstige anatomische Verhältnisse des Alveolarfortsatzes als Prothesenlager (mit teilweiser oder vollständiger Atrophie des Alveolarfortsatzes und den entsprechenden Begleiterscheinungen, wie Schlotterkamm u.ä., hochliegendes Foramen mentale, ungenügende Knochendecke über dem Nervkanal des Unterkiefers),
- b.) psychisch bedingte Schwierigkeiten, Allergie gegen Prothesenmaterial,
- c.) bestimmte Berufsgruppen wie Blasmusiker, Schauspieler, Sänger u.ä.,
- d.) zahnlose Gaumenspaltenträger (Reichenbach, Nichols, Hammer³⁹⁴ u.ä.).

Die Gegenindikation ergibt sich

1. aus dem Verhalten der Mundschleimhaut an den Pfeilerdurchtrittsstellen,
2. aus der Knochenreaktion unter der Implantatbelastung und
3. aus Gründen der Fokalinfection und bei Allgemeinleiden bei akuten und chronischen Entzündungen (Hoppe³⁹⁵).“

Einige Verfasser, z.B. Trauner, Reichenbach, Bodine sehen die Metallimplantation im Oberkiefer risikoreicher an als im Unterkiefer, „weil der spongiöse Knochen des Oberkiefers den Belastungen weniger gewachsen ist als der kompakte Unterkieferknochen.“ Durch den frühzeitigen Verlust der oberen Molaren, kann der Knochenabbau im Oberkiefer so kritisch sein, „daß lediglich papierdünne Knochenlamellen die Nasen- und Kieferhöhlen von der Mundhöhle trennen“. Aufgrund

³⁹⁴ Hammer, Heinrich 1891-1972 MKG Berlin, Kiel; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

der postoperativ stark auftretenden Schmerzen muss von „einer subperiostalen Implantation von Metallgerüsten“ im Oberkiefer abgesehen werden.

Der Alveolarfortsatz kann bei stärkerer Atrophie mit körpereigenem Material aufgebaut und somit ein ausreichender Prothesenhalt erreicht werden. Ein „Implantat aus der Knochenknorpelgrenze“ wird für den Aufbau des Alveolarkammes entnommen. „So kann durch Verwachsung des Transplantatknochens mit dem Lagerknochen eine direkte Verheilung erreicht und der transplantierte Knorpel besser stabilisiert werden, so daß der Aufbau später einem seitlichen Prothesenschub wesentlich besser Widerstand entgegengesetzt.“

In dem nächsten Abschnitt seiner Veröffentlichung beschreibt der Autor das operative Vorgehen.

„Nach Fertigstellung des Knorpelknochenimplantates wird in der Gegend des Eckzahnes beidseits die Schleimhautperiostdecke vertikal durchtrennt und dann sowohl in der Front als auch bis zu den beiden Tubera untertunnelt, ohne daß dabei eine Schädigung des Periostes eintreten darf. In der üblichen Form wird das Knorpelimplantat in zwei Teilen in das vorbereitete Bett eingelagert.

In der Mitte treffen sich die beiden Teile in der Gegend der Mittellinie. Die Wundränder werden wieder vernäht. Eine Spannung der Schleimhaut muß auf jeden Fall vermieden werden, weil die abgelöste Schleimhaut gegen Zug und Druck sehr schnell mit Ernährungsstörungen reagiert. Der Verwendung von Antibiotika ist besonders bei Ernährungsstörungen der bedeckenden Schleimhautdecke größte Beachtung zu schenken, gleichzeitig müssen gefäßerweiternde Mittel zur Verbesserung der Durchblutung am Ort gegeben werden.“ Um einer Verschmutzung der Mundhöhle entgegenzuwirken, wird die Nahrung über eine Duodenalsonde aufgenommen. Nach circa 12 Tagen ist der Heilungsverlauf abgeschlossen. Die Eingliederung der Prothese erfolgt allerdings erst nach 4 bis 6 Wochen, nachdem „eine feste narbige Verheilung der abgelösten Schleimhautperiostdecke auf der Unterlage erfolgt ist.“ Um Druckstellen zu vermeiden, die zu Perforationen der Schleimhautperiostdecke führen können, sollte die Prothesenbasis möglichst glatt gestaltet werden, evtl. sogar poliert werden.

³⁹⁵ Hoppe, Wolfgang, geb. 1923 MKG Lübeck; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

4.3.13. Spätplastik und Sofortplastik nach Unterkieferresektion (Maßnahmen zur Wiederherstellung normaler Gesichtsform und Kieferfunktion)

Dt. Zahn Mund Kieferhkd. 48, H. 1/2, S. 1-10, 1967

„Die nach der Unterkieferresektion meist auftretende Entstellung und Kaufunktionsstörung konnten bis zur sekundären Knochenplastik nur mit orthopädischen Mitteln (Schiene) unvollkommen verringert werden. Die Anwendung intraoraler Schnittführung bei gutartigen Tumoren und die Sofortrekonstruktion des Unterkiefers nach der Tumorentfernung verursachten jedoch bis zur Einführung der Infektionsprophylaxe durch Antibiotika meist Komplikationen.“

Durch die Entfernung großer Zysten, Tumoren „oder durch Sequestromie bei Radionekrosen bzw. Osteomyelitis“ können Defekte im Unterkiefer entstehen.

„Besonders mit der Entfernung von bösartigen Tumoren ist fast immer eine auffallende Beeinträchtigung der Gesichtsform und Kieferfunktion verbunden.“

Während sich die „Operation gutartiger Tumoren im Unterkiefer“ auf die „Entfernung des erkrankten Gewebes“ beschränkt, umfasst die Operation bösartiger Tumoren die „Resektion oder Exartikulation der erkrankten Kieferhälfte einschließlich der Ausräumung der ableitenden Lymphwege“. „Die Forderung unbedingter Radikalität ist bei der Entfernung rezidivfreudiger, insbesondere bösartiger Tumoren selbstverständlich, ohne auf die Möglichkeiten der Wiederherstellung Rücksicht zu nehmen.“

Spätknochenplastik und orthopädische Hilfsmittel

„Wenn auch kleinere gutartige Tumoren schon immer intraoral entfernt wurden, so ist die extraorale Schnittführung und Auslösung des Knochens aus dem Periostschlauch bei nicht bösartigen Tumoren und das extraoral-intraorale Vorgehen bei der Entfernung semimaligner oder maligner Tumoren mit gleichzeitiger Entfernung der anhaftenden Weichteile als Standardmethode anzusehen. Bardenheuer³⁹⁶, Gabrijewsky (1892), Rydygier³⁹⁷ und Wölfer (Zit. von Anastasov) gelten als die Initiatoren dieser Operationsmethoden. Nachteilig wirken sich bei diesen Methoden die Entstellung,

³⁹⁶ Bardenheuer, Bernhard 1839-1895 Chir. Greifswald, Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 339).

besonders bei Halbseitenresektion, die funktionelle Störung beim Sprech- und Kauakt, die sichtbaren Narben beim extraoralen Schnitt und schließlich die Gefahr der Fazialisschädigung aus. Außerdem konnte erst nach einer Wartezeit von 4 bis 6 Monaten nach Entfernung gutartiger Tumoren an eine Knochenplastik gedacht werden, während nach Entfernung bösartiger Tumoren eine Wiederherstellungsplastik erst nach einer rezidivfreien Zeit von 3 bis 5 Jahren vorgenommen werden konnte.“ Das „Knochentransplantat“ muss nach Lexer in ein „aseptisches Milieu eingelagert werden“. „Die Verletzung der Mundschleimhaut bei der Präparation des Wundbettes für das Knochentransplantat war zwingender Grund für die Unterbrechung der Operation, weil mit der Infektion durch bakterienhaltigen Speichel meist eine Ausstoßung des freien Transplantates riskiert werden mußte (Axhausen).“

„Zur Vermeidung der Fragmentverlagerung durch Muskel- und Narbenzug bediente man sich mit unterschiedlichem Erfolg, einerseits intraoraler Schienenverbände verschiedener Variation, andererseits zur Erhaltung der Defektbreite temporärer Implantate in Draht- oder in anatomischer Form des Resektionspräparates aus den verschiedensten Materialien z.B. Hartgummi (Claude Martin³⁹⁸ 1878), Gold (Warnekros³⁹⁹), Zelluloid (Berndt), Elfenbein (König), in neuester Zeit Vitallium (Freemann, Conley, Reichenbach und Schönberger u.a.), Tantal (Thoma⁴⁰⁰, Henny), Kunststoff (Heiss u.a.).

Außerdem machten sich um die Entwicklung der Resektionsverbände verdient Süersen⁴⁰¹, Partsch⁴⁰², H. Schröder, Pichler u.a.. Aber auch durch postoperative Übungstherapie nach primärer Wundheilung, wie sie von Schuchardt immer wieder empfohlen wird, läßt sich eine fast normale Führung des Unterkieferstumpfes und eine beachtliche Verbesserung der Kaufunktion erreichen (Schröder).“

Vor der Einführung des „antibiotischen Infektionsschutzes“ kam es bei der Verwendung von „implantierten Fragmentsperren“ häufig zu „Fehlbelastungen der Knochenstümpfe“, die zur Ausstoßung führten. Heute lassen sich diese Zwischenfälle vermeiden.

³⁹⁷ Rydygier, Ludwig Ritter von, 1850-1920 Chir. Krakau, Lemberg; (Hoffmann-Axthelm S. 346).

³⁹⁸ Martin, Claude, 1843-1911 Za. Lyon; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

³⁹⁹ Warnekros, Ludwig, 1855-1920 Arzt, Za. Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 348).

⁴⁰⁰ Thoma, Richard, 1900-1980 MKG Graz; (Hoffmann-Axthelm S. 348).

⁴⁰¹ Süersen, Friedrich Wilhelm, 1827-1919 Za. Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

⁴⁰² Partsch, Carl, 1855-1932 Kieferchir. Breslau; (Hoffmann-Axthelm S. 345).

Axhausen und Limberg⁴⁰³ empfehlen 6 bis 8 Wochen vor der Tumorresektion eine Knochenvorpflanzung. „Der inzwischen an die ortsständige Gefäßversorgung gewonnene Anschluß des Transplantates gewährleistet einen ausreichenden Infektionsschutz auch bei Schleimhautdefekt (Axhausen).“

Primärplastik

Durch Verwendung von Antibiotika kann eine Wundbettinfektion vermieden und „der Anschluß des örtlichen Lagergefäßsystems an das Transplantat“ gefördert werden. Einer Ausstoßung wird somit entgegengewirkt.

„Conley, Stuteville u.a. und zuletzt Millard⁴⁰⁴ sehen auch bei der Entfernung bösartiger Tumoren keine Gegenindikation für die sofortige Wiederherstellung des Unterkiefers. Es muß jedoch festgestellt werden, daß sie in der Radikalität der Tumoroperation keine Einschränkung erlauben, sondern ihre anschließenden plastischen Maßnahmen ganz auf die Defektausbreitung abstellen und mit gestielter Nahlappen mit optimaler Durchblutung dem Transplantat ein ausreichendes Transplantatbett bieten.“

Mit Hilfe einiger Patientenfälle begründet Prof. Dr. Dr. Schröder das gewählte operative Vorgehen.

4.3.14. Komplikationen von seiten der Kieferhöhle bei der Entfernung oberer Molaren

Gemeinsam mit Priv.-Doz. Dr. Dr. N. Schwenzer, Zahnärztl. Welt 68, Heft 6, S. 204-208, 1967

„Komplikationen mit der Kieferhöhle bei der Entfernung oberer Molaren sind weitgehend von den anatomischen Verhältnissen im Oberkiefer abhängig. Es seien daher die hierfür charakteristischen anatomischen Merkmale erörtert, und zwar

1. der Aufbau des Alveolarfortsatzes,
2. die Ausdehnung der Kieferhöhle,

⁴⁰³ Limberg, Alexander, 1894-1972 Chir. St. Petersburg; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

⁴⁰⁴ Millard, David Ralph jun., geb. 1919 brit. MKG; (Hoffmann-Axthelm S. 345).

3. die vorhandenen Zähne und etwaige Anomalien sowie ihre topographischen Beziehungen zur Kieferhöhle.“

Der Sinus maxillaris entwickelt sich von einer „linsengroßen Ausbuchtung der Nasenhöhle“ zu einem ca. 25 ccm Hohlraum, der mehrere Recessus beinhaltet und sich in Ausnahmefällen bis zu den Eck- und Schneidezähnen ausdehnen kann. „Die trennende Knochenschicht zwischen Alveolenfundus und Kieferhöhlenboden kann dabei von unterschiedlicher Dicke sein (zwischen 2 und 12 mm [Stein⁴⁰⁵]). Nicht selten ragen die Zahnwurzeln, nur von einer dünnen Knochenlamelle bedeckt, in die Kieferhöhle hinein. Diese trennende Knochenschicht kann beim Vorhandensein apikal entzündlicher Prozesse völlig fehlen, so daß als trennende Schicht zwischen Zahnwurzelspitze und Kieferhöhle nur noch die Kieferhöhlenschleimhaut übrig bleibt.“ Durch die Knochenatrophie nach der Zahnextraktion wird bei älteren Patienten die trennende Knochenschicht zwischen Mund- und Kieferhöhle zwangsläufig dünner. Die Molaren, vor allem retinierte und hochverlagerte obere Weisheitszähne ragen relativ weit in den Sinus maxillaris und können bei Zahnextraktionen Perforationen am Alveolenfundus oder den Alveolenwänden verursachen.

„Es sind im wesentlichen drei Ereignisse zu nennen, mit denen der Zahnarzt immer wieder konfrontiert werden kann:

- I. die Eröffnung der Kieferhöhle bei der Zahnentfernung,
- II. das Verschwinden einer Wurzel oder eines Zahnes in die Tiefe der Alveole,
- III. und seltener das Abbrechen mehr oder weniger großer Teile des Alveolarfortsatzes.“

Bei der Kieferhöhleneröffnung kann man zwei Möglichkeiten unterscheiden. „Einmal kommt es lediglich zu einem Defekt in dem knöchernen Boden der Kieferhöhle, zum anderen zu einem Defekt des Knochens und der Kieferhöhlenschleimhaut.“ Der erste obere Molar ist am häufigsten Ursache einer Mund-Antrum-Verbindung, während an zweiter und dritter Stelle die beiden Molaren folgen. „Wir haben im Verlauf von zwei Jahren 65 Patienten mit Kieferhöhlenperforationen behandelt. Dabei war der erste Molar 33mal, der zweite Molar 16mal der schuldige Zahn. [...] Begünstigt wird die Entstehung einer Perforation an einer oder an mehreren Wurzeln, wenn an der Wurzelspitze ein ostitischer Prozeß vorhanden ist, der zu einer Einschmelzung der trennenden Knochenschicht zwischen Kieferhöhle und Alveole geführt hatte; ebenso

⁴⁰⁵ Stein, Sophus, 1797-1868 Chir. Kopenhagen; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

kann nach der Extraktion durch Auskratzen der Alveole mit dem scharfen Löffel der Alveolenfundus oder die allein noch trennende Kieferhöhlenschleimhaut durchstoßen werden.“

Als klinisches Anzeichen einer Mund-Antrum-Verbindung kann ein positiver Nasenblasversuch genannt werden, wobei ein negatives Ergebnis eine Perforation nicht ausschließt, „da vorhandene Polypen der Kieferhöhlenschleimhaut die Öffnung ventilartig verschließen und den Luftdurchtritt verhindern können.“ Mit der Silbersonde kann eine sichere Diagnose gestellt werden.

„Erfolgt bei einer Mundantrumverbindung keine Behandlung, so kann bei einer gleichzeitig vorhandenen apikalen Ostitis eine Infektion der Kieferhöhle im Sinne einer Infectio per continuitatem erfolgen, jedoch ist auch eine Infektion von der Mundhöhle her möglich. Wie aus den Untersuchungen von Waßmund hervorgeht, ist die Kieferhöhle nach 3 Tagen in 50%, nach 2 Wochen in 90% der Fälle als infiziert zu betrachten, wobei es je nach Virulenz der Keime entweder zu einem Empyem mit all seinen möglichen Komplikationen (aufsteigende Infektion, Polysinusitis usw.) oder zu einer primär chronischen Entzündung mit polypöser Verdickung der Kieferhöhlenschleimhaut kommen kann.“

Frakturierte Wurzeln können in der Tiefe der Alveole verschwinden. „Die Wurzel kann dabei unter die palatinale oder bukkale Schleimhaut, unter die Kieferhöhlenschleimhaut und schließlich in die Kieferhöhle hinein verschwinden.“

Die Fraktur des Alveolarfortsatzes stellt die schwierigste Komplikation dar. Bei der Extraktion der oberen Weisheitszähne kann es zum Tuberabriss kommen. Meistens kommt es bei Abriss des Tubers zu einer Kieferhöhleneröffnung und zu Blutungen aus der A. palatina.

„Bei eröffneter Kieferhöhle hängen die therapeutischen Maßnahmen im wesentlichen ab

- a.) von dem Zustand der Wunde,
- b.) von der Lage und Größe der Perforation,
- c.) von dem Zustand der Kieferhöhle,
 - aa.) ob sie gesund ist,
 - bb.) ob ein ostitischer Herd oder
 - cc.) eine Entzündung der Kieferhöhle vorhanden ist.“

Die Heilungschancen sind bei einer kleinen Perforation einer gesunden Kieferhöhle am größten. Nach dem Vollbluten der Alveole genügt es die Wunde für 8 Tage mit einem „supraalveolären Schutzverband“ zu versorgen um die Stabilisierung des Blutkoagulums zu gewährleisten. „Als Verband eignet sich eine Salben- oder Vioformgaze, die mittels einer Achterligatur, die um die beiden benachbarten Zähne gelegt ist, fixiert wird. Eine zusätzliche Verstärkung derselben mit Palavit oder Vulnocoll verhindert eine vorzeitige Lösung des Verbandes und gewährleistet einen zuverlässigen Schutz der Wunde.“ Der Patient ist angehalten nur weiche Kost zu sich zu nehmen und die Nase nicht zu schnenzen.

Eine größere Perforation kann mit Hilfe eines gestielten „Transpositonslappens aus dem Mundvorhof oder Gaumen mit Drehung um die Längsachse nach seitwärts“ gedeckt werden.

Der am häufigsten verwendete Lappen ist der „Trapezlappen aus der Schleimhaut des Alveolarfortsatzes, des Mundvorhofes und der Wange mit Verlängerung in der Längsachse.“ Der Trapezlappen kann durch die von Rehrmann und Waßmund empfohlene „Periostschlitzung“ verlängert werden.

„Bei der Wundnaht gibt es drei Möglichkeiten:

1. Vereinigung der beiden angefrischten Wundränder mit breiter Aneinanderlagerung,
2. die von Rehrmann empfohlene Aufsteppung des bukkalen Wundrandes auf den entepithelisierten palatinalen Rand,
3. die von Schuchardt angegebene und auch von uns verwandte Entepithelisierung des bukkalen Lappenrandes, der unter die mobilisierte palatinale Schleimhaut gezogen wird.“

Um Abflachungen und Narbenzüge im Vestibulum zu vermeiden, verwendet man den „Drehlappen aus dem Mundvorhof“ nicht mehr. „Die Verwendung des Palatinallappens bei frischen Mundantrumperforationen lehnen wir wegen der Rigidität des massiven Lappens, der Torquierung der Arteria palatina und des relativ großen Entnahmedefektes ab [...] Eine sofortige Deckung scheidet aus, wenn durch vorausgegangene Extraktionsversuche oder Schnitte die Schleimhaustränder lädiert oder entzündlich verändert sind.“ Ein operativer Verschluss der Kieferhöhle sollte immer unter „parenteralem Antibiotikaschutz“ erfolgen.

Beim Vorliegen einer „Sinusitis“ sollte durch Spülungen „durch die Alveole [...] oder durch die Nase“ der Infektion entgegengewirkt werden. Durch Verabreichung abschwellender Nasentropfen wird der Sekretabfluss verbessert. „Im allgemeinen muß das Abklingen der akut entzündlichen Erscheinungen abgewartet werden, bevor der Defekt plastisch gedeckt werden kann, wobei nur durch eine gleichzeitige Radikaloperation der Kieferhöhle nach Caldwell-Luc⁴⁰⁶ die Entfernung des entzündlichen Gewebes und die Dauerdrainage der Kieferhöhle ermöglicht wird. [...] Um einer Abflachung des Vestibulum im Hinblick auf eine spätere prothetische Versorgung vorzubeugen, gliedern wir postoperativ eine Verbandplatte ein. Sie ist so gestaltet, daß sie mit ihrem Rand, der ähnlich einem Dachrinnenrand nach außen umgebördelt ist (Schröder), den Schleimhautlappen dem Knochen adaptiert, gleichzeitig eine Verziehung der Umschlagfalte verhindert und die Wunde schützt.“

Die Verwendung von „Brückenlappen“, die palatinal und bukkal gestielt sind, empfehlen Schuchardt (Verschiebung des Lappens nach dorsal) und Kazanjian⁴⁰⁷ (Lappenverlagerung nach medial), um eine „Mundvorhofabflachung“ zu vermeiden.

Bei Versenkung der Wurzelspitze in den Sinus maxillaris, sollte zuerst versucht werden den Wurzelrest über die Alveole zu entfernen. Gelingt dies nicht, „muß man sich zu einer Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus entschließen.“

Entzündliche Prozesse in der Kieferhöhle werden „durch Instillation von Sulfonamiden und Antibiotika“ beeinflusst. „Um einen raschen Abtransport aus der Kieferhöhle zu verhindern, werden ölige Lösungsmittel benutzt, wie z.B. Nopenol, eine Penicillinpräparat“ (Schwenzer 1955). Prof. Dr. Dr. Schröder berichtet am Ende seiner Abhandlung von einem „Oxytetryklin-Präparat mit Hydrokortisonzusatz, das Terracortil-Gel von der Firma Pfizer“, welches sich zur Instillation in den Sinus maxillaris bewährt hat.

⁴⁰⁶ Luc, Henri, 1855-1925 HNO Prag; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

4.3.15. Die Chirurgie des Karzinoms der Zunge und des Mundbodens

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1968, 13, S. 125

Mit Hilfe der Statistik von Pack und Ariel lässt sich die Bösartigkeit des Zungenkarzinoms veranschaulichen. Von den im Jahre 1951 215525 Tumortodesfällen in den USA liegt der Anteil der Mundhöhlenkarzinome bei 4890. Von diesen Karzinomen waren 1117 Zungenkarzinome (0,5 % aller Karzinomtodesfälle). Besonders betroffen sind Patienten zwischen 50 und 60 Jahren. „Gefördert wird der ungünstige Krankheitsverlauf beim Zungenkarzinom durch die häufig zu lange Wartezeit zwischen den ersten Symptomen und dem Behandlungsbeginn, [...], sie ist z.T. dadurch erklärlich, daß eindeutige Anzeichen, wie sie z.B. beim Abszeß auftreten, nur in geringerem Maße beobachtet werden.“

Bei 71% der Zungenkarzinome wurde ein schmerzloses und bei 29% ein schmerzhaftes Wachstum angegeben (Henson). Laut Pack und Ariel findet man „60-70% der Tumoren am Zungenrand, 10-15% der Tumoren an der Zungenspitze, 10-25% der Tumoren an der Zungenbasis und 5- 15% der Tumoren an der Zungenunterfläche“. Die Größenausdehnung schwankt nach Henson in der Regel zwischen 0,3 und 6,5 cm (Durchschnitt 2,5 cm).

„Mit der Ausdehnung des am Zungenrand lokalisierten Tumors auf den Mundboden, des an der Basis gelegenen auf benachbarte Pharynxanteile und mit der Metastasierung wird die Prognose verschlechtert (Wullstein⁴⁰⁸).“

Somit heben sich drei Probleme in der Chirurgie des Karzinoms der Zunge hervor:

- „1. die operative Entfernung des Primärtumors,
2. die Ausräumung der ableitenden Lymphwege und
3. die Erhaltung der Sprechfunktion und Nahrungsaufnahme.“

Ausdehnung und Lokalisation des Tumors bestimmen das operative Vorgehen bei der Tumorentfernung.

„Die früher geübte Ausschälung des Tumors am Zungenrücken oder der Zungenunterfläche oder seine ovaläre Exzision dürfte zugunsten der Keilexzision durch die ganze Zungendicke verlassen sein, da durch die hervorragende Blut- und

⁴⁰⁷ Kazanjian, Varaztad Hovhannes, 1879-1974 MKG Boston; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

Lymphversorgung einerseits die hämatogene und lymphogene Aussaat des Tumors begünstigt wird, andererseits selbst bei weit reichenden Keilexzisionen keine Heilungsstörungen zu befürchten sind.“

Keilexzisionen sind allerdings nur anwendbar bei Tumoren mit einem Durchmesser von kleiner als zwei Zentimetern und bei einer Lokalisation im vorderen Zungendrittel.

„Die ovaläre Exzision der in der Zungenmitte lokalisierten Tumoren birgt die Gefahr der Metastasierung zumindest in die Lymphonoduli der Mm. genioglossi (Küttner⁴⁰⁹), also der eigentlichen Zungenmuskulatur in sich.“

„Eine höhere Amputation vor der Linea terminalis bei geöffnetem Mund“ führt man bei größerer Tumorausdehnung auf die Zungenunterseite oder auf beide Zungenhälften durch. „Dabei wird die Zungenunterfläche an der Grenze zur Mundbodenschleimhaut umschnitten, von beiden Seiten werden Darmklemmen in Höhe der Linea terminalis angesetzt und dann die Zunge durchtrennt. Die nur wenig gequetschten Gefäße lassen sich leicht auffinden und unterbinden. Durch Mobilisierung der Mundschleimhaut gelingt mit gleichzeitiger Einnähung des Zungenstumpfes ein primärer Wundverschluß. Bei Notwendigkeit der temporären Kieferdurchtrennung bei distal lokalisierten Tumoren an der Zunge und im Sulcus glossomandibularis nehmen wir grundsätzlich in der Lippenmitte die Durchtrennung vor, beim Knochen abhängig vom Zahnbestand in der Mitte oder vor dem Foramen mentale.“

Ist der Tumor auf die Zungenränder begrenzt, ist eine Halbseitenresektion oder eine Keilexzision ausreichend. Bei Übergreifen des Karzinoms auf den Mundboden wird die Pull-through-Methode angewendet. Diese Methode wurde bereits schon von Sedillot⁴¹⁰ u.a. ausgeübt. Nachdem der Mundboden von der Submandibularregion aus eröffnet wird, wird „die Zunge mit allen anhängenden Weichteilen nach außen herausgezogen“. „So kann die Tumorexzision mit der Ausräumung der regionalen Lymphbahnen unter besten Sichtverhältnissen kombiniert werden. Dabei sollte stets die Entfernung des Periostes auf der Innenseite des Unterkiefers mit eingeschlossen werden, weil die Lymphbahnen diese Periostteile durchsetzen.“

Hat ein Übergreifen des Zungenrandkarzinoms auf den Mundboden und die Gingiva schon stattgefunden, „kann nur die Zungenresektion in Verbindung mit halbseitiger

⁴⁰⁸ Wullstein, Horst, 1906-1987 HNO Würzburg; (Hoffmann-Axthelm S. 348).

⁴⁰⁹ Küttner, Hermann, 1870-1932 Chir. Tübingen, Marburg, Breslau; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

⁴¹⁰ Sedillot, Charles Emmanuel, 1804-1883 Chir. Paris, Straßburg; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

Unterkieferresektion Aussicht auf Radikalität bieten (Composite-Operation nach Conley).“

Da die Zungenkarzinome leicht metastasieren, stellt die Beseitigung der Lymphwege ein großes Problem dar. „Dabei ist ein Befall der Lymphonoduli weitgehend vom Sitz des Primärtumors abhängig, wie nach Wustrow⁴¹¹ auf Grund anatomischer Studien des Lymphgefäßsystems Luschka und Konarzewski, Most u.a. feststellen konnten. So metastasieren Zungenbasiskarzinome mit Vorliebe in den Lymphknoten kranial des Venenwinkels (Küttner, Rehrmann).“

Henson stellte fest, dass vor allem die oberen Lymphonoduli befallen sind.

„Zur Ausräumung der Lymphwege stehen zwei Methoden zur Auswahl, die früher gebräuchliche „Halslymphknotenexstirpation“ (Killian, Seifert, Zange u. a.) und die radikalere Ausräumung der zervikalen Lymphknoten en bloc (Crile⁴¹², Schürch, Fehr, Rehrmann, Redon, Conley u. a.).“

Bei der „Halslymphknotenexstirpation“ werden alle „klinisch nachweisbaren Lymphknoten entlang der Gefäßscheide und bis in die Nackengegend“ entfernt. Bei der sogenannten „Neck dissection“ („Ausräumung der zervikalen Lymphknoten im Block“) steht die Entfernung der Halslymphknotenkette, der V. jugularis interna, des M. sternocleidomastoideus und das Zwischengewebe von der Clavicula bis zur Schädelbasis im Vordergrund.

„Diese Methode wurde, wie Rehrmann 1952 berichtete, von Crile bereits 1898 inauguriert und später auf Grund der Erfolgsquote durch v. Hacker⁴¹³, Küttner, Sauerbruch⁴¹⁴, Schürch, Fehr, de Quervain, Schuchardt, Rehrmann, Roux⁴¹⁵, Berger, Conley, Leicher u.a. empfohlen.“

„Wenn auch der Befall der Lymphonoduli von kranial und kaudal in der Halsregion abnimmt, so wiesen Sträuli und Mitarbeiter doch nach, daß über die drei Hauptstrombahnen,

1. die vertikale Hauptlymphbahn, die parallel mit der V. jugularis interna verläuft,

⁴¹¹ Wustrow, Paul, geb. 26.06.1890 Wesenberg/Mecklenburg; dr. med., Dr. med. dent., o. UProf., Dir. d. Zahnärztl. UKlin. Greifswald, Greifswald PDoz. 1920, Erlangen Abteilungsleiter d. Zahnärztl. UKlin. 1921-1927, ao. UProf. 1925, Würzburg 1927, o. UProf. 1930, Dir d. Zahnärztl. UKlin. Würzburg 1927-1936, Greifswald 1936; (Kürschner 1940/41, S. 1142).

⁴¹² Crile, George Washington, 1864-1943 Chir. Cleveland/Ohio; (Hoffmann-Axthelm S. 340).

⁴¹³ von Hacker, Victor, 1852-1934 Chir. Wien, Graz; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

⁴¹⁴ Sauerbruch, Ferdinand, 1875-1951 Chir. Zürich, München, Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 346).

⁴¹⁵ Roux, Philibert-Joseph, 1780-1854 Chir. Paris; (Hoffmann-Axthelm S. 346).

2. die schräge entlang dem N. accessorius und
 3. eine transversale supraklavikulär gelegene Strombahn (Lanz/Wachsmuth 1955)
- eine orthograde oder retrograde Metastasierung möglich ist.“

Ein hohes Patientenalter, Fernmetastasen und „regionale Metastasen bis zur Supraklavikularregion“ werden als Kontraindikationen angezeigt.

„Zum Schluß möchte ich nicht unterlassen darauf hinzuweisen, daß durch prothetisch-orthopädische Hilfsmittel auch bei hoher Amputation der Zunge eine fast normale Sprechfunktion und Nahrungsaufnahme erzielt werden kann (G. Kirschner 1959, Schuchardt, Schröder, Ritze, Müller 1957). [...] Ich möchte nicht versäumen, meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Schuchardt, zu danken für die Überlassung des zweiten Falles, bei dem die Pull through Methode gezeigt wird.“

4.3.16. Die primäre Wiederherstellung des Gesichtsskelettes nach Unfällen

Gemeinsam mit Priv.-Doz. Dr. Dr. N. Schwenzer, Stoma 22, Heft 1, S. 44-52, 1969

„Bei Frakturen des Gesichtsskeletts bevorzugen die Verfasser zur Vermeidung von Spätschäden die operative Primärversorgung. Sie verwenden dabei die Osteosynthese mit Draht in Form der Drahtnaht und der Drahtaufhängung kombiniert mit den herkömmlichen Kieferbruchschienenverbänden. Je nach dem Zeitpunkt des Eingriffes, der von dem Allgemeinzustand des Verletzten abhängt, wird zwischen der unvollständigen und der vollständigen operativen Frühversorgung innerhalb der ersten 48 Stunden oder der operativen Spätversorgung nach 8-14 Tagen unterschieden.“

Als absolute Kontraindikation wird die Oberkieferaufhängung bei Mittelgesichtszерtrümmerung beschrieben, weil sich der Oberkiefer durch den Drahtzug nach kranial verlagern würde und somit das Mittelgesicht verkürzen würde. Als Alternative wird die extraorale Stabilisierung des Drahtschienenverbandes mit einem Gipsverband (Kapovits) genannt. Somit kann sich der Oberkiefer in dem richtigen Abstand vom Neurokranium einstellen. Entstellungen durch Verkürzung des Mittelgesichts werden vermieden.

4.3.17. Die Ergebnisse nach Operationen großer Cysten im Unterkiefer mit gleichzeitiger Knochentransplantation

Gemeinsam mit Priv.-Doz. Dr. Dr. N. Schwenzer, Österreichische Zeitschrift für Stomatologie 1970, Band 67, Heft 4, S. 140-146

„Das Prinzip des klassischen, von Partsch angegebenen Verfahrens zur operativen Behandlung dentogener Cysten hat auch heute noch Gültigkeit, wenn auch die Methoden im Laufe der Jahre modifiziert wurden. Jedoch hat sich der Indikationsbereich mit der Antibiotikaära insofern verschoben, als heute die Cystektomie auch bei größeren Cysten ohne Gefahr einer Infektion durchgeführt werden kann.“

Bei ausgeprägten Cysten im Unterkiefer kommt es zur Anwendung der Cystostomie. Als Nachteile dieser Therapie definiert der Autor:

- „1. Eine sehr lange Behandlungsdauer, die daraus resultiert, daß sich nach der Cysteneröffnung der Knochenanbau sehr langsam vollzieht,
- 2. eine Schwächung des Knochens,
- 3. die Entstehung ungünstiger Verhältnisse für eine prothetische Versorgung.“

3 Monate nach einer Cystostomie beträgt die angebaute Knochenschichtdicke nur 2 mm (Brosch⁴¹⁶).

Mitunter können knöcherne Restbuchten zurückbleiben, die zur Retention von Speisen führen und sich ungünstig auf das Prothesenlager auswirken.

Axhausen stellte fest, dass der Cystenbalg auch maligne entarten kann. „Zur Beseitigung des Cysteninnendruckes und Förderung des Knochenanbaues“ bei größeren Cysten legten Schmuziger und Neuschmidt Drainagen.

Der nach einer Cystektomie entstandene Knochendefekt kann durch „Jodoformknochenplomben (Mayrhofer) oder tierisches Blutplasma in Form des sogenannten Vivocoll (Hauberisser⁴¹⁷)“ gedeckt werden.

⁴¹⁶ Brosch, Fritz, 1903-1981 MKG Hamburg; (Hoffmann-Axthelm S. 340).

⁴¹⁷ Hauberisser, Edwin, geb. 30.04.1882 München, Dr. med., o. UProf., Dir. d. UKieferklin Erlangen, Göttingen PDoz. 1924, ao. UProf. 1931, LA 1933, Bonn o. UProf. 1934, Erlangen 1936; (Kürschner 1940/41, S. 651).

„Schulte⁴¹⁸ füllt die Cystenöhle mit Eigenblut, dem er Gelatineschwämme, Thrombin und Penicillin zusetzt, wodurch das Koagulum erhalten und die mechanische Belastbarkeit der Wunde erhöht werden sollen. Auf die Möglichkeit einer Knochenverpflanzung bei der Behandlung großer Cysten, insbesondere bei drohender oder eingetretener Spontanfraktur, wies bereits Waßmund hin. [...] Bei Jugendlichen ist die Cystostomie mit oder ohne Knochentransplantat indiziert.“

Bei älteren Patienten führt man direkt nach der Exstirpation des Cystenbalges eine Knochentransplantation durch.

Vor einer Knochenplastik müssen Knochensystemerkrankungen, eine Infektion der Cyste und sonstige entzündliche Geschehen in der Mundhöhle ausgeschlossen werden.

„In allen Fällen sind ruhigstellende Schienenverbände in Form von Drahtbogenbeziehungweise Prothesenschienen vorzubereiten, gegebenenfalls präoperativ zumindest im Gegenkiefer zu fixieren. Der Eingriff wird in nasaler Intubationsnarkose durchgeführt. Neben der extraoralen Eröffnung der Cyste von einem submandibulären Schnitt aus haben wir, angeregt durch die guten Erfahrungen mit der Osteoplastik bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Patienten, auch den intraoralen Weg benutzt. [...] Bei der Ausschälung des Cystenbalges muß besonders auf die Schonung des Unterkiefer-Nerven-Gefäßbündels, das vielfach verdrängt und nicht selten mit dem Cystenbalg verbacken ist, geachtet werden.“

Als Knochentransplantat verwendet man Rippenknochen. Bei größeren Cysten ist aus Stabilitätsgründen allerdings ein Beckenkammtransplantat vorzuziehen.

Die „Saugdrainage nach Redon“ unterhalb des Kieferwinkels dient dem postoperativen Sekretabfluß. „Neben einer bereits präoperativ begonnenen Prophylaxe mit einem breitspektralen Antibiotikum wurde das gleiche Antibiotikum nach Einlagerung des Transplantates zusätzlich lokal appliziert. Beim Wundverschluß wurde auf eine spannungslose Vereinigung der Wundränder geachtet, die mit Hilfe einer Periostschlitzung und Verwendung von Matratzen- und Knopfnähten immer möglich ist.“

Der Unterkiefer wird postoperativ für drei bis vier Wochen durch intermaxilläre Verschnürung ruhiggestellt. Durch eine „Drahtaufhängung am Jochbogen“ oder durch eine „Umschlingung des Unterkiefers“ lassen sich die Prothesenschienen eindeutig

⁴¹⁸ Schulte, Willi, geb. 1929 Gnathologe, Oralchirurg Tübingen; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

fixieren. Der Antibiotikaschutz wird 10 Tage durchgeführt und bis zur Nahtentfernung geschieht die Nahrungsaufnahme über eine Magensonde.

4.3.18. Zur primären Osteoplastik bei doppelseitiger Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1973, 16/17, S. 94-98

Ziel einer Spaltoperation ist es, „den Spalt so zu verschließen, daß extraoral die Normalform von Lippe und Nase, intraoral ein normaler Kieferbogen und ein funktionell vollwertiges Gaumensegel post operationem vorliegen und verbleiben.“

Störend wirken sich vor allem „die starken postoperativen Deformationen des Oberkiefers, sowohl in ästhetischer als auch funktioneller Hinsicht“ aus. Man versuchte über eine „Anfrischung der Kieferstümpfe“ eine knöcherne Verbindung zwischen den Kiefersegmenten herzustellen. Die Prämaxilla blieb allerdings beweglich.

„Für Häupl (1955) war aber gerade bei doppelseitigen Spalten die knöcherne Stabilisierung des Zwischenkiefers zumindest auf einer Seite eine Voraussetzung für eine wirksame kieferorthopädische Behandlung. Axhausen hat diese knöcherne Überbrückung des Kieferspalt als das letzte Problem bei der Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten bezeichnet. Es gelang ihm 1952 auch die Anheilung eines Tibiaspanes am Zwischenkiefer, aber nicht die knöcherne Überbrückung des Spaltes zum lateralen Stumpf. Erst mit dem Bericht über erfolgreiche sekundäre Osteoplastik (Schmid⁴¹⁹ u. Johansson 1954) und primäre Osteoplastik (Schrudde u. Stellmach 1958) war die Stabilisierung der Prämaxilla bei bilateralen Spalten bzw. die Herstellung eines kontinuierlichen Kieferbogens ermöglicht.“

Die Notwendigkeit einer Osteoplastik wurde in vieler Hinsicht begründet, und zwar:

1. mit der Ausfüllung der Knochenlücke, 2. als Prophylaxe zur Vermeidung von Kieferdeformitäten (Nordin⁴²⁰ u. Johansson 1954), 3. zur Normalisierung der Naseneingangsschwelle, 4. zur Platzschaffung spaltnaher Zähne (Eckstein), 5. als Ausgleich einer Hypoplasie der Kieferstümpfe (Burian 1963). 6. zur Verbesserung der

⁴¹⁹ Schmid, Eduard, 1912-1992 MKG Stuttgart; (Hoffmann-Axthelm S. 347).

⁴²⁰ Nordin, Karl Erik, um 1955 MKG Göteborg; (Hoffmann-Axthelm S. 345).

Resonanz bei Früh- und Spätoperationen (Schulz), 7. zur Sicherung kieferorthopädischer Behandlungsergebnisse (Nordin u. Johansson 1954).“

Nochmals geht Prof. Dr. Dr. Schröder auf die Ziele einer Osteoplastik ein:

1. „knöcherne Verbindung zwischen Prämaxilla und lateralen Kieferstümpfen“
2. „Herstellung eines annähernd normalen Kieferbogens“
3. „Entstehung von Deformierungen“ vorbeugen
4. Kieferbogenentwicklung und Zahneinstellung begünstigen
5. erleichterte kieferorthopädische Behandlung.

Die Osteoplastik doppelseitiger Spalten entspricht im wesentlichen der Osteoplastik einseitiger Spalten. „Sie besteht in der freien Knochentransplantation zum Knochendefekt [...] und der Einhüllung des Transplantates in Schleimhautlappen“. In jedem Falle muss der „innige Kontakt zwischen Knochenstümpfen und Transplantat“ gegeben sein. „Trotz Antibiotikaphylaxe muß auf ein völlig geschlossenes Transplantatlager durch Nahlappen aus der unmittelbaren Umgebung geachtet werden“. Um die Infektionsgefahr zu verringern deckte Prof. Dr. Dr. Schröder den „bei der Bildung des Nasenbodens und einer oralen Schleimhautdecke“ (Veau u. Pichler, Axhausen u. Trauner) verbleibenden Spalt „doppelt mit lyophilisierter Dura“ ab und beobachtete einen komplikationslosen Heilungsverlauf.

Stellmach empfahl „zur besseren Umhüllung des Transplantates“ den Vomerlappen. Als Nachteil sieht der Autor allerdings „die großen offenen Wundflächen am Vomer“ an.

„Eigene Beobachtungen am Prälabium bei bilateralen Lippenspalten bestätigen Wachstumsstörungen aufgrund von Vaskularisationsschäden, wenn nicht eine achtwöchige Pause zwischen der Operation der einen und der anderen Seite bei allen Methoden mit queren Einschnitten am Prälabium (Le Mésurier und Tennison⁴²¹) eingehalten wird.“

Grundsätzlich kann man unterscheiden: „1. Spalten, bei denen die Prämaxillabreite derjenigen der Kieferspalte entspricht, 2. Spalten, bei denen die Prämaxilla breiter als die Kieferspalte ist, und 3. Spalten, bei denen die Prämaxilla gedreht ist.“ Aufgrund dieser Einteilung ergeben sich unterschiedliche Operationstechniken, auf die der Verfasser in seiner Abhandlung eingeht.

Zusammenfassend stellt Schröder fest:

⁴²¹ Tennison, Charles W., 1908-1990 Plast. Chir. San Antonio/Texas; (Hoffmann-Axthelm S. 348).

- „1. Die freie Knochentransplantation kann mit Hilfe von Antibiotika und unter größter Gewebsschonung in Kieferspalten fast routinemäßig erfolgreich sein.
2. einer anfänglich einsetzenden Auflockerung des Transplantates nach vollzogenem Umbau folgt eine Verstärkung des Knochens, wenn ausreichend funktionelle Reize mit Hilfe von kieferorthopädischen Apparaturen oder auch z.T. normaler funktioneller Belastung gesetzt werden.
3. Das operative Ergebnis des Kieferbogens hängt weitgehend von der Ausgangsposition ab. Nur bei ausreichender Spaltbreite kann eine Einfügung der Prämaxilla ohne kieferorthopädische Behandlung erwartet werden.
4. Mit präoperativer kieferorthopädischer Behandlung läßt sich eine wesentliche Verbesserung der Segmentstellung des Oberkiefers nicht erreichen
5. Durch die postoperative kieferorthopädische Behandlung kann eine normale Breite des Oberkiefers nach jahrelanger Behandlung bei ausreichender Bezahnung ermöglicht werden. Vor allem durch die gesteigerten funktionellen Reize ist eine wesentliche Dickenzunahme des Transplantates zu erwarten.
6. Eine direkte negative Beeinflussung des Kieferwachstums nach Osteoplastik konnte nicht festgestellt werden.“

4.3.19. Sekundäre Osteoplastik als Basis für Lippen- und Nasenkorrektur bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten-Patienten

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1973, 16/17, S. 307-310

Postoperativ können „neben Narbenzügen in der Lippe unterschiedlich starke Deformierungen besonders an der Naseneingangsschwelle, am Nasenflügel und der Nasenspitze beobachtet werden, deren Ursache z. T. in Wachstumsstörungen am ganzen Nasengerüst zu suchen ist, insgesamt jedoch durch den Kieferspalt beeinflußt werden.“

„Ursächlich können für die Deformierungen nur nach der Erstoperation aufgetretene Narben verantwortlich gemacht werden, die besonders stark sind, wenn auf eine Osteoplastik verzichtet wurde und das in den Kieferspalt einstrahlende Narbengewebe die Nase und Lippe verzieht. Nach Weichteil- und Skelettkorrektur mit gleichzeitiger

Osteoplastik kommen wir zu normalen Formen ohne folgende narbige Veränderungen (Nordin u. Johannson 1955).

Wenn auch die kritische Beurteilung der Osteoplastik bei der Primäroperation zur Herstellung eines geschlossenen Kieferbogens oder gar von Teilen des harten Gaumens gerechtfertigt erscheinen mag, so ist es verständlich, daß im Gegensatz hierzu bei Reoperationen von der Osteoplastik zur Skelettkorrektur bei Erwachsenen um so mehr Gebrauch gemacht werden kann, weil wachstumshemmende Einflüsse wie beim wachsenden Gesichtsschädel nicht angeführt werden können und der Knochenplastik lediglich formgebende Aufgaben zuteil werden.“

Die Osteoplastik ist in jedem Fall der „Ausfüllung des Kieferspalt mit Weichteilen“ vorzuziehen, da sie keiner „sekundären Verformung durch Narbenzug“ unterliegt.

Durch die Auffüllung des Kieferspalt mit Hilfe eines Spanes, „wird vestibulär ein Niveaueausgleich zwischen den beiden Kieferstümpfen hergestellt.“

Durch die Anwendung der Osteoplastik erhofft sich der Autor „bessere Erfolge bei der Korrektur: a.) des unterschiedlich großen Alveolarfortsatzbogens, b.) des lateralen Nasenflügelansatzes und der Knickung des Nasenflügels sowie c.) des Nasenseptums und der Nasenspitze.“

Verwendet man bei der Lippenkorrektur einen Lambeau triangulaire (Dreieckslappen) aus dem narbigen Gewebe der Lippe, „der am Nasenflügel gestielt bleibt, und nach Trauner (1959) in einen queren Einschnitt unter dem Nasensteg eingelegt“, so erreicht man neben der Lippenhöhe eine „sichtbare Anhebung der Naseneingangsschwelle“, „die sich unter Verwendung eines Muskellappens ohne Knochenunterlage, insbesondere bei einer unter dem Naseneingang häufig vorhandenen Muskelhypoplasie nicht erzielen läßt.“

Bei einem Lippenspaltenverschluss muss immer der Nasenflügel korrigiert werden. Nach dem Ablösen des Nasenflügelansatzes von der Apertura piriformis kann dieser nun mit Hilfe eines Haltefadens in seiner neuen Stellung am Nasenseptum fixiert werden. „Der Haltefaden liegt dabei direkt auf der Vorderfläche des Knochentransplantates. Mit dieser Anhebung des Nasenflügelansatzes wird die Einstellung des Nasenflügels erleichtert, gleichzeitig aber die typische Einknickung des Nasenflügels noch verstärkt, wenn nicht gleichzeitig die auf der Innenseite des Nasenflügels an der Grenze von Haut und Schleimhaut ziehende Falte bzw. nach der

Primäroperation entstandene Narbe beseitigt wird. Dies ist nicht nur notwendig zur Behebung der Eindellung des Nasenflügels, sondern auch zur Beseitigung der Ventilwirkung des Nasenflügels bei der Einatmung.“ Es kommen verschiedene Techniken zu Anwendung: „a.) die Beseitigung der intranasalen Narbe durch Z-Plastik, b.) die Exzision des Narbenfeldes und Defektdeckung mit einem Vollhautlappen aus der Ohrmuschel und c.) die Exzision des Narbenfeldes und Stabilisierung des Nasenflügels mit einem Hautknorpeltransplantat aus der Ohrmuschel.“

Bei sehr starken Deformierungen der Nasenflügel kommen Knorpeltransplantate von der Rippe oder von der Ohrmuschel zur Anwendung.

Zusammenfassend stellt Prof. Dr. Dr. Schröder fest, „daß aber unter Verwendung eines Knochentransplantates einerseits die Überbrückung des Spaltes, andererseits aber auch korrigierende Maßnahmen durchgeführt werden können, so daß einer postoperativen Veränderung der Nasenform durch Narbenschumpfung weitgehend vorgebeugt werden kann. Die Narbenschumpfung steuern wir allerdings besonders auf der Innenseite des Nasenflügels durch eine Pelotte, die über mehrere Wochen getragen wird. Es wird daraus ersichtlich, daß die Knochentransplantation in den Kieferspalt nicht nur der Ausfüllung des Spaltes und der Verbesserung eines Prothesenlagers dient, sondern im wesentlichen zur Stabilisierung des meistens wenig stabilen Knorpelgerüsts im Nasenseptum und ganz besonders im Nasenflügel dienen kann.“

4.3.20. Die Versorgung der Mund- und Kieferverletzungen

Langenbeck`s Archiv 334, S. 445-454, Kongressbericht 1973 - Springer Verlag Heidelberg

„Bei allen Verletzungen ist insbesondere bei Kindern also am wachsenden Gesichtsschädel wegen der möglichen schweren kosmetischen und funktionellen Spätschäden die Versorgung so durchzuführen, daß die Voraussetzungen für eine endgültige Wiederherstellung des geschädigten Gewebes geschaffen oder weitere Maßnahmen überflüssig werden.“

Zu Beginn der operativen Maßnahmen stehen die Aspiration und der Blutverlust im Vordergrund. Zähne, die im Kieferbruchspalt stehen, müssen entweder fixiert oder entfernt werden.

„Während einseitige Frakturen im Unterkieferast durch Fragmentverlagerung primär vornehmlich zu Bißstörungen, Blutungen und Schmerzen führen können, tritt bei doppelseitigen Mandibularfrakturen im horizontalen Ast eine Rückverlagerung des mittleren Segmentes, also der Kinnregion, mit Rückfall der Zunge ein und führt zur Verlegung der Atemwege.“

Die „Freimachung der Atemwege“ kann erfolgen durch:

- „a.) Auswischen und Absaugen der Atemwege,
- b.) durch Vorziehen der Zunge,
- c.) durch Einlegen eines Oro- oder Nasopharyngealtubus,
- d.) schließlich durch eine Reposition und Fixation des mittleren Unterkiefersegmentes“
mit Hilfe einer Notschiene, Drahtligatur oder Osteosynthese.

Als „absolute Indikation für eine Tracheotomie“ sieht Schröder

1. bei „Kieferfrakturen mit stark blutenden Wunden“ z.B. „am Gaumen, im Pharynx oder Larynx, bei Ödemen oder Hämatomen“,
2. wenn „eine einwandfreie Beatmung nicht anders möglich ist“ und
3. wenn nach „Ruhigstellung des Unterkiefers eine Verlegung der Nasenatmung vor allem bei längerer Bewußtlosigkeit besteht.“

Im nächsten Abschnitt seiner Abhandlung erläutert Schröder die Therapie der Blutungen. Blutungen in der Mundhöhle kann man durch Umstechungen zum stehen bringen. Bei Blutungen in den Wangenweichteilen und im Oberkiefer und durch massive Verletzungen des Mundbodens kann man durch Unterbindungen stillen. Bei Oberkiefersagittalfrakturen kommt es häufig zu Blutungen aus dem Nasenraum. Diese Blutungen können entweder durch eine Belloq-Tamponade oder durch eine Tamponade im Naseneingang gestillt werden. Gaumenblutungen werden mit einem „provisorischen Plattenverband“ versorgt. Waßmund und Ganzer⁴²² machten deutlich, die Skelettversorgung der Weichteilversorgung vorzuziehen, die Behandlung von innen

⁴²² Ganzer, Hugo, 1879-1960 Za. Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

nach außen vorzunehmen. Würde man zuerst die Weichteile versorgen, käme es zu „Konsolidierungen der Fragmente“ oder zu einer Weichteilinfektion.

„Bewegungsstörungen in einem Gelenk mit Abweichung des Unterkiefers nach der kranken Seite bei Öffnungsbewegung der Mandibula sprechen für eine einseitige Gelenkfortsatzfraktur oder für eine Oberkieferfraktur mit Rückverlagerung des Oberkiefers bzw. Mittelgesichtes.“

Durch Schienungen werden die Frakturen ruhiggestellt. „Im Oberkiefer lassen sich nach extraoral führende Bügel an einem Kopfgips fixieren. Bei zahnlosen Kiefern müssen Prothesenschienen (Gunningschienen) am Skelett festgebunden werden.“

Erfolgt bei Jochbeinfrakturen keine Fragmenteinstellung resultieren „eine Bewegungseinschränkung der Mandibula“ oder „eine Verlagerung des Augenbodens mit Sehstörungen“.

Die „primäre Wundnaht“ ist nach Hegemann kontraindiziert:

- „1. Bei Wunden, aus denen Fremdkörper (Geschosse, Holzstücke, Steine) nicht restlos entfernt werden konnten,
2. bei unterminierenden Wunden mit Trümmerzonen, deren operative Säuberung durch Excision nicht befriedigend ausgeführt werden kann wegen Kollision mit funktionswichtigen Gebilden,
3. bei Berufsverletzungen von Personen, die mit infektiösem organischem Material zu tun haben,
4. bei Bißwunden.“

Eine „schonende Naht“ sieht die Verwendung von „atraumatischen Nadeln und monofilen Kunststoff-Fäden (5-6x0) oder Drahtfäden empfohlen nach vorheriger Adaption der Muskelschicht durch Catgutfäden“ vor. Die „intracutane Naht nach Halsted⁴²³ unter Verwendung monofilen Fadens oder Draht von 0,2-0,3 mm Stärke“ wird heute als ideales Verfahren angesehen.

Nach einigen Anwendungsbeispielen bei Weichteil-, Zungen-, Pfählungs-, Kieferhöhlen- oder Nervverletzungen kommt der Verfasser noch kurz auf die Problematik der Verbrennungen zu sprechen.

„Verbrennungen treten insbesondere an den Lippen und den umgebenden Weichteilen auf.“ Bevor eine freie Hauttransplantation zur Anwendung kommt, muß das

⁴²³ Halsted, William Stewart, 1852-1922 Chir. New York; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

Granulationsgewebe „das Oberflächenniveau der Umgebung“ erreicht haben und „für 1-2 Tage Verbände unter Anwendung von Antibiotica vorgenommen werden.“

4.3.21. Die Mikrogenie und ihre Behandlung

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1974, 18, S. 169-173

„Das knöcherne Kinn trägt einen bedeutenden Anteil zur Gestaltung des menschlichen Profils bei.“ Unerlässlich für eine exakte Diagnostik und eine gezielte Therapie sind Fernröntgenaufnahmen, Profilfoto, Gnatho- und Kranimetrie.

„Die absoluten Größenverhältnisse von Oberkiefer zu Unterkiefer mit 2:3, das Längenverhältnis vom horizontalen Ast des Unterkiefers zum aufsteigenden Ast mit 7:5 und der Unterkieferwinkel mit $123 \text{ Grad} \pm 10 \text{ Grad}$ ermöglichen die Ermittlung exakter individueller Werte. Doch es ist zu bedenken, daß in Abhängigkeit des Unterkieferwinkels bei gleich großem Kieferkörper ein progenes oder mikrogenes Kinn resultieren kann, wenn bei letzterem die Ausprägung des Kinns in vertikaler Richtung erfolgt. Aber auch eine Unterentwicklung des gesamten Unterkiefers führt zum Bild des fliehenden Kinns.“

Durch eine im Oberkiefer bestehende Prognathie oder eine „alveoläre Protrusion“ wird das Bild der Mikrogenie noch verstärkt. In ausgeprägten Fällen kann eine Korrektur im Gegenkiefer notwendig sein.

Als „korrigierende Eingriffe“ definiert der Verfasser:

- „1. Vorpflanzung am Kinn zur ästhetischen Korrektur, wenn eine operative Änderung der Gebißverhältnisse nicht erwünscht oder nicht erforderlich ist,
2. Verlängerung des horizontalen Astes im Kinnbereich mit Vertikalkorrektur des Kinns,
3. Verlängerungen des horizontalen Astes,
4. Verlängerungen des aufsteigenden und horizontalen Astes.“

Die einfachste Korrekturmöglichkeit ist mit der „Vorpflanzung eines Implantates aus Knochen oder Kunststoff (Paladon, Silastik)“ gegeben.

„Die vertikale Kieferkörperentwicklung läßt sich am besten korrigieren durch eine Verkürzung der vertikalen Länge mit gleichzeitiger Vorpflanzung eines Spans nach der

Methode von Hofer⁴²⁴, wie sie als Variation auch von Converse⁴²⁵ und Köle⁴²⁶ beschrieben worden ist.

Die Längenkorrektur des horizontalen Astes lässt sich allein durch eine Osteotomie im aufsteigenden Ast oder eine Verlängerung des horizontalen Astes durchführen. [...] Kippmomente am peripheren Fragment werden am besten durch Anwendung der treppenförmigen Durchtrennung des Knochens ausgeschaltet. Die Schonung des N. mentalis lässt sich am ehesten durch eine L-förmige Durchtrennung des Kieferkörpers nach Converse erreichen.

Extreme Ausmaße des fliehenden Kinns sind häufig verursacht durch mehrere Faktoren, wobei neben der Verkürzung des horizontalen Astes eine Schwenkung des Gebisses, ein Gelenkhochstand und eine Unterentwicklung des aufsteigenden Astes eingeschlossen sein können.“

Die prägnanteste Form ist das Vogelgesicht, welches durch „eine Eiterung im aufsteigenden Ast oder im Gelenk“ entstanden ist. Die daraus resultierende Kiefergelenksankylose setzt das Längenwachstum des Unterkiefers herab.

„Therapeutisch muß zur Verlängerung in der Horizontalen und Vertikalen bei geringem Ausmaß die Osteotomie im Kieferwinkel mit entgegengesetzter Verlagerung der Fragmente wie bei der Progenie oder bei stärkerem Ausmaß durch die Methode von Immenkamp, Schuchardt usw. eine Verlängerung in zwei Ebenen durchgeführt werden. Dabei wird die Knochendurchtrennung stets so vorgenommen, daß das Foramen mandibulae bogenförmig umgangen wird und ein Knochenspan zur Ausfüllung des Defektes dient. Die Ruhigstellung mit Schienung im Ober- und Unterkiefer unterstützt eine einwandfreie Einheilung des Transplantates.“

⁴²⁴ Hofer, Otto, 1892-1972 MKG Wien, Berlin, Linz; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

⁴²⁵ Converse, John Marquis, 1909-1981 MKG New York; (Hoffmann-Axthelm S. 340).

⁴²⁶ Köle, Heinz, geb. 1920 MKG Graz; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

4.3.22. Zum Verhalten von freien Hauttransplantaten in beweglichen und unbeweglichen Bereichen der Gesichtsweichteile

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1976, 20, S. 80-83

Als ideale Voraussetzungen für freie Hauttransplantate bezogen auf die Einheilungsbedingungen nennt Schröder die beweglichen Teile der Stirnbedeckung, die andererseits eine knöcherne Unterlage besitzen.

Die Anforderungen an Transplantate definiert der Verfasser in seiner Abhandlung klar:

- „1. Das Transplantat soll komplikationslos einheilen, um der Wunde Schutz vor Infektion und Narbenbildung zu geben.
2. Das Transplantat soll nur einer begrenzten Schrumpfung unterworfen sein, um weder Verziehungen der Weichteile noch Funktionsstörungen der Kau- und insbesondere der mimischen Muskulatur zu verursachen.
3. Das Transplantat soll sich weitgehend den umgebenden Hautanteilen in Konsistenz, Belastbarkeit und Farbe anpassen, um möglichst unauffällig zu sein.“

Vorteil bei Verwendung von Vollhauttransplantaten sind die geringen Veränderungen von Konsistenz, Ausdehnung und Farbe. Als Nachteil dieser Transplantate nennt Schröder die erschwerte Einheilung und bei Versorgung größerer Defekte die schlechte Farbanpassung, da für großflächige Defekte die entsprechenden Entnahmestellen fehlen. Die Einheilungsqualität ist bei einer geringeren Transplantatdicke verbessert, allerdings werden Farbveränderung und Schrumpfung gefördert. Entnommen wird das Transplantat aus der retroaurikulären Region und somit eine Anpassung an die natürliche Gesichtsfarbe gewährleistet. Der Vollhautlappen wird bevorzugt im Ober- und Unterlid verwendet. Im Oberlid verleiht es dem Lid eine gewisse Stabilität und erlaubt eine „Einklappung der Lidhaut bei der Hebung des Lides.“ Das Hautknorpeltransplantat vermeidet ein Elektropium und unterstützt gleichzeitig das Unterlid.

Der Epidermislappen weist eine starke Pigmentveränderung und Schrumpfung auf. Aus diesem Grund empfiehlt der Autor die Verwendung dieses Lappens „nur bei zu erwartenden Heilungsstörungen, z.B. auf infizierter Wundfläche“.

Dem Vollhaut- und Epidermistransplantat ist der Spalthautlappen vorzuziehen. „Je dicker der Spalthautlappen, um so mehr nähert er sich qualitativ bezüglich Belastbarkeit und Pigmentkonsistenz dem Vollhautlappen. Selbst Lappen größter Ausdehnung können an den Extremitäten oder am Stamm gewonnen werden, so daß der Spalthautlappen bekanntlich ein besonders günstiges Transplantat für die Stirn bildet, wobei die dort vorhandene feste knöcherne Unterlage die Einheilung erleichtert.“
Nachteilig sind die leichter auftretenden Pigmentveränderungen, welche sich besonders kosmetisch hindernd bei einer Stirnplastik mit einer gleichzeitigen Stirnglatze auswirken, da die kraniale Begrenzung nicht mit der Haargrenze zusammenfällt. „Aber auch in allen anderen Gesichtsregionen stellt der Spalthautlappen ein geeignetes Transplantat dar, wenn er durch eine entsprechende Verbandtechnik in optimaler Spannung und unter gleichmäßiger Adaptation, wie von Schuchardt (1959) ausführlich beschrieben, in den Defekt eingepaßt wurde. Mit der Verwendung der Klebefolie bei der Entnahme des Spalthautlappens wird eine Schrumpfung des Transplantates vermieden, doch sollte diese Folie vor Anlegen des endgültigen Verbandes entfernt werden um den Sekretabfluß aus kleinen Schnittöffnungen im Transplantat nicht zu behindern.“

Sollen freie Hauttransplantate nach Verbrennungen zur Rekonstruktion angewendet werden, „müssen die Abstoßung des nekrotischen Gewebes und die Bildung eines Granulationsteppichs abgewartet werden, um [...] genügende Anheilungsbedingungen zu bieten. Später läßt sich das Transplantat durch einen Hautfettlappen ersetzen und die muskulär-narbige Kieferklemme reduzieren.“

„Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das Verhalten freier Hauttransplantate abhängig ist von der Auswahl des geeigneten Transplantates:

1. für eine bestimmte Gesichtsregion,
2. von der Dicke unter Belassung der elastischen Elemente der Haut,
3. von der Operations- bzw. Verbandtechnik,

4. von der Nachbehandlung mit narbenvermindernden Medikamenten, Anwendung von Hydroxycarbonsalbe und Injektionen (von Volon A 10) vor der Ausbildung der Narbenhypertrophie.

Am wenigsten steuerbar ist die Pigmentierung.“

4.3.23. Zur Primäroperation doppelseitiger Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1976, 21, S. 242-244

„Die Form und Größe des Oberkieferbogens ist für den Späterfolg einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spaltoperation das bestimmende Kriterium. [...] Die Deformierung des Oberkiefers bei doppelseitigen Spalten ist bei älteren Operationsverfahren charakterisiert durch die Lyraform und die Fehlstellung des Zwischenkiefers. [...] Zur Vermeidung dieser postoperativen Deformierungen haben wir entsprechend vieler Anregungen (McNeil⁴²⁷ 1954, Hotz⁴²⁸ 1969) uns einer kombinierten chirurgischen und prä- und postoperativen kieferorthopädischen Behandlung zugewandt, die zwangsläufig einen Verzicht auf eine primäre Osteoplastik einschließt.“

Die kieferorthopädischen Apparate müssen so konstruiert sein, dass sie prä- und postoperativ Verwendung finden können. „Andererseits darf durch die operative Technik keine Behinderung für die Anwendung der kieferorthopädischen Geräte entstehen; sie müssen auch unmittelbar nach der Operation auf dem Operationstisch eingesetzt werden können.“

Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder arbeitete in seiner Würzburger Zeit eng mit der kieferorthopädischen Abteilung zusammen. Mit Frau Dr. Vossmerbäumer entwickelte er eine kieferorthopädische Platte, die als Dehnungsplatte nur im Spaltbereich ihren Retentionsbereich hat.

„Der Zwischenkiefer wird nicht in die kieferorthopädische Behandlung eingeschlossen. Mit diesem Gerät beginnt im 2.-3. Monat eine wochenlange stationäre kieferorthopädische Behandlung. Dabei werden die lateralen Kieferstümpfe so weit aufgedehnt, daß für den Zwischenkiefer ausreichend Platz gewonnen wird, um ihm später die Einordnung in den Spalt bzw. den Normalbogen zu ermöglichen. Die

⁴²⁷ McNeil, Christopher Kerr, 1906-1994 Kieferorth. Glasgow; (Hoffmann-Axthelm S. 344).

Kongruenz des Oberkiefers zum Unterkiefer ist bestimmend für die Dauer und Art der kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen.“

Im 5. Lebensmonat erfolgt der operative Eingriff, in welchem „der Verschluss des Nasenbodens, des Mundvorhofs und der beiden Lippenspalten“ durchgeführt wird, „weil sich der Zwischenkiefer unter dem Druck der operativ geschlossenen Oberlippe einordnen soll.“

Die gewählte Schnittführung für die Lippenplastik muss so liegen, „daß keine Vaskularisationsstörung im Prälabium und keine übermäßige Spannung im Lippenanteil entsteht.“

Der Mundvorhof- und Nasenbodenverschluss geschieht „in zwei Schichten mit Hilfe der Vornähung nach Axhausen“. „Die letzte Naht im Spalt liegt direkt am Beginn der Kiefer-Gaumenplatte, damit die kieferorthopädische Platte post operationem auf dem Operationstisch wieder eingesetzt werden kann. [...] An dem lateralen und dem medialen Lippenstumpf wird das Lippenrot in der üblichen Art gelöst. Zur Entspannung im Bereich des Lippenweiß wird das Prinzip der Austausch-(Z-)Plastik angewandt, wobei am lateralen Lippenstumpf ein Haut-Muskel-Lappen gebildet wird, der am Nasenflügel gestielt bleibt und später in einem Einschnitt unter der Kolumella eingenäht wird.“ Gleichzeitig wird somit die Naseneingangsschwelle gebildet und „der Nasenflügel am Septum gehalten“. Die geschlossene Lippe übt einen Druck auf den Zwischenkiefer aus, der sich dann in den Kieferbogen einstellen kann.

„Die Stabilisierung des mobilen Zwischenkiefers läßt sich in späteren Jahren ohne Schwierigkeiten mit einem Knochentransplantat vom Mundvorhof aus durchführen.“

Laut Verfasser zeigt sich, „daß sich bei prä- und postoperativer kieferorthopädischer Behandlung die Kieferentwicklung bei den eingeschlagenen Operationsverfahren so steuern läßt, daß vorläufig anzunehmen ist, daß mit fortschreitendem Alter keine rückläufige Entwicklung der Kieferform eintritt.“

⁴²⁸ Hotz, Rudolf-Paul, 1905-1979 Kieferorth. Zürich; (Hoffmann-Axthelm S. 343).

4.3.24. Diagnose und Behandlung von Mittelgesichtsfrakturen aus kieferchirurgischer Sicht

Zahn. Prax. 1977, Band 28, Heft 6, S. 141-144

Man sollte zunächst „zwischen isolierten und kombinierten Frakturtypen unterscheiden.“

Da der Anteil der Mittelgesichtsfrakturen stetig ansteigt (laut Schuchardt „innerhalb von 6 Jahren von 25% auf 40,2%“), kommt diesen Frakturen eine besondere Bedeutung zu.

„An der Würzburger Klinik betrug bei 1465 Frakturen bei 1089 Patienten in 11_ Jahren der Anteil der Mittelgesichtsfrakturen 41,3% (606).“

Anatomisch gesehen wird das Gesicht in zwei Anteile, „den Hirn- und Kiefer- oder Kauschädel“, gegliedert. Der Gesichtsschädel wird häufig noch „in Mittelgesicht (Maxilla mit angrenzenden Knochen) und Untergesicht (Mandibula) aufgeteilt.“ Die Maxilla besitzt den größten Anteil am Mittelgesicht und ist am Aufbau der Orbita und des Nasenskeletts beteiligt. Durch die Processus pterygoidei, frontales und zygomatici wird der Oberkiefer mit dem Hirnschädel verbunden. Das Os palatinum verlängert als eigenständiger Knochen den Oberkiefer nach dorsal.

Nachdem im Jahre 1900 Le Fort drei Frakturtypen unterschied, stellte Waßmund 1927 vier bzw. fünf typische Bruchformen dar. Heute werden Mittelgesichtsfrakturen „in zentrale, zentrolaterale und laterale Frakturen eingeteilt. Zu diesen Typen kommen noch sagittale und atypische Stückfrakturen.“

Als „sichere Frakturzeichen“ benennt der Verfasser: Okklusionsstörungen, abnorme Beweglichkeit, Krepitation und Deformitäten. Druckschmerz, Wunde, Hämatom, Schwellung und Stauchungsschmerz bezeichnet Schröder als „unsichere Frakturzeichen“.

„Besonders wichtig erschienen mir bei Mittelgesichtsfrakturen Deformierungen, die besonders deutlich in Verbindung mit Jochbeinimpressionen, Nasenbeinfrakturen mit Abflachung des ganzen Mittelgesichts (Dish face), Stufenbildungen an den Infraorbitalrändern mit Verlagerung des Bulbus und offenem Biß auftreten.“

Ein Röntgenbild hilft bei Klärung zweifelhafter Diagnosen und zur „Verfolgung des Heilungsverlaufs“.

Als Behandlungsziele definierte Schröder:

- „1. Die Vermeidung bzw. Beseitigung lebensbedrohlicher Komplikationen,
2. die Wiederherstellung normaler anatomischer, physiologischer und funktioneller Verhältnisse,
3. die Verhinderung einer Bruchspaltinfektion (Zähne im Bruchspalt).“

„An erster Stelle steht die Freimachung der Atemwege von flüssigen (Blut) und festen (Zahn- und Zahnersatzteile) Fremdkörpern, der eine einwandfreie Blutstillung folgt.“

Auf eine Tracheotomie sollte wegen der Nachblutungsgefahr nur in Ausnahmefällen zurückgegriffen werden.

„Die Reihenfolge der Versorgung von Mehrfachverletzten durch Neuro-, Rhino- und Kieferchirurgen darf sich nur nach Dringlichkeit richten; offene Schädelhirntraumen haben absoluten Vorrang, doch kann bei geschlossenen Frakturen der Aufbau des Mittelgesichtsskeletts durch den Kieferchirurgen die Versorgung durch Rhino- und Neurochirurgen erleichtern. [...] Gerade bei Mehrfachverletzungen muß der Reposition im Mittelgesicht die Reposition und Fixation der Fragmente im Unterkiefer vorausgehen.“

Um die Frakturfragmente wieder anatomisch einstellen zu können, bedient man sich konservativer, operativer und kombinierter Methoden. Für die konservative Behandlung stehen intraorale, extraorale oder kombinierte Verbände zur Verfügung. Die Fixation kann entweder an den Zähnen, perfacial am Skelett oder kombiniert erfolgen.

„Bei allen konservativen Verbänden wird angestrebt, die Fragmente in anatomischer Stellung zu reponieren und durch intermaxilläre Verschnürung eine absolute Ruhigstellung zu erreichen. Zur Verkürzung der Ruhigstellungsdauer und zur Verbesserung der Reposition wurden die extraoralen Verbände eingeführt, deren System in dem Verband von Roger Anderson verkörpert ist und von dem es eine ganze Reihe von Variationen gibt.“

Durch die „operative Versorgung von Frakturen“ will man „a.) eine sofortige und endgültige Einstellung der Fragmente b.) eine Verkürzung der intermaxillären Verschnürung c.) eine Verkürzung der Gesamtbehandlungsdauer“ erreichen.

„Lassen sich bei gleichzeitig frakturiertem Unterkiefer die Fragmente in richtige Stellung bringen und mit Schienen oder Plattenosteosynthesen fixieren, dann kann der Oberkiefer darauf aufgebaut und das frakturierte Mittelgesicht an beiden Processus frontales oder am Jochbogen aufgehängt werden.“

Bei Trümmerfrakturen des Mittelgesichts muss auf die normale Höhe geachtet werden. Das Mittelgesicht unterliegt einer Verkürzung durch zu festes Anziehen der „craniofacialen Aufhängung“. Mit Hilfe des „Kopfgipsverbandes mit stabilen Gipsstreben“ nach Kapovits lässt sich das gesamte Mittel- und Untergesicht lagestabil einstellen.

4.3.25. Rekonstruktion der Unterlippe nach Tumorexzision

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1978, 23, S. 24-26

Bei der Rekonstruktion der Unterlippe nach Tumorresektion „steht jedoch immer das äußere, also ästhetische Ergebnis im Vordergrund, während das funktionelle, die Beweglichkeit der Lippe und der Prothesensitz im zahnlosen Unterkiefer, mitunter zweitrangig bewertet wird.“

„In Abhängigkeit vom Ausmaß des Gewebsverlustes im Lippenrot, der Haut bzw. Schleimhaut oder der gesamten Lippendicke kommen bei der Defektdeckung zur Anwendung:

1. Nahlappen aus der unmittelbaren Umgebung,
2. gestielte Lappen aus der Gesichtshaut bzw. der Mundschleimhaut,
3. Fernlappen.

Durch die Entnahme der Transpositions-lappen dürfen weder ästhetische noch funktionelle Sekundärschäden entstehen: Für einen Erfolg ist die Beachtung der Vaskularisation und der Innervation erforderlich.“ Aufgrund von Ästhetik und Funktion werden „Nahlappen mit gleicher Hautfarbe und nervaler Versorgung“ verwendet.

Soll die gesamte Lippendicke ersetzt werden, so kann eine Wiederherstellung nur bei Verwendung eines Lappens „mit Einschluß von Muskelgewebe mit intakter Innervation“ erreicht werden. Oberflächliche Defekte können mit gestielten Hautlappen oder freien Vollhauttransplantaten gedeckt werden, „wobei die Entstehung eines

Unterlippenektropions mit mangelndem Lippenschluß und folgendem Speichelfluß vermieden werden muß.“

„Der Verlust von Lippenrot läßt sich in äquivalenter Wertigkeit nur von der Gegenlippe decken, erst in zweiter Linie aus der Wangenschleimhaut oder Zunge. [...] Bei breiteren Defekten in der Lippenmitte erleichtert die W-förmige Gestaltung des Exzisates die Rekonstruktion und die radikalere Erfassung der abführenden Lymphwege: für seitlich lokalisierte Defekte bietet die Estlander-Plastik (Estlander⁴²⁹ 1877) eine ausreichende Defektdeckung, doch läßt sich nur selten mit der Erweiterung der Mundspalte ein runder Lippenwinkel erreichen. Andererseits bietet sich die Estlander-Plastik als Sekundärplastik bei Medianverlagerung von Unterlippenteilen in voller Dicke an, womit eine Funktions- und Formverbesserung in der Unterlippenmitte resultieren kann.“

Defektdeckungen können auch mit Hilfe eines Rotationslappen (Lexer 1931) oder gestielter Lappen „aus der Wange bzw. Verschiebungen aus der Mundwinkel- und Nasolabialregion (Bruns⁴³⁰ 1859, Ganzer 1943, Gillies⁴³¹ 1920)“ erfolgen. Bei der Plastik nach Bernard⁴³² (1853) und Dieffenbach⁴³³ (1845) werden die lateralen Gewebspartien nach median verschoben. „Während Bernard seitlich der Gegenlippe ein Burowsches Dreieck exzidiert, ist die Dieffenbach-Plastik mit einer VY-Verschiebung im lateralen Anteil kombiniert.

Besonders bei großen Defekten bevorzugen wir die Dieffenbach-Plastik, weil sie neben der Funktion und der Ästhetik am besten eine Rekonstruktion eines weiten Vestibulums durch Vornähung der Schleimhaut oder freie Hauttransplantate als Voraussetzung für einen einwandfreien Prothesensitz im zahnlosen Unterkiefer ermöglicht.“

Durch die Rotation nach Schuchardt (1954) kann ein nach kaudal wirkender Narbenzug beseitigt werden. Nach Verlust der gesamten Unterlippe und der Kinnweichteile kann die Rekonstruktion nur mit Hilfe eines Visierlappens erfolgen, „dessen Unterseite mit einem freien Hauttransplantat bereits vor der Verpflanzung abgedeckt wurde.“ Da bei

⁴²⁹ Estlander, Jakob August, 1831-1881 Chir. Helsinki; (Hoffmann-Axthelm S. 341).

⁴³⁰ Bruns, Victor von, 1823-1883 Chir. Tübingen; (Hoffmann-Axthelm S. 340).

⁴³¹ Gillies, Sir Harold Delf, 1882-1960 Plast. Chir. Aldershot, Sidcup, beides nahe London; (Hoffmann-Axthelm S. 342).

⁴³² Bernard, Claude, 1813-1878 Physiol. Paris; (Hoffmann-Axthelm S. 339).

⁴³³ Dieffenbach, Johann Friedrich, 1792-1847 Chir. Berlin; (Hoffmann-Axthelm S. 341).

Verwendung eines Visierlappens jegliches Stützgewebe fehlt, erreicht man eine Stabilisierung nur mit dünnen Knorpelplatten.

Die Oberlippe übernimmt vollständig die Lippenfunktion.

Anhand von drei Patientenfällen erläutert der Autor in seiner Veröffentlichung die Anwendung der einzelnen Plastiken.

4.3.26. Kinnrekonstruktion nach Tumorresektion

Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1979, 24, S. 98-101

Ertl (1918), Lexer (1931), Ganzer (1943), Schuchardt (1954) und Rehrmann (1955) befassten sich insbesondere „mit der Wiederherstellung der knöchernen Kinnregion und der bedeckenden Weichteile insbesondere durch Kriegseinwirkung“. In der Behandlungsplanung muss unterschieden werden, ob Knochen oder Weichteile rekonstruiert werden müssen.

Mit Hilfe eines Fern- oder Nahlappens können Weichteildefekte gedeckt werden. Die Rekonstruktion der Unterlippe gestaltet sich schwierig, da sie von der oralen Seite mit Epithel bedeckt sein muss (Ertl 1918). Somit wird eine Schleimhaut- oder freie Hauttransplantation für die Innenseite der Unterlippe notwendig.

„Eine funktionelle Verbesserung der Weichteilplastik strebte schon die Methode von Ganzer an, bei der aus der Oberlippe zunächst die gesamte Mundspalte ringförmig gebildet wird und später durch seitliche Einschnitte eine Erweiterung der Mundspalte erreicht werden kann. Durch Anschluß des Transplantates an die von den Nn. marginales versorgten ortsständigen Muskelstümpfe läßt sich eine ausreichende Funktion kaum erreichen. Deshalb muß bei einer Rekonstruktion der gesamten Kinnweichteile einschließlich Unterlippe, z. B. durch einen Stirnvisierlappen, der auf der Wundfläche mit einem freien Hauttransplantat abgedeckt ist, die Unterlippe mit einem Knorpeltransplantat stabilisiert werden, damit sie wenigstens passiv am Mundschluß teilnehmen kann. Diese Inaktivität der Weichteile gilt für alle Transplantatvariationen ohne Anschluß an die mimische Innervation.“

Bei allen „Weichteil-Knochen-Plastiken“ steht die Herstellung bzw. der Erhalt „eines funktionstüchtigen Prothesenlagers durch entsprechende präprothetische Operationen“ im Vordergrund.

Die Wiederherstellung oder die Erhaltung der Form des Unterkiefers mit einer „Normokklusion der seitlichen Stümpfe“ bei der Rekonstruktion des knöchernen Kinns ist die Voraussetzung für eine Wiederherstellung einer normalen Kinnform.

„Für die Erhaltung der Knochenlücke bei Resektionen kommen in Frage:

1. Prothesenschielen, an denen evtl. seitlich schiefe Ebenen angebracht sind, um bei temporärer Mobilisierung des Unterkiefers auch eine Führung der Knochenstümpfe zu garantieren,
2. Stahldrahtbügel,
3. Silastikblocks,
4. Osteosyntheseplatten.“

Zur Demonstration der Problematik der Kinnrekonstruktion stellt Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder zwei klinische Fälle vor.

4.4. Von Schröder betreute wissenschaftliche Arbeiten in Würzburg

1. **Neinhardt** (1967): Jörg Neinhardt, Extra- und intraorale Wundheilung, Klinische und tierexperimentelle Untersuchungen über die heilungsfördernde Wirkung von Aktihaemyl unter besonderer Berücksichtigung der medikamentösen Beeinflussbarkeit intraoraler Operationswunden, med. Diss. Würzburg 1967.

U.67.14333

2. **Wachs** (1968): Ursula Wachs, Tierexperimentelle und klinische Untersuchungen zur Verwendung von Apertase R als Zusatz zur Lokalanästhesie in der zahnärztlichen Chirurgie, med. Diss. Würzburg 1968.

U.69.18204

3. **Heil** (1969): Günther H. Heil, Zahn- und Kieferverletzungen im Kindesalter und deren Folgen, med. Diss. Würzburg 1969.

U.69.17969

- 4. Hammerfald** (1974): Gunnar Hammerfald, Die Wurzelspitzenresektion mit orthograde Wurzelfüllung nach Rehrmann und die retrograde Abfüllung mit Silberamalgam, Nachuntersuchung und kritische Beurteilung der angegebenen Behandlungsmethode bei Patienten der hiesigen Klinik, med. Diss. Würzburg 1974.
U.74.14709
- 5. Carl** (1974): Jobst-Wilken Carl, Unterkieferfrakturen in den Jahren 1965-1971, Ihre Diagnostik und Therapie sowie der Heilungsverlauf, med. Diss, Würzburg 1975.
U.75.14871
- 6. Appel** (1975): Wolfgang Appel, Akute pyogene Infektionen des Kiefers und der umgebenden Weichteile, eine Untersuchung der Jahre 1964 bis 1972, unter besonderer Berücksichtigung der hämatologischen und bakteriologischen Befunde, sowie der Resistenzbestimmung, med. Diss. Würzburg 1976.
U.76.14305
- 7. Billo** (1976): Hans Billo, Untersuchungen über die Regeneration von Knochendefekten am Femur des Meerschweinchens nach vermehrter Eiweißgabe, med. Diss. Würzburg 1977.
U.77.14594
- 8. Herreiner** (1976): Ernst Herreiner, Histologische Untersuchungen über den Einfluß verschieden eiweißhaltiger Nahrung auf die Heilung künstlicher Knochendefekte an Meerschweinchenfemor, med. Diss. Würzburg 1977.
U.77.14689
- 9. von Nordheim** (1977): Joachim von Nordheim, Tierexperimentelle Untersuchungen der Vaskularisation bei der Heilung von Osteotomien an Kaninchenunterkiefern nach Versorgung mit verschiedenen Fixationsmaterialien, med. Diss. Würzburg 1977.
U.77.14790

- 10. Hanne** (1978): Hartmut Hanne, Klinische Erfahrungen über die Versorgung von Extraktionswunden mit einem spezifischen resorbierbaren Lokalhämostyptikum, med. Diss. Würzburg 1979.
U.79.14438
- 11. Schlenz** (1978): Holger Schlenz, Klinische und therapeutischen Erfahrungen bei cervico-facialer Aktinomykose an der Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie der Universität Würzburg in den Jahren 1966 bis 1976, med. Diss. Würzburg 1978
U.78.16523
- 12. Sonntag** (1978): Gerd Sonntag, experimentelle Untersuchungen über die unterschiedliche Einheilung von autologen Rippentransplantaten in Abhängigkeit von der Fixation, med. Diss. Würzburg 1979.
U.79.14615
- 13. Kölsch** (1979): Rudolf Kölsch, Versuchsmessungen an einem variablen stickstoffbetriebenem Kälteapplikator zur sicheren Devitalisierung tumorbefallener Knochen, med. Diss. Würzburg 1979.
U.79.14499
- 14. Heß** (1980): Arved Heß, die Vergesellschaftung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten mit weiteren angeborenen Gesichtsfehlbildungen, Eine 13-jährige Übersicht (1964-1976) an der Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie der Universität Würzburg, med. Diss. Würzburg 1980.
U.80.14314
- 15. Neckel** (1982): Claus P. Neckel, Fluoreszenzmikroskopische Untersuchungen über den Einfluß von Flavichromin auf die Heilung künstlicher Knochendefekte, med. Diss. Würzburg 1982.
U.82.12783

16. Will (1992): Christoph F. Will, Pathogenese, Pathomorphologie und Diagnostik der echten Progenie und ihre Therapie, unter besonderer Berücksichtigung der in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie Würzburg von 1968 bis 1981 angewandten Methode nach Schröder, med. Diss. Würzburg 1993.

U.93.6691

4.5. Gehaltene Lehrveranstaltungen

In den Düsseldorfer Vorlesungsverzeichnissen vom WS 1951/52 und SS 1952 ist Friedrich Schröder nicht als Dozent von Seminaren, Kursen und Vorlesungen aufgeführt. Ebenso findet man keinen Eintrag in den Hamburger Vorlesungsverzeichnissen. Am 21. November 1960 hielt er jedoch seine Antrittsvorlesung mit folgender Thematik „Die operative Vorbereitung der Kiefer für partielle und totale Prothesen“.⁴³⁴

Wie im biographischen Teil meiner Abhandlung schon erwähnt wurde, war Friedrich Schröder während seiner Zeit an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Bonn mit der Abhaltung verschiedener Vorlesungen und Kurse betraut worden. So hielt er neben den vier Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgischen Vorlesungen noch zwei Operationskurse ab.⁴³⁵

Wie aus den Personal- und Vorlesungsverzeichnissen der Universität Würzburg vom SS 1964 bis zum WS 1980/81 ersichtlich wird, betreute Prof. Friedrich Schröder neben den Vorlesungen der Speziellen Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Anästhesie, Radiologie und Zahnärztliche Berufskunde, die Operationskurse und die Radiologischen Kurse.⁴³⁶

⁴³⁴ Einladung zur Antrittsvorlesung am Montag, dem 21. November 1960, 12 Uhr c. t. (Privatbesitz der Familie Schröder).

⁴³⁵ Entnommen aus den Personal- und Vorlesungsverzeichnissen der Universität Bonn vom WS 1960/61 bis zum SS 1963.

⁴³⁶ Entnommen aus den Personal- und Vorlesungsverzeichnissen der Universität Würzburg vom SS 1964 bis zum WS 1981/82.

4.6. Vorträge auf Kongressen und weiterbildenden Veranstaltungen

Bei der Erstellung dieser Auflistung von Friedrich Schröders gehaltenen Vorträgen, diente mir als Vorlage eine von Friedrich Schröder verfasste Vortragsliste.

1948 Trigemiusneuralgie, Krankheitsbild, Ursachen und Behandlungsmethoden.
Zahnärztlicher Verein Hamburg, Oktober 1948

Vorläufige Untersuchungsergebnisse von Kieferdeformierungen nach Operation von Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten.

Vortrag anlässlich der Wiederherstellung der Chirurgischen und Prothetischen Abteilung der Zahnärztlichen Universitätsklinik und Poliklinik Hamburg, 23. Oktober 1948

1952 Bestimmung des Operationstermins bei Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten.
Fortbildungstagung der Südwestdeutschen Odontologischen Gesellschaft in Frankfurt / Main am 04. Oktober 1952

1953 Die intravenöse Kurznarkose unter besonderer Berücksichtigung des Inactins (Promonta).
Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie am 21. September 1953

1954 Über Erfahrungen aus der Nordwestdeutschen Kieferklinik bei der operativen Behandlung von Gesichtasymmetrien und Kieferdeformitäten, ohne Veränderung der Okklusion.
Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie gemeinsam mit Deutscher Gesellschaft für Kieferorthopädie, 29. - 31. Oktober 1954 in Bonn

1955 Die Gesichtshautstraffung als Hilfsmittel bei der Behandlung der Facialisparesie.
5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie vom 27. - 29. Juli 1955 in Hamburg

Intervention intraorale pour la correction du prognathisme (procédé de Schuchardt).

Société française de Chirurgie plastique et reconstructive, 01. Oktober 1955 in Paris

1956 Die Stillung von Blutungen nach zahnärztlichen Eingriffen.

Zahnärztlicher Verein Hamburg am 05. April 1956

Orthopädische Maßnahmen vor und nach der osteoplastischen Deckung von Unterkieferdefekten.

Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hamburg vom 26. - 28. Juli 1956

Techniques indications des greffes libres dans la cavité buccale.

Société française de Chirurgie Plastique et reconstructive, Paris 1956

Akut bedrohliche Zustände in der zahnärztlichen Chirurgie; Blutungsgefahr und Blutstillung.

Zahnärztlicher Verein Hamburg im November 1956 (F. Schröder und Reiss)

1957 Leukoplakie vom klinischen Standpunkt.

Zahnärztlicher Verein Hamburg am 04. Februar 1957

1958 Die Abhängigkeit der Toxizität der Lokalanalgetika vom Ort der Applikation.

8. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, 28. - 30. August 1958 in Hamburg

Über die Tracheotomie zur Durchführung der Allgemeinanästhesie.

8. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, 28. - 30. August 1958 in Hamburg

(F. Schröder, B. Scheffer)

Die operative Korrektur des Pterygium colli.

75. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 09. - 12. April 1958 in München

Zusammen mit B. Spiessl

Die autoplastische Deckung von Knochendefekten bei der Radikaloperation des Adamantinoms im Unterkiefer.

75. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 09. - 12. April 1958 in München

Utilisation des prothèses maxillo-orbitaires dans la chirurgie reconstructive de l'orbite.

Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructive,

VI Congrès Annuel 26. et 27. Septembre 1958, Paris

(K. Schuchardt, F. Schröder)

1959 Diskussionsbericht (Therapie der Kiefergelenksankylose).

9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Düsseldorf vom 08. - 10. Juli 1959

Zur Plastik doppelseitiger Lippenspalten nach Hagedorn-Le Mésurier unter Berücksichtigung unserer Spätergebnisse.

Diskussionsvortrag am 29. Juli 1959 in Hamburg

1960 Die Behandlung von Patienten mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten unter besonderer Berücksichtigung der Sprache und der Kieferentwicklung.

Probenvortrag vor der Med. Fakultät Hamburg im November 1960

Die operative Vorbereitung der Kiefer für Prothesen.

Vortrag am 19. November 1960 in Bonn anlässlich des Neubaus der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Bonn

Die operative Vorbereitung der Kiefer für partielle und totale Prothesen.
Antrittsvorlesung in Hamburg am 21. November 1960

Die Operationen der doppelseitigen Lippenspalten.
77. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 20. - 23. April 1960 in
München

1961 Die Behandlung von Pseudoarthrosen im Unterkiefer.
Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde, Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie, Münster 05. Mai
1961

Recherche expérimentale sur la vascularisation des lambeaux pédiculés,
applications à la Chirurgie plastique de la face.
Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructive, Paris 23. September
1961

La Chirurgie préprothétique des machoires atrophiées.
Congrès dentaire internationale Paris am 23. November 1961

Die Vaskularisation gestielter Lappen - Experimentelle Untersuchungen - und
ihre Bedeutung für die Kiefer-Gesichtschirurgie.
Antrittsvorlesung in Bonn am 25. November 1961

1962 Zwischenfälle in der zahnärztlichen Praxis, ihre Verhütung und Behandlung.
Vortrag am 11. April 1962 vor der Zahnärzteschaft in Düsseldorf

Leukoplacia oris.
Federation dentaire internationale Kongress Köln vom 07. - 14. Juli 1962

1963 Die Weichteilplastik in der Mundhöhle.
Fortbildungstagung der Zahnärzteschaft Mainz am 16. Januar 1963

Zwischenfälle in der zahnärztlichen Praxis, ihre Verhütung und Behandlung.
Zahnärztlicher Bezirksverein Braunschweig am 26. Januar 1963

Entzündungen in der Mundhöhle und ihre Behandlung.
Tagung des Fortbildungsinstitutes der Rheinischen Zahnärzte in Bonn am 23. u.
24. Mai 1963

Röntgendiagnose der Frakturen und anderer Unfallschäden bei Jugendlichen.
Vortrag vor dem Bund der Deutschen Medizinalbeamten,
Kongress Goslar vom 05. - 08. Juni 1963

Die Verwendung von Schleimhautperiostlappen zur Deckung erworbener
Gaumendefekte.
Probevorlesung Med. Fakultät Würzburg am 01. Juli 1963

Die prothetische Wiederherstellung der Sprechfunktion nach Zungenresektion.
13. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie,
08. - 09. August 1963 in Hamburg
(K. Schuchardt, F. Schröder, H. Ritze und Müller)

Operative Eingriffe im Mund-Kieferbereich bei hämorrhagischer Diathese,
insbesondere bei Hämophilie.
13. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie,
08. - 09. August 1963 in Hamburg

Interventions chirurgicales de la région orale et maxillaire en cas de diathèse
hémorragique particulièrement en cas d'hémophilie.
19. Oktober 1963 in Paris

1964 Apparate zur Reposition und Fixation der Kieferfrakturen.
Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Mai 1964 in Graz

Blutstillung und Komplikationen.

I. Fortbildungsveranstaltung des Bundesverbandes der deutschen Zahnärzte in Verbindung mit der Fachgruppe für Zahnheilkunde der Österreichischen Ärztekammer, 15. - 28. Juni 1964 in Salzburg

Indikation zur Extraktion normal stehender Zähne und zur operativen Entfernung frakturierter und verlagerter Zähne.

I. Fortbildungsveranstaltung des Bundesverbandes der deutschen Zahnärzte in Verbindung mit der Fachgruppe für Zahnheilkunde der Österreichischen Ärztekammer, 15. - 28. Juni 1964 in Salzburg

Eitrige Entzündungen der Mundhöhle und der umgebenden Weichteile.

I. Fortbildungsveranstaltung des Bundesverbandes der deutschen Zahnärzte in Verbindung mit der Fachgruppe für Zahnheilkunde der Österreichischen Ärztekammer, 15. - 28. Juni 1964 in Salzburg

Probleme bei der kombinierten Kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung von Dysgnathien.

Antrittsvorlesung Med. Fakultät Würzburg am 26. August 1964

La reconstruction de la lèvre inférieure détruite par tumeur et radiothérapie.

Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructive, September 1964 in Paris

1965 Alveolarkammaufbau im Oberkiefer mit körpereigenem Material im Vergleich zu Gerüstimplantaten.

Gemeinschaftstagung der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde und der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie, 07. - 09. Mai 1965 in Bad Homburg vor der Höhe

Die Behandlung von Frakturen bei Kindern.

Bayerischer Zahnärztetag vom 27. - 29. Mai 1965 in München

Zur Wiederherstellung des Prothesenlagers nach Unfällen.

15. Jahrestagung der Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie,
09. - 12. Juni 1965 in München

Zahnextraktionen und Kieferoperationen bei blutungsgefährdeten Patienten,
insbesondere Hämophilien.

Wissenschaftliche Jahrestagung des Zahnärztlichen Bezirksverbandes
Unterfranken, 19. Juni 1965 in Würzburg

Blutstillung und Komplikationen besonders bei Patienten mit haemorrhagischen
Diathesen.

Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken, 19. Juni 1965 in Würzburg

Bone and cartilage reconstructions after use of implants.

2. International Conference on Oral Surgery, 19. - 24. Juni 1965 Kopenhagen

Operation of extremely large cleft palate using a pharyngeal flap.

Congressus Chirurgicus Bratislava CSSR, 28. Juni - 02. Juli 1965

Operation of cleft hard palate following the primary operation of the soft palate
after Schweckendieck.

Congressus Chirurgicus Bratislava CSSR, 28. Juni - 02. Juli 1965

1966 Les lambeaux bipédonculés associés au lambeau pharyngien pour la
reconstruction du voile dans les divisions palatines extrêmement larges.

Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructive, am 05. Februar 1966
in Paris

(F. Schröder und N. Schwenzer)

Die Bildung von Gesichtshautlappen unter besonderer Berücksichtigung der Gefäßversorgung nach Entfernung von Gesichtstumoren.

Deutsche Gesellschaft für plastische und Wiederherstellungschirurgie,
München am 16. u. 17. April 1966

Die Chirurgie des Karzinoms der Zunge und des Mundbodens.

Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, München vom 03. - 05.
Juni 1966

Kombinierte operative und orthopädische Maßnahmen zur Erhaltung der Unterkieferform und Funktion bei Tumorresektion und Wiederherstellung im Kinnbereich.

Societa italiana di Chirurgia plastica, Bologna vom 07. - 09. Juni 1966

Der Verschluß der Gaumenperforationen für die Herstellung eines funktionstüchtigen Prothesenlagers.

Österreichische Zahnärztetagung vom 21. - 25. September 1966 in Innsbruck

1967 Zur Indikation operativer Korrekturen von Kieferdeformitäten unter Berücksichtigung von Kaufunktion und Gesichtsform.

Anlässlich des Geburtstages von Herrn Professor Dr. Dr. Schuchardt in
Hamburg am 21. Januar 1967

Zur präprothetischen operativen Vorbereitung teilbezahnter und zahnloser Kiefer.

Zahnärztlicher Bezirksverband Wuppertal am 18. März 1967

Deckung von Gesichtsdefekten nach Tumoroperationen bei älteren Patienten.

Deutsche Gesellschaft für plastische und Wiederherstellungschirurgie vom
30. März - 01. April 1967 in München

Zur Diagnostik und Therapie der Tumoren im Mund-Kiefer-Bereich.

Zahnärztlicher Bezirksverband Hagen am 15. April 1967

Klinik und chirurgische Therapie der gutartigen mesenchymalen Tumoren und Hyperplasien der Mundhöhle.

Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, vom 10. - 12. Mai 1967 in München

Osteoplasty in complete cleft operation with bone grafts of differentiated biological compatibility and viability.

Fourth international Congress of Plastic Surgery 1967, vom 08. - 13. Oktober 1967 in Rom

1968 Die operative Vorbereitung atrophischer Alveolarfortsätze für Prothesen.

XXII Congreso Odontológico Nacional I. Simposio Internacional de Cirurgia Y Patología Estomatológica, Januar 1968 in Caracas

Der plastische Verschluss von Gaumendefekten zur Nasen- und Kieferhöhle.

XXII Congreso Odontológico Nacional I. Simposio Internacional de Cirurgia Y Patología Estomatológica, Januar 1968 in Caracas

Die Plastik bei Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten im Hinblick auf Kau- und Sprechfunktion.

XXII Congreso Odontológico Nacional I. Simposio Internacional de Cirurgia Y Patología Estomatológica, Januar 1968 in Caracas

Oberkieferresektion bei Adamantinom und prothetische Versorgung.
(Filmvortrag)

XXII Congreso Odontológico Nacional I. Simposio Internacional de Cirurgia Y Patología Estomatológica, Januar 1968 in Caracas

Basic Principles in Diagnosis and Therapy of Tumors of the Facial Skin.
American Society of Maxillofacial Surgeons, Twenty.Second Annual Meeting
1968 with the Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie,
28. - 31. Mai 1968 in Philadelphia

Carcinoma in lupo.
American Society of Maxillofacial Surgeons, Twenty.Second Annual Meeting
1968 with the Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie,
28. - 31. Mai 1968 in Philadelphia

Lippen-, Kiefer-, Gaumenspaltenoperationen und Kieferwachstum.
Kongress für Kinderchirurgie, 17. Juni 1968 in Bonn

Die Progenie.
Österreichische Zahnärztetagung vom 11. - 14. September 1968 in Graz

Die Ergebnisse nach Operationen großer Cysten im Unterkiefer mit
gleichzeitiger Knochentransplantation.
Österreichische Zahnärztetagung vom 11. - 14. September 1968 in Graz

Die Bedeutung des Operationstermines bei Spaltbildung der Mundhöhle für die
Entwicklung des Kauorgans und der Sprache im Kindesalter.
Internationales Paediatrisches Freundschaftstreffen vom 03. - 05. Oktober 1968
in Würzburg

Operative Maßnahmen bei Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten als Voraussetzung
für eine normale Sprechfunktion.
Sprachlehrertagung im Oktober 1968 in München

Lokalanästhesie in der zahnärztlichen Praxis und Komplikationen.
Zahnärztlicher Bezirksverband, 23. Oktober 1968 in Nürnberg

- 1969** Probleme bei der Lokalanästhesie und Komplikationen.
Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken, 11. Januar 1969 in Schweinfurt
- Operationswoche vom 24. bis 29. November 1969 im Centre Médico-Chirurgical Foch, Suresnes, in Paris
- 1970** Vortragsreise vom 23. Oktober bis 13. November 1970 in Japan mit Vorträgen an den Universitäten Nagoya, Kyoto, Osaka, Fukuoka und Tokio und Kongressteilnahme in Nagoya
- Flap plastic of the face and the vascularisation of the flaps.
Oktober 1970 Nagoya
- Operative treatment of fractures in the lower and upper face.
Oktober 1970 Nagoya
- Präprothetische Chirurgie. (Filmvortrag)
Oktober 1970 Nagoya
- 1971** Dringliche Versorgung schwerer Gesichts- und Kieferverletzungen.
88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1971 in Salzburg
- 1973** Die Versorgung der Mund- und Kieferverletzungen.
90. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 30. Mai - 02. Juni 1973 in Zürich
- 1974** Zusammen mit Dr. Tadashi Furukawa
Histologische und histochemische Untersuchungen über die Innervation in gestielten Fettgewebstransplantaten des Menschen und im Tierexperiment.
2nd Congress der European Association for Maxillo-Facial Surgery, 16. - 21. September 1974 in Zürich

1979 Spätergebnisse nach Knochentransplantation im Unterkiefer beim Erwachsenen und beim Kind.

17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, 01. bis 03. November 1979 in Heidelberg

Vergleichende Beobachtungen über das Oberkieferwachstum nach unterschiedlicher Operation von doppelseitigen Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten: Behandlungskonzepte-Spätergebnisse, Teamwork und Fürsorge-Teratologie.

3. internationales Symposium Hamburg 1979

1984 25. bis 27. Oktober 1984 Klinisches Wochenende für Kieferchirurgie bei Dr. Alois Eckstein in Mönchengladbach

Ob Friedrich Schröder während seiner Zeit als Professor an der Zahn-, Mund- und Kieferklinik Würzburg im Namen oder auf Einladung des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken bis 1974 weitere Fortbildungsveranstaltungen abgehalten hatte, lässt sich nicht mehr nachvollziehen, da die Unterlagen dieses Verbandes bis zum Jahre 1974 durch einen Brand in der Geschäftsstelle vernichtet wurden.⁴³⁷

An dem 50. Jubiläum der Nordwestdeutschen Kieferklinik 1989 in Hamburg und am ersten Kongress für Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie 1991 in Würzburg nahm Prof. Schröder teil.⁴³⁸ Leider ist nicht bekannt, ob er im Rahmen dieser Veranstaltungen vor eine Reihe von Zuhörern Vorträge hielt.

Auch in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ und im „Bayerischen Zahnärzteblatt“ sind keine weiteren Veranstaltungen aufgeführt, was aber nicht den Schluss zulässt, dass

⁴³⁷ Mündliche Auskunft des Zahnärztlichen Bezirksverbandes am 03. September 2002.

⁴³⁸ Entnommen aus einem Schreiben Friedrich Schröders an Dr. Tadashi Furukawa, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, im Jahre 1989 und 1991 (Privatbesitz der Familie Schröder).

Schröder auch keine Fortbildungskurse gehalten hat, da in diesen Zeitschriften nicht alle Veranstaltungen aufgelistet sind.

4.7. Auszeichnungen und Unterstützung bei Forschungsarbeiten

Wie schon im ersten Teil dieser Dissertation erwähnt wurde, erhielt Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder am 22. September 1981 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse.⁴³⁹

Zudem war er Ehrenmitglied in mehreren Fachgesellschaften.

4.8. Abkürzungsverzeichnis

Acta chir plast	= Acta chirurgiae Plasticae
Ann chir plast	= Annales de Chirurgie Plasticae
Arch int pharmacod	= Archives internationales de pharmacodynamie et de therapie
Chirurg	= Der Chirurg
Therapiewoche	= Die Therapiewoche
Dtsch Z Mund-Kiefer-Gesichts-Chir	= Deutsche Zeitschrift für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Dt Zahnärztekcal	= Deutscher Zahnärztekalendar
Dt zahnärztl Zs	= Deutsche zahnärztliche Zeitschrift
Dt Zahn Mund Kieferhkd	= Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Fortschr Kieferchir	= Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie
Langenbeck`s Archiv	= Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie
Rev franc Odonto-stomat	= Revue française d`onto-stomatologie
Rev stomat	= Revue de stomatologie
Stoma	= Stoma
Zahn Prax	= Zahnärztliche Praxis

Zahn Rd	= Zahnärztliche Rundschau
Zahnärztl. Welt	= Zahnärztliche Welt
Z Kinderchir	= Zeitschrift für Kinderchirurgie
Z Krebsforsch	= Zeitschrift für Krebsforschung und klinische Onkologie
ZM	= Zahnärztliche Mitteilungen
Z Stomat	= Zeitschrift für Stomatologie; früher Österreichische Zeitschrift für Stomatologie

⁴³⁹ Entnommen aus der Laudatio von Prof. Maier vom 22. September 1981 (Privatbesitz der Familie Schröder).

5. QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS

5.1. Persönliche Mitteilungen

Calais (2001): Schriftliche Auskünfte von Herrn Dr. med. Peter Calais, Hamburg, ehemaliger Oberarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 02. November 2001 und mündliche Auskünfte vom 06. November 2001

Furukawa (2001): Schriftliche Auskünfte von Herrn Dr. Tadashi Furukawa, Tokio, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 21. Oktober 2001

Heer (2001): Mündliche Auskünfte von Herrn Hans Heer, Würzburg, Bildberichterstatter, am 25. September 2001

Hering (2001): Schriftliche Auskünfte von Herrn Prof. Dr. Dr. med. Hans-Jürgen Hering, Marburg, ehemaliger Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg, am 31. Oktober 2001

Kapovits (2002): Schriftliche Auskünfte von Herrn Dr. Dr. Michael Kapovits, Bielefeld, ehemaliger Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg, am 28. Februar 2002

Keil (2001): Mündliche Auskünfte von Herrn Prof. Dr. Dr. Gundolf Keil, Würzburg, ein Freund von Prof. Dr. Dr. Schröder, am 03. September 2001

Klös (2002): Schriftliche Auskünfte von Frau Klös, eine Mitarbeiterin der St. Johannes Kirche in Frielendorf-Spieskappel, am 09. September 2002

Lange (2002): Mündliche Auskünfte von Frau Roswitha Lange, 1. Vorsitzende des Heimat & Geschichtsverein e. V. Frielendorf, am 25. März und 12. April 2002

Lessentin (2002): Mündliche Auskünfte von Frau Rosemarie Lessentin, Würzburg, der Sekretärin Friedrich Schröders, am 22. und 23. Februar 2002

Martin (2001): Mündliche Auskünfte von Frau Martin, Würzburg, der Bibliothekarin der Bibliothek der Würzburger Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, am 12. Juni 2001

Mierau (2001): Mündliche Auskünfte von Herrn Prof. Dr. Hans-Dieter Mierau, Würzburg, am 14. September 2001

Mittenzwei (2001): Schriftliche Auskünfte von Herrn Dr. Ing. Hellmuth Mittenzwei, München, ein Studienfreund von Prof. Dr. Dr. Schröder, am 22. Oktober und am 08. November 2001

Mühling (2001 & 2002): Mündliche Auskünfte von Herrn Prof. Dr. Dr. J. Mühling, Heidelberg, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 17. Oktober und 14. November 2001 und am 18. März 2002

Naujoks (2001): Schriftliche Auskünfte von Herrn Prof. Dr. Rudolf Naujoks, Würzburg, Direktor a. D. der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Würzburg, am 02. Oktober 2001

Pracht (2002): Mündliche Auskünfte von Herrn Dr. Günther Pracht, Sprockhövel, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 15. März 2002

Schröder (2001 & 2002): Mündliche Auskünfte von Frau Ella Schröder, Würzburg, der Ehefrau von Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder, am 06. Juli, 16. September, 29. September, 13. Oktober, 18. November 2001, 12. März, 13. April, 19. August 2002 und 20. Juni 2003

Schröder (2001): Mündliche und schriftliche Auskünfte von Friedrich Schröders Neffen Herr Priv.-Doz. Dr. Horst Friedrich Schröder, Aachen, am 06., 08., 11. und 12. Juli, 04., 18. und 21. September, 06. und 07. Oktober 2001

Schwenzer (2001): Schriftliche Auskünfte von Herrn Prof. Dr. Dr. med. Dr. h. c. mult. Norbert Schwenzer, Tübingen, ehemaliger Oberarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 24. November 2001

Schulz (2001): Schriftliche Auskünfte von Frau Lieselotte Schulz, Hamburg, eine Bekannte von Prof. Dr. Dr. Schröder aus der Bonner Zeit, am 14. Oktober 2001

Schwarz (2001): Mündliche Auskünfte von Frau Dr. Gretel Schwarz, Schwäbisch Hall, ehemalige Assistenzärztin der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 02., 14. und am 18. November 2001

Seidel (2002): Schriftliche Auskünfte von Frau Petra Seidel, Hamburg, Mitarbeiterin der Universitätsbibliothek Hamburg, am 20. August 2002

Spiessl (2001): Schriftliche Auskünfte von Herrn Prof. Dr. Dr. Bernd Spiessl, Basel, ehemaliger Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg und der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 16. Oktober 2001

Wachs (2001): Mündliche Auskünfte von Frau Dr. Ursula Wachs, Wolfhagen, ehemalige Assistenzärztin der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg, am 05. und 18. November 2001

Warmke (2001): Schriftliche Auskünfte von Herrn Alexander Warmke, Frielendorf, 1. Vorsitzender des Heimat & Geschichtsverein e. V. Frielendorf, am 02. und 04. Oktober 2001

Winter (2002): Schriftliche Auskünfte von Herrn Franz Winter, München, Mitarbeiter der Universitätsbibliothek München, am 19. August 2002

5.2. Literaturverzeichnis

Deutscher Zahnärztekalendar:

- 1977, S. 148-153: Geschichte der Bonner Zahnklinik; herausgegeben von Prof. Dr. Dr. G. P. F. Schmuth
- 1982, S. 153-161: Die Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Hamburg; herausgegeben von Prof. Dr. E. Hausser
- 1985, S. 130: Die Würzburger Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten; herausgegeben von Prof. Dr. Rudolf Naujoks
- 1994, S. 255-268: Die Geschichte der Westdeutschen Kieferklinik, herausgegeben von Prof. Dr. M. Straßburg und Prof. Dr. H. Böttger

Festschrift (1987): 75 Jahre Zahn-, Mund- und Kieferklinik Würzburg 1912-1987, hrsg. von der Zahn-, Mund- und Kieferklinik der Universität Würzburg, Würzburg: Schimmel 1987

Hoffmann-Axthelm (1983): Walter Hoffmann-Axthelm, die Geschichte der Zahnmedizin, 3. neubearbeitete Auflage, Berlin: Quintessenz 1983

Hoffmann-Axthelm (1985): Walter Hoffmann-Axthelm, die Geschichte der Zahnmedizin, 2. neubearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin: Quintessenz 1985

Hoffmann-Axthelm (1995): Walter Hoffmann-Axthelm, die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, 1. Auflage, Berlin: Quintessenz 1995

IBZ-Internationale Bibliographie der Zeitschriftenliteratur: 1975, 1976, 1977, 1979, 1980, 1986, 1969/1970, Felix Dietrich Verlag Osnabrück

Internationale Personalbibliographie (1987): Max Arnim / Franz Hoder, Anton Hiersemann-Verlag Stuttgart 1987

ITA-Internationale Titelabkürzungen (2000): Otto Leistner, Felix Dietrich Verlag-Osnabrück 2000

Jahresverzeichnis der deutschen Hochschulschriften: Verlag für Buch- und Bibliothekswesen Leipzig 1936, 1958, 1967, 1969, 1974-1980, 1982, 1993

Kahle (1980): Erhart Kahle, Johann Adam Stupp, Hochschulschriften zur Geschichte der Medizin Pharmazie und Naturwissenschaften der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg 1885-1975, Verlagsbuchhandlung Hannelore Lüling Erlangen 1980

Klumpp (1971): Lutz Klumpp, Personalbiographien von Professoren und Dozenten der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Würzburg im ungefähren Zeitraum von 1900-1970. Mit biographischen Angaben und Überblick über das wissenschaftliche Werk, med. Diss. Erlangen-Nürnberg 1971

Kürschner: Kürschners deutscher Gelehrten Kalender, - jährlich -, hrsg. von Werner Schüder, Berlin: De Gruyter

Main-Post Würzburg:

- vom 13. Dezember 1963
- vom 02. Juni 1967 Nummer 124
- vom Freitag, den 02. August 1996

Oster (1991): Guido Oster, Günter Lieb (1932-1969); Leben und Werk; Ergobiographie, med. Diss. Würzburg 1991

Personal- und Vorlesungsverzeichnisse der Universität Hamburg vom WS 1949/50 bis zum WS 1960/61

Personal- und Vorlesungsverzeichnisse der Universität Düsseldorf vom WS 1951/52 und SS 1952

Personal- und Vorlesungsverzeichnisse der Universität Bonn vom WS 1960/61 bis zum SS 1963

Personal- und Vorlesungsverzeichnisse der Universität Würzburg vom SS 1964 bis zum WS 1981/82

Psyhyrembel: Klinisches Wörterbuch; 259. Auflage, Walter de Gruyter Verlag Berlin-New York 2002

Scheckel (1976): Gerlinde Scheckel, „Zahnmedizinische Schulen gemäß dem fachlichen Schriftum: Fakultäten Erlangen, München, Würzburg, Wien und Prag“, Inaugural-Dissertation 1976, Erlangen-Nürnberg

Scheiderer (1985): Joachim Scheiderer, Hermann Wolf (1889-1978), Inaugural-Dissertation 1985, Würzburg

Schröder (1936): Gewerbeschädigungen in der Mundhöhle unter besonderer Berücksichtigung der Bleierkrankung und ihre unfallrechtliche Bedeutung, München, med. Diss. v. 30. März 1936

Schröder (1944): Ein Beitrag zur Speichelsteinerkrankung, Z. Stomat. (Wien) 1944, Band 42, Heft 5/6, S. 128-134

Schröder (1956): Die Gesichtshauttraffung als Hilfsmittel bei der Behandlung der Facialisparesie, Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1956, 2, S. 155-158

Schröder (1958): Einfluß des Applikationsortes auf Giftwirkungen von Lokalanalgetics unter besonderer Berücksichtigung der Mündhöhle, Hamburg, med. Diss. v. 02. August 1958

Schröder (1958): Der Zeitpunkt für Korrekturoperationen bei Jugendlichen und Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1958, 4, S.161-166

Schröder (1958): Die operative Korrektur des Pterygium colli,
Langenbeck's Archiv 289, S. 643-647, Kongressbericht 1958 - Springer Verlag Heidelberg

Schröder (1960): Zur Verwendung gestielter Lappen in der plastischen Chirurgie des Kiefer-Gesichtsbereiches; Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen Hamburg, Habilitationsschrift, 09. November 1960

Schröder (1960): Therapie der Kiefergelenksankylose,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1960, 6, S. 331-334

Schröder (1960): Die Operationen der doppelseitigen Lippenspalten,
Langenbeck's Archiv 295, S. 987-996, Kongressbericht 1960 - Springer Verlag Heidelberg

Schröder (1965): Zur kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung von Dysgnathien,
Dt. zahnärztl. Zs. 20, H. 1, S. 112-119, 1965

Schröder (1965): Apparate zur Reposition und Fixation der Kieferfrakturen,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1965, 11, S. 117-123

Schröder (1966): Alveolarkammaufbau im Oberkiefer mit körpereigenem Material - im Vergleich zu den Gerüstimplantaten,
Dt. zahnärztl. Zs. 21, H. 3, S. 422-429, 1966

Schröder (1967): Spätplastik und Sofortplastik nach Unterkieferresektion (Maßnahmen zur Wiederherstellung normaler Gesichtsform und Kieferfunktion),
Dt. Zahn Mund Kieferhkd. 48, H. 1/2, S. 1-10, 1967

Schröder (1967): Komplikationen von seiten der Kieferhöhle bei der Entfernung oberer Molaren, Gemeinsam mit Priv.-Doz. Dr. Dr. N. Schwenzer,
Zahnärztl. Welt 68, Heft 6, S. 204-208, 1967

Schröder (1968): Die Chirurgie des Karzinoms der Zunge und des Mundbodens,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1968, 13, S. 125

Schröder (1969): Die primäre Wiederherstellung des Gesichtsskelettes nach Unfällen,
Gemeinsam mit Priv.-Doz. Dr. Dr. N. Schwenzer,
Stoma 22, Heft 1, S. 44-52, 1969

Schröder (1970): Die Ergebnisse nach Operationen großer Cysten im Unterkiefer mit gleichzeitiger Knochentransplantation, Gemeinsam mit Priv.-Doz. Dr. Dr. N. Schwenzer, Österreichische Zeitschrift für Stomatologie 1970, Band 67, Heft 4, S. 140-146

Schröder (1973): Zur primären Osteoplastik bei doppelseitiger Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1973, 16/17, S. 94-98

Schröder (1973): Sekundäre Osteoplastik als Basis für Lippen- und Nasenkorrektur bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten-Patienten,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1973, 16/17, S. 307-310

Schröder (1973): Die Versorgung der Mund- und Kieferverletzungen,
Langenbeck's Archiv 334, S. 445-454, Kongressbericht 1973 - Springer Verlag Heidelberg

- Schröder** (1974): Die Mikrogenie und ihre Behandlung,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1974, 18, S. 169-173
- Schröder** (1976): Zum Verhalten von freien Hauttransplantaten in beweglichen und unbeweglichen Bereichen der Gesichtsteile,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1976, 20, S. 80-83
- Schröder** (1976): Zur Primäroperation doppelseitiger Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1976, 21, S. 242-244
- Schröder** (1977): Diagnose und Behandlung von Mittelgesichtsfrakturen aus kieferchirurgischer Sicht,
Zahn. Prax. 1977, Band 28, Heft 6, S. 141-144
- Schröder** (1978): Rekonstruktion der Unterlippe nach Tumorexzision,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1978, 23, S. 24-26
- Schröder** (1979): Kinnrekonstruktion nach Tumorresektion,
Fortschr. Kieferchir., Thieme Verlag Stuttgart 1979, 24, S. 98-101
- Science-Citation Index, Five-Year Cumulation: 1936-2002;**
Philadelphia/Pennsylvania: Institut for Scientific Information
- Wer ist wer?:** Das Deutsche Who`s who, 34. Ausgabe 1995/96, Schmidt Römhidverlag Lübeck
- WorldWideWeb:**
www.ag-kiefer.de
www.blzk.de
www.dbi-berlin.de
www.dimdi.de
www.dgzmk.de

www.google.de
www.hessennet.de/Frielendorf/
www.medecoinfo.de
www.medizin-forum.de
www.medizinstudent.de
www.medline.de
www.medline-worldwide.de
www.ncbi.nlm.nih.gov
www.student-online.de
www.telefonbuch.de
www.thesis.de
www.uke.uni-hamburg.de
www.uni-bonn.de
www.uni-duesseldorf.de
www.uni-hamburg.de
www.uni-muenchen.de
www.uni-online.de
www.uni-wuerzburg.de

Würzburger Universitätsreden (1965&1983): Jahresbericht der Julius-Maximilians-Universität Würzburg über das akademische Jahr 1963/64 (Heft 40) und 1983 (Heft 62)

5.3. Quellenverzeichnis

Die für diese Abhandlung verwendeten Quellen sind nach Datum und dem jeweiligen Wirkungsort Friedrich Schröders geordnet.

Frielendorf

26.02.1932: Reifezeugnis Friedrich Schröders

13.06.1935: Geburtsurkunde von Friedrich Schröders Vater, George Schröder

- 13.06.1935: Heiratsurkunde der Eltern Friedrich Schröders
 13.06.1935: Geburtsurkunde von Friedrich Karl Schröder
 14.06.1935: Geburtsurkunde von Friedrich Schröders Mutter, Maria Schlemmer
 14.06.1935: „Auszug aus dem Taufbuch der evangelischen Gemeinde Frielendorf“
 14.06.1935: „Auszug aus dem Trauungsbrief der evangelischen Gemeinde Frielendorf“
 15.06.1935: „Auszug aus dem Taufbuch der evang. reformierten Kirchengemeinde Verna“
 15.06.1935: Heiratsurkunde der Großeltern Friedrich Schröders mütterlicherseits
 25.02.1949: Testament der Eltern Friedrich Schröders
 02.10.2001: Schreiben von Herrn Alexander Warmke, 1. Vorsitzender des Heimat & Geschichtsverein e. V. Frielendorf

Marburg

- SS 1932: „Auszug aus dem Verzeichnis der Studierenden an der Philipps-Universität Marburg an der Lahn vom Sommer-Semester 1932“ (Personalakte Würzburg)
 Studienunterlagen von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)

München

- Studienbücher der Universität München von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
 08.01.1936: Approbationsurkunde (Privatbesitz der Familie Schröder)
 1936: Doktorbrief (Personalakte Würzburg).
 09.10.1939: Zeugnis von Prof. Falck (Privatbesitz der Familie Schröder)
 23.04.1940: Schreiben des Bayer. Staatsministeriums für Unterricht und Kultus
 11.07.1940: Zeugnis von Prof. Kranz (Privatbesitz der Familie Schröder)
 11.10.1943: Falschirmschützenschein Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
 02. 05. 1947: Zeugnis von Prof. Kranz (Privatbesitz der Familie Schröder)
 27.02.1946: Anmeldungsbogen bei der polizeilichen Meldebehörde München (Personalakte Würzburg)
 20.05.1947: Zeugnis von Prof. Linneweber (Personalakte Würzburg)

- 11.06.1947*: Schreiben der Spruchkammer X München an Friedrich Schröder
(Personalakte Würzburg)
- 21.08.1950*: Zeugnis von Prof. Eymer (Personalakte Würzburg)
- 19.10.1950*: Bestallungsurkunde Friedrich Schröders vom (Personalakte Würzburg)
- 24.11.1950*: Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern vom (Privatbesitz
der Familie Schröder)
- 31.03.1952*: Schreiben des Bayer. Staatsministeriums des Innern (Personalakte
Würzburg)

Hamburg

- 04.12.1947*: Staatsangehörigkeitsausweis Friedrich Schröders (Personalakte Würzburg)
- 30.11.1949*: Schreiben Friedrich Schröders an die Gesundheitsbehörde über den
Direktor der Nordwestdeutschen Kieferklinik (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 07.02.1950*: Zeugnis von Dr. Boehncke (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 29.08.1952*: Bescheinigung von Prof. Schuchardt (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 10.07.1954*: „Antrag auf Anerkennung als Facharzt“ (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 19.05.1954*: Bescheinigung von Prof. Schuchardt über Schröders siebenjährige Tätigkeit
als Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik (Privatbesitz der Familie
Schröder)
- 04.09.1954*: Zeugnis von Frau Dr. Zippel (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 21.05.1955*: Zeugnis von Dr. Scholderer (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 22.11.1955*: Facharzt-Anerkennung der Ärztekammer Hamburg (Privatbesitz der
Familie Schröder)
- 26.09.1956*: Schreiben des Bezirksamtes Berlin -Wedding an Friedrich Schröder
(Privatbesitz der Familie Schröder)
- 08.07.1958*: Heiratsurkunde der Eheleute Schröder vom (Privatbesitz der Familie
Schröder)
- 02.08.1958*: Doktorbrief Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 18.12.1958*: Zeugnis von Dr. Soehring (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 21.03.1959*: Zeugnis von Prof. Staubesand (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 1959*: Bewerbungsunterlagen Bremen (Privatbesitz der Familie Schröder)

09.11.1960: Habilitationsurkunde Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)

21.11.1960: Einladung zur Antrittsvorlesung am Montag, dem 21. November 1960, 12 Uhr c. t. (Privatbesitz der Familie Schröder)

1960: Ingeborg Holst verfasstes Gedicht anlässlich des Abschiedes aus Hamburg von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)

18.12. 1961: Zeugnis von Prof. Schuchardt (Privatbesitz der Familie Schröder)

30.04.1964: Zeugnis von Prof. Wessely (Personalakte Würzburg)

Düsseldorf

21.01.1953: Schreiben des Verwaltungsdirektors der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf an den Oberstadtdirektor (Personalakte Würzburg)

02.03.1953: Zeugnis von Prof. Häupl (Privatbesitz der Familie Schröder)

28.07.1953: Zeugnis von Prof. Klinke (Privatbesitz der Familie Schröder)

Bonn

25.11.1960: Urkunde des Landes Nordrhein-Westfalen zur Ernennung zum wissenschaftlichen Assistenten (Privatbesitz der Familie Schröder)

20.12.1960: Urkunde des Landes Nordrhein-Westfalen zur Ernennung zum Oberarzt (Privatbesitz der Familie Schröder)

16.01.1961: Schreiben Friedrich Schröders an den Dekan der Medizinischen Fakultät Bonn (Privatbesitz der Familie Schröder)

25.11.1961: Einladung zur Antrittsvorlesung am Samstag, den 25. November 1961, 11.30 Uhr s. t. (Privatbesitz der Familie Schröder)

30.11.1961: Schreiben der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität an den Rektor der Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität Bonn (Personalakte Würzburg)

1961, 1962 und 1963: Operationslisten Friedrich Schröders der Jahre 1961, 1962 und 1963 (Privatbesitz der Familie Schröder)

Würzburg

- 1911*: Heiratsurkunde Nr. 116/1911 der Eltern von Ella Schröder
- 17.09.1963*: Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus an Friedrich Schröder (Personalakte Würzburg)
- 22.11.1963*: Urkunde des Bayerischen Staatsministers für Unterricht und Kultus (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 07.01.1964*: Schreiben des Kultusministers des Landes Nordrhein-Westfalen an Friedrich Schröder (Personalakte Würzburg)
- 27.01.1964*: Schreiben der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität an Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 25.03.1964*: Schreiben Friedrich Schröders (Personalakte Würzburg)
- 23.04.1964*: Schreiben des Oberregierungsrates der Universität Würzburg an das Rektorat der Universität Marburg (Personalakte Würzburg)
- Juni 1964*: Schreiben des Vorsitzenden des Ausschusses für die zahnärztliche Vorprüfung an die Universität Würzburg (Personalakte Würzburg)
- 25.06.1964*: Personalbogen für Beamte aus der Personalakte der Universität Würzburg
- 26.06.1964*: Einladung zur Antrittsvorlesung am Freitag, dem 26. Juni 1964, 16 Uhr c. t. (Personalakte Würzburg)
- 11.11.1969*: Schreiben Friedrich Schröders an das Rektorat der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg (Personalakte Würzburg)
- 02.09.1970*: Schreiben Friedrich Schröders an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg (Personalakte Würzburg)
- 30.01.1971*: Schreiben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 15.09.1972*: Schreiben Friedrich Schröders an seinen Freund Hellmuth Mittenzwei (Privatbesitz von Herrn Dr. Mittenzwei)
- 29.05.1978*: Urkunde „Zur Vollendung einer Dienstzeit von 40 Jahren“ Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 28.06.1978*: Genehmigung der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ der Bayerischen Landesärztekammer (Privatbesitz der Familie Schröder)

- 02.10.1978: Schreiben des Präsidenten der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität, Prof. Berchem, an Friedrich Schröder (Personalakte Würzburg)
- 03.06.1980: Emeritierungsurkunde Friedrich Schröders (Personalakte Würzburg).
- 23.06.1981: Verleihungsurkunde des Verdienstkreuzes 1. Klasse von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
22. 09.1981: Laudatio von Prof. Maier (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 14.04.1982: Verfasstes Gedicht anlässlich des 70. Geburtstages von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 28.05.1982: Schreiben der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 1984: Schreiben Friedrich Schröders an Dr. Tadashi Furukawa, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 1989, 1991: Schreiben Friedrich Schröders an Dr. Tadashi Furukawa, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 14.04.1992: Einladung zum „Symposium aus Anlaß des 80. Geburtstages von Friedrich Schröder“ (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 1992: Entnommen aus einer Laudatio von Dr. Mittenzwei anlässlich des 80. Geburtstages von Friedrich Schröder; Mitteilungsblatt der ATV, Folge 1/92 (Privatbesitz von Herrn Dr. Mittenzwei)
- 22.08.1996: Schreiben des Bayerischen Staatsministers für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst an Frau Ella Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 1996: Sterbeurkunde Nr. 1292/1996 Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 1996: Todesanzeige Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 09.01.2000: Schreiben von Dr. Günther Pracht an Frau Ella Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Liste einiger Veröffentlichungen Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Friedrich Schröders selbstverfasster Lebenslauf (Privatbesitz der Familie Schröder)
- 21.09.2001: Schreiben von Herrn Priv.-Doz. Dr. Horst Schröder, Aachen, dem Neffen von Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder

07.10.2001: Schreiben von Herrn Priv.-Doz. Dr. Horst Schröder, Aachen, dem Neffen von Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder

21.10.2001: Schreiben von Herrn Dr. Tadashi Furukawa, Tokio, ehemaliger Assistenzarzt der Kieferchirurgischen Abteilung in Würzburg,

22.10.2001: Schreiben von Herrn Dr. Ing. Hellmuth Mittenzwei, München, ein Studienfreund von Prof. Dr. Dr. Schröder

31.10.2001: Schreiben von Herrn Prof. Dr. Dr. med. Hans-Jürgen Hering, Marburg, ehemaliger Assistenzarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg

09.09.2002: Schreiben des Evangelischen Pfarramtes Frielendorf-Spieskappel

Archivmaterial

München

Universitätsarchiv München: Keine Akten vorhanden.

Bayerisches Hauptstaatsarchiv: Akten des Kultusministeriums 69611, 69613, 69614, 72470, 72574, 72575, 72568

Hamburg

361-6 Hochschulwesen - Dozenten- und Personalakten

IV 965 und IV 2019, Ende der Laufzeit 1961

Düsseldorf

Keine Akten vorhanden.

Bonn

PA 9110, PA 9111, MF-PA 343

Würzburg

Personalakte in der Neuen Universität am Sanderring.

Durch das umfangreiche Material aus dem Privatbesitz der Familie Schröder und der Personalakte der Universität Würzburg war eine weitere Recherche in den Universitätsarchiven der Universitäten Marburg, München, Hamburg und Bonn, sowie im Bayerischen Hauptstaatsarchiv nicht notwendig.

6. BILD- UND URKUNDENANHANG



Abb. 2: Die Eltern Friedrich Schröders, Maria und Georg Schröder

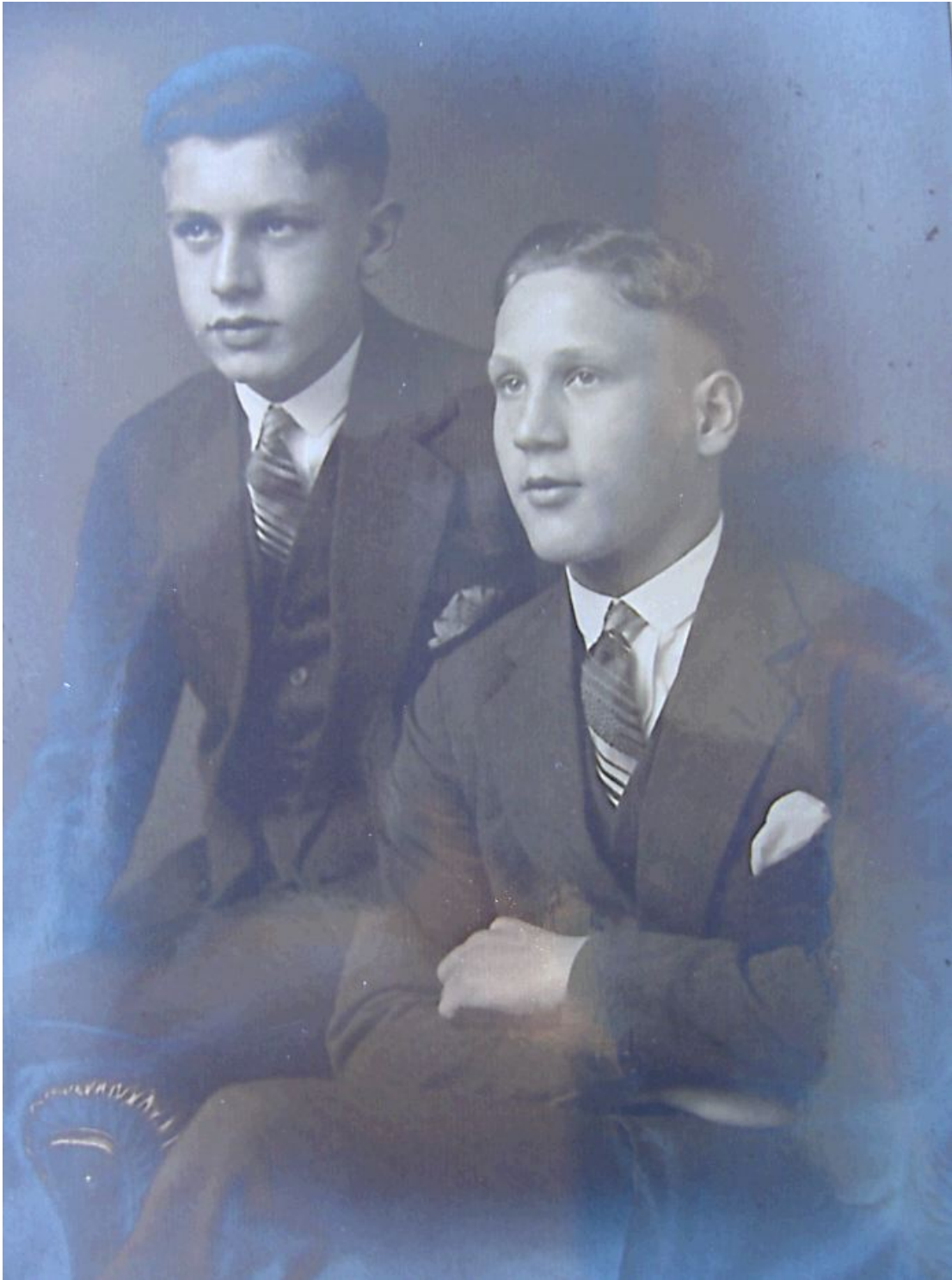


Abb. 3: Friedrich Schröder mit seinem Bruder, Carl Schröder (li.)



Abb. 4: Friedrich Schröders Geburtshaus in Frielendorf bei Kassel

35/32 med. d. d. d.

Bad. Realgymnasium mit Realschule
- Lessingschule -
Mannheim.

Reifezeugnis

Fritz, Karl Schröder,

geboren den 18. April 1912 zu Friedrichs b. Hamel,
Evangel. Bekenntnisses, Sohn des Hauptmanns
Georg Schröder

hat das Realgymnasium Lessingschule Mannheim seit dem 18. April 1923
von Klasse II A an besucht und war seit dem 20. April 1931 Schüler
der Oberprima.

Er hat die an der Anstalt abgehaltene Reifeprüfung bestanden.

Sein Betragen an der Anstalt war gut
Sein Fleiß war gut
Seine Kenntnisse und Fertigkeiten in den einzelnen Lehr- und Prüfungsgegenständen waren:

Religion: <u>sehr gut</u>	Mathematik: <u>ziemlich gut</u>
Deutsch: <u>ziemlich gut</u>	Zeichnen: <u>gut</u>
Philosophie: <u>ziemlich gut</u>	Turnen: <u>gut</u>
Lateinisch: <u>hinlänglich</u>	Singen: <u>—</u>
Französisch: <u>ziemlich gut</u>	Wahlfreie Lehrgegenstände:
Englisch: <u>ziemlich gut</u>	Griechisch: <u>—</u>
Geschichte: <u>ziemlich gut</u>	Physikalisches Praktikum: <u>—</u>
Erdkunde: <u>gut</u>	Chemisches Praktikum: <u>—</u>
Physik: <u>ziemlich gut</u>	Kurzschrift: <u>—</u>
Chemie und Biologie: <u>ziemlich gut</u>	

Demgemäß wird ihm das

Reifezeugnis eines Realgymnasiums

zuerkannt und seine Entlassung mit den besten Wünschen für den Beruf von ihm gewähltest
ausgesprochen.

Mannheim, den 26. Februar 1932.

Der Vorsitzende
der Prüfungsbehörde:
Altmeppen

Das
Realgymnasium Lessingschule:
Kunze-Bendorf






Abb. 5: Reifezeugnis von Friedrich Schröder

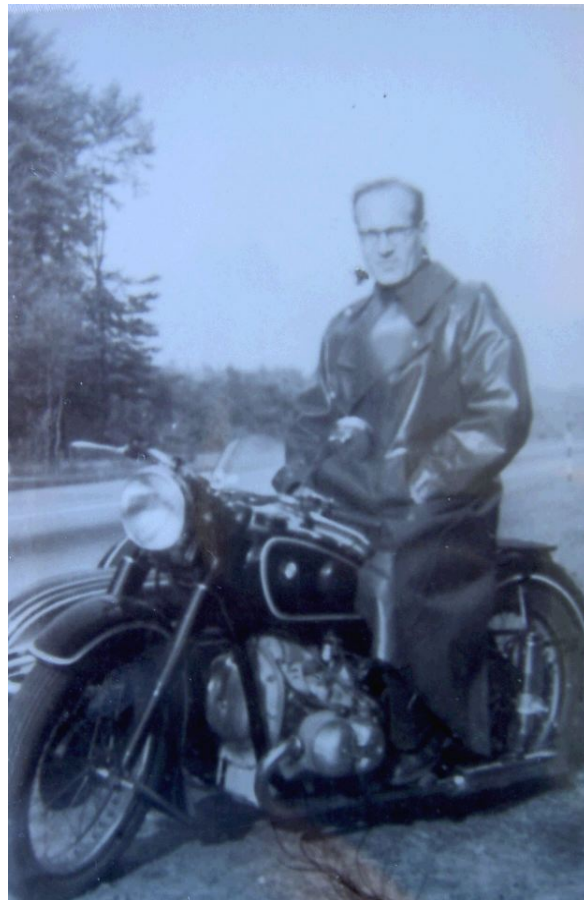


Abb. 6: Friedrich Schröder
als Student



Abb. 7: Friedrich Schröder
als junger Assistenzarzt

Abb. 8: Friedrich Schröder mit seinem Motorrad im Jahre 1952





Nachdem der Kandidat der Zahnheilkunde
 Herr *Friedrich Karl Schröder*, geboren am *14. April 1912*
 in *Freilandsdorf*, am *18*^{ten} *November* 1935
 die zahnärztliche Prüfung vor dem Prüfungsausschusse zu *Münchener*
 mit der Note „*gut*“ bestanden hat, wird ihm hierdurch

die Approbation als Zahnarzt

mit der Geltung vom bezeichneten Tage ab für das Gebiet des Deutschen Reiches gemäß § 29
 der Reichsgewerbeordnung erteilt.

München, den *8*^{ten} *Juni* 1936

Bayerische Staatsministerien
des Innern und für Unterricht und Kultus

I. A. *W. Mühlgen* I. A. *Stengel*



Approbation
 für
 Herrn *Friedrich Karl Schröder*
 als
Zahnarzt.

Abb. 9: Approbationsurkunde Friedrich Schröders

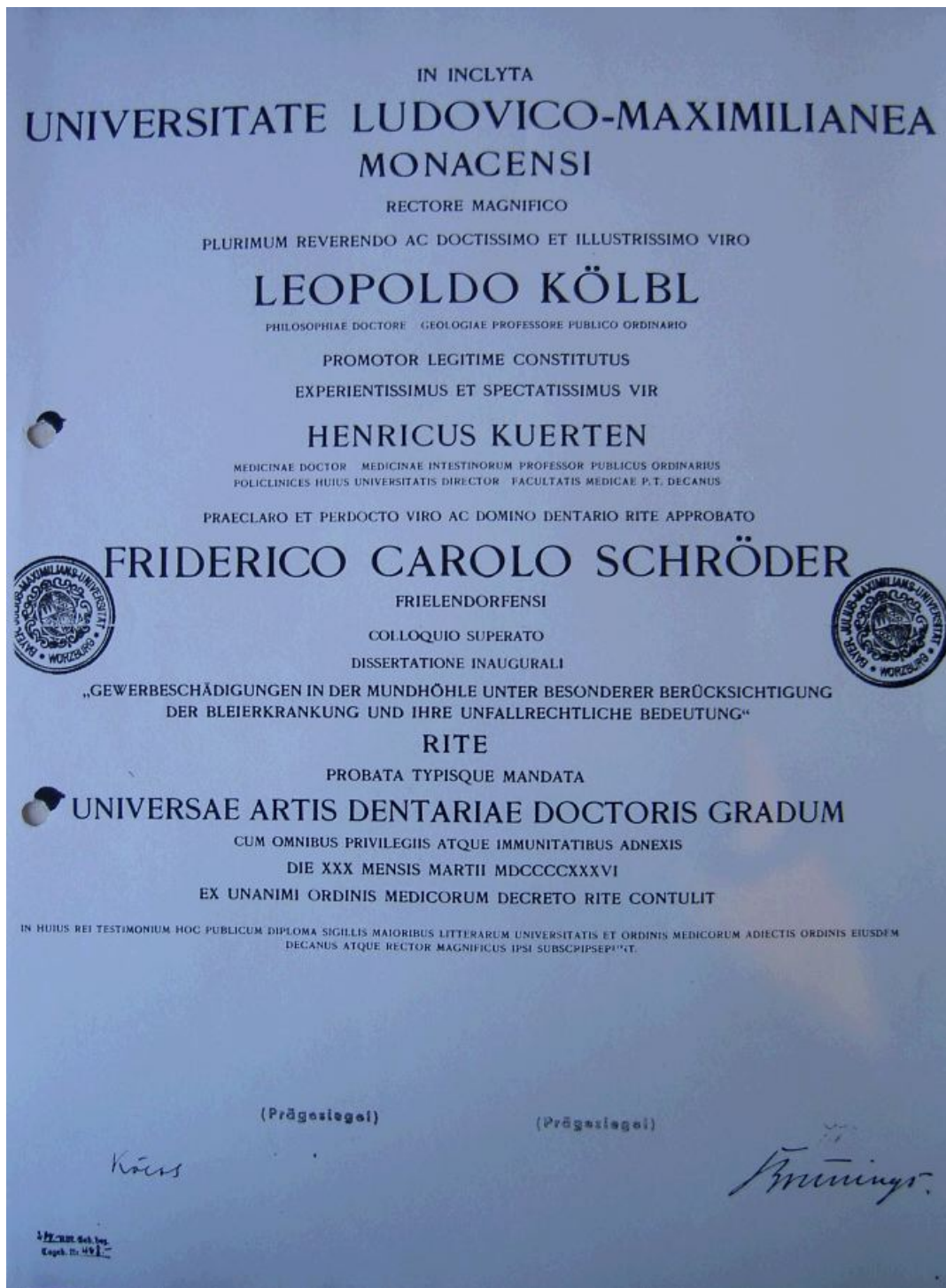



Abb. 10: Dissertationsurkunde Friedrich Schröders



Abb. 11: Fallschirmschützenschein

Kennort:	<i>Sülfeld</i>
Kennnummer:	<i>A 02769</i>
Gültig bis:	<i>8. Oktober</i> 19 <i>50</i>
Name (bei Frauen auch Geburtsname):	<i>Dr. Schröder</i>
Vornamen (Rufname unterstrichen):	<i>Friedrich Karl</i>
Geburtsort:	<i>Freilendorf / Fr. Ziegenham / Bez. Kassel</i>
Beruf:	<i>Zahnarzt</i>
Unveränderliche Kennzeichen:	<i>fehlen</i>
Veränderliche Kennzeichen:	<i>Brillenträger</i>
Bemerkungen:	<i>keine</i>

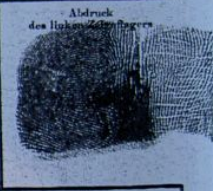
A Nr.2.851769 ❁



Abdruck
des linken Fußes



Abdruck
des rechten Fußes



F. Friedrich Schröder
(Unterschrift des Kennkarteninhabers)

Sülfeld, den *8. Oktober* 19*50*
(Ort und Datum) *Der Bürgermeister*
als *Ortspolizeibehörde*
(Ausstellende Behörde)

Stadtmagister

Abb. 12: Kennkarte Friedrich Schröders



Abb. 13: Friedrich Schröder als Stabsarzt

Abb. 14: Friedrich Schröder während des Krieges

Deutsches Reich



Staatsangehörigkeitsausweis
(Zur Bemerkung im Inland)

Dr. Friedrich Karl Schröder -----
----- in Hamburg -----,
geboren am 14. April --- 1912 in Frielendorf (Hessen) --,
besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit (Reichsangehörigkeit).

Hamburg, den 4. Dezember 1947.
Senat der Hansestadt Hamburg, Rechtsamt.


I. A.


Senatsrat.

Gebühr: RM 5,-.

Geb.-Buch.-Nr. 2044. Tgb.-Nr. 60.45.

F 28 (11.38) Kriegsverord., Berlin

Abb. 15: Staatsangehörigkeitsausweis Friedrich Schröders

Im Namen der Bayerischen Staatsregierung

wird dem Kandidaten der Medizin

Friedrich Schröder

geboren am 14. April 1912 in Frielendorf
 der am 4. Oktober 1950 die ärztliche Prüfung vor dem Prüfungs-
 ausschuss in München mit dem Urteil "gut"
 bestanden hat, hierdurch die

Bestallung als Arzt

mit der Geltung vom 4. Oktober 1950 ab erteilt.

Diese Bestallung berechtigt den Arzt zur Ausübung des ärztlichen Berufs, jedoch in eigener Praxis erst dann, wenn ihm auf dieser Urkunde bestätigt wird, daß er den Bestimmungen der Bestallungsordnung für Ärzte über die Pflichtassistentenzeit und das Landvierteljahr entsprochen hat.

München, den 19. Oktober 1950.

(Prägesiegel)

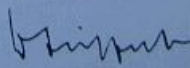
Das Bayerische Staatsministerium des Innern

Im Auftrag

Bestallung als Arzt

für

Friedrich Schröder



(Dr. Seiffert)

Verwaltungsgebühr: 12.50 DM

Nr. III 2 - 5035 b Sch 191.

Nr. ~~XXXX~~ / 21

Abb. 16: Bestallungsurkunde Friedrich Schröders



Abb. 17: Friedrich Schröder (3. v. li.) und Karl Schuchardt (6. v. li.) während seiner
Zeit in Hamburg

Abb. 18: Friedrich und Ella Schröders Wohnhaus in Hamburg-Rissen, Gerlindweg 25

Abb. 19: Prof. Schröder und Prof. Schuchardt (li.) zu dessen 70. Geburtstag in Hamburg

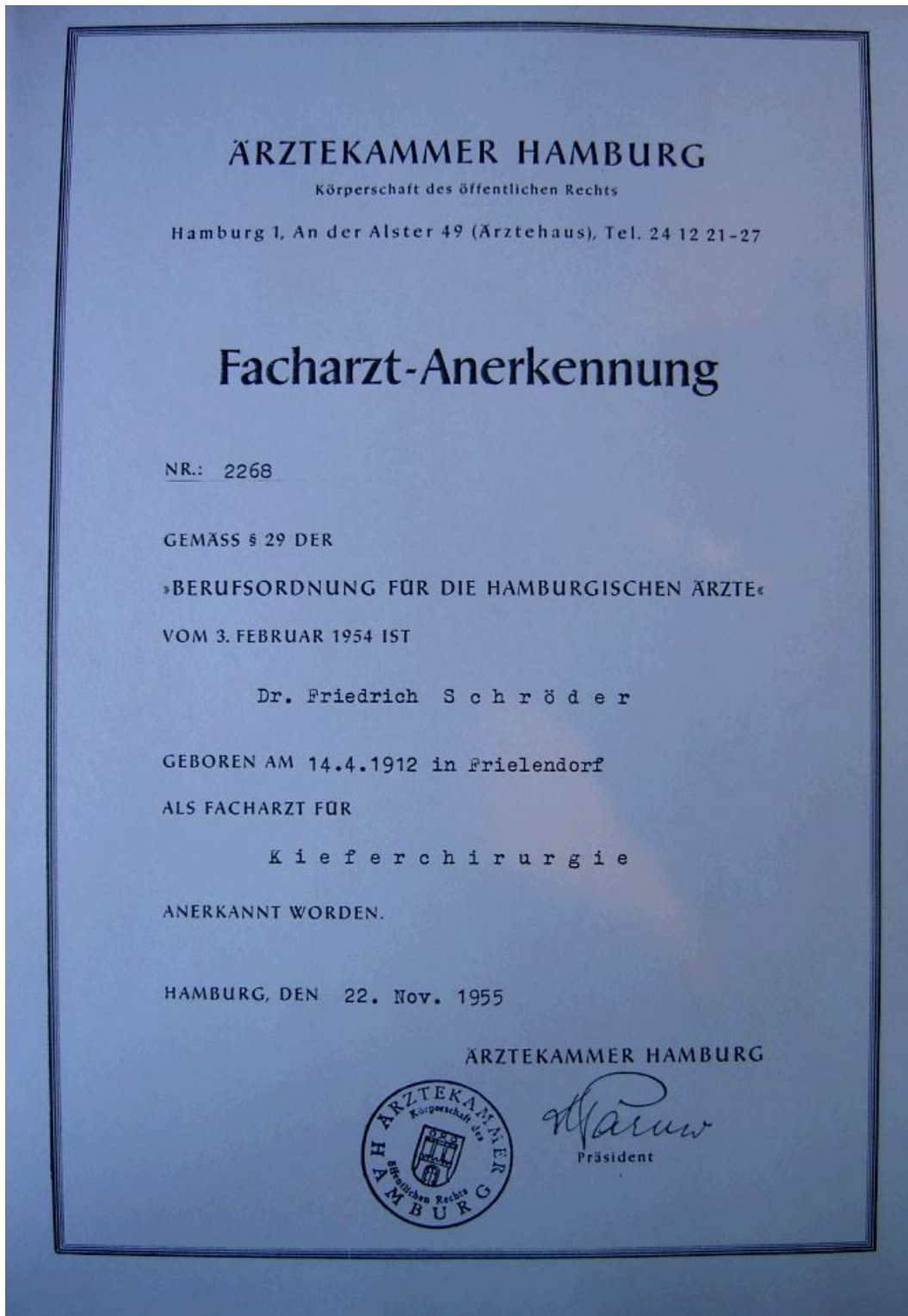


Abb. 20: Facharzturkunde Friedrich Schröders

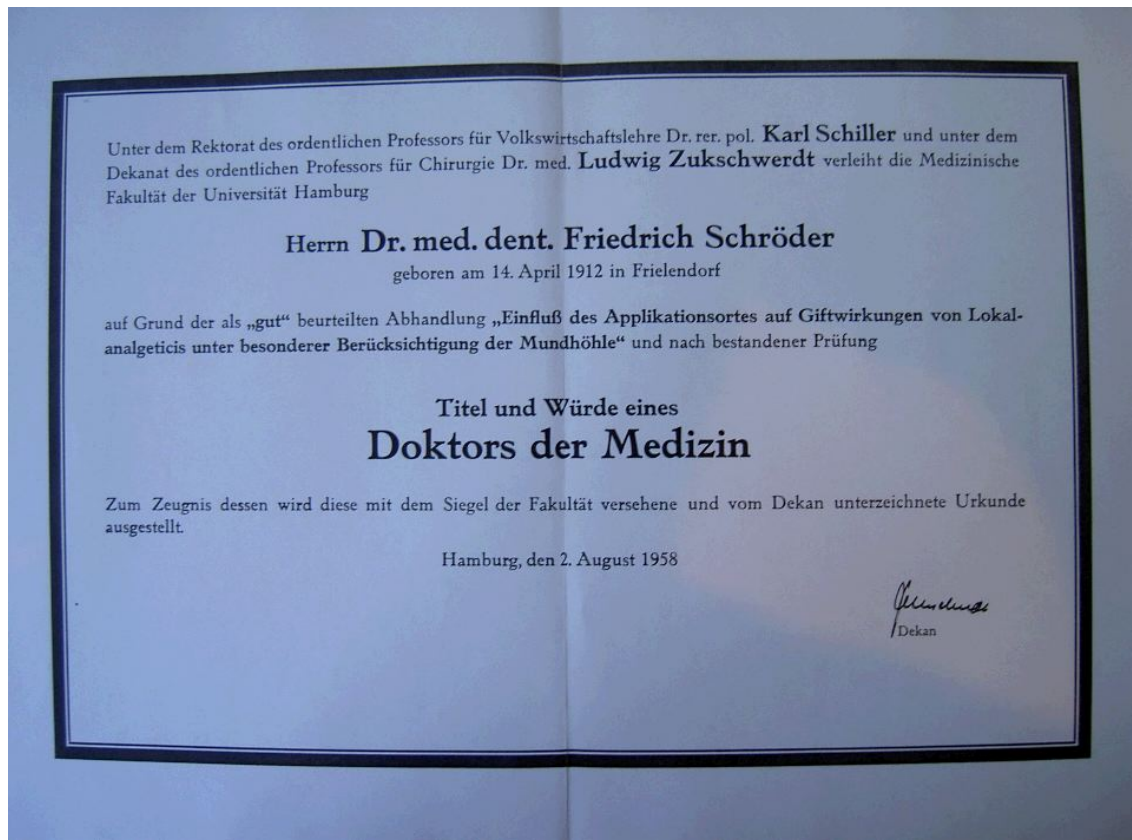


Abb. 21: Doktorbrief Friedrich Schröders

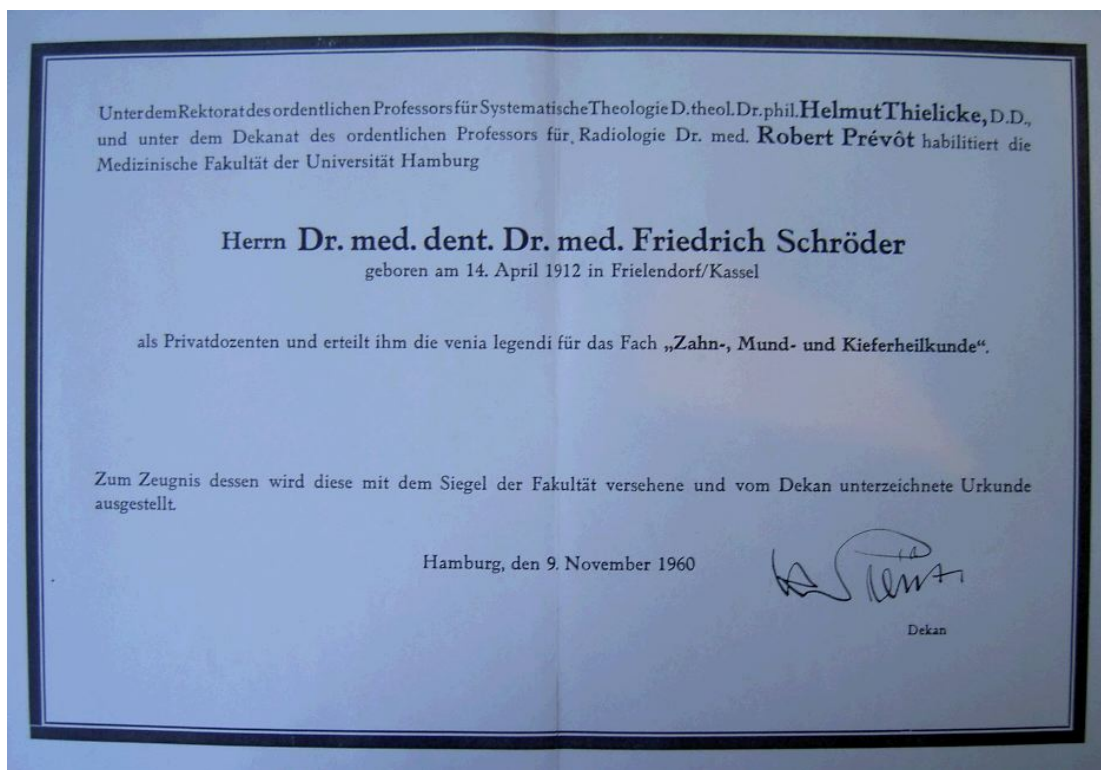


Abb. 22: Habilitationsurkunde Friedrich Schröders

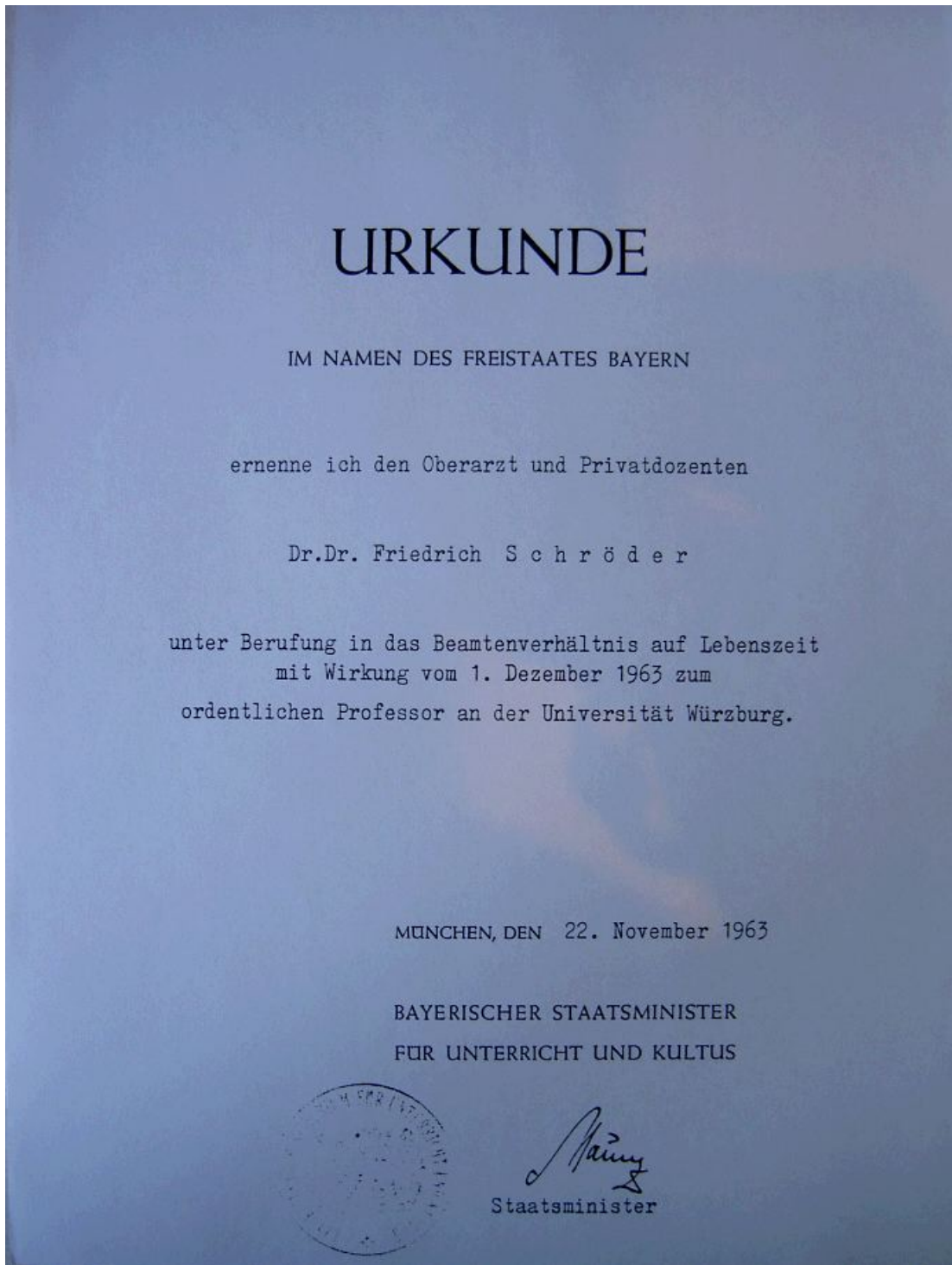


Abb. 23: Urkunde zur Ernennung zum ordentlichen Professor an der Universität Würzburg



Abb. 24: Prof. Friedrich Schröder im Kreis seiner Kollegen und Mitarbeiter in der Poliklinik der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Würzburg (Volksblatt-Bild; Bildberichterstatter Hans Heer)

Abb. 25: Prof. Friedrich Schröder in der Poliklinik der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Würzburg

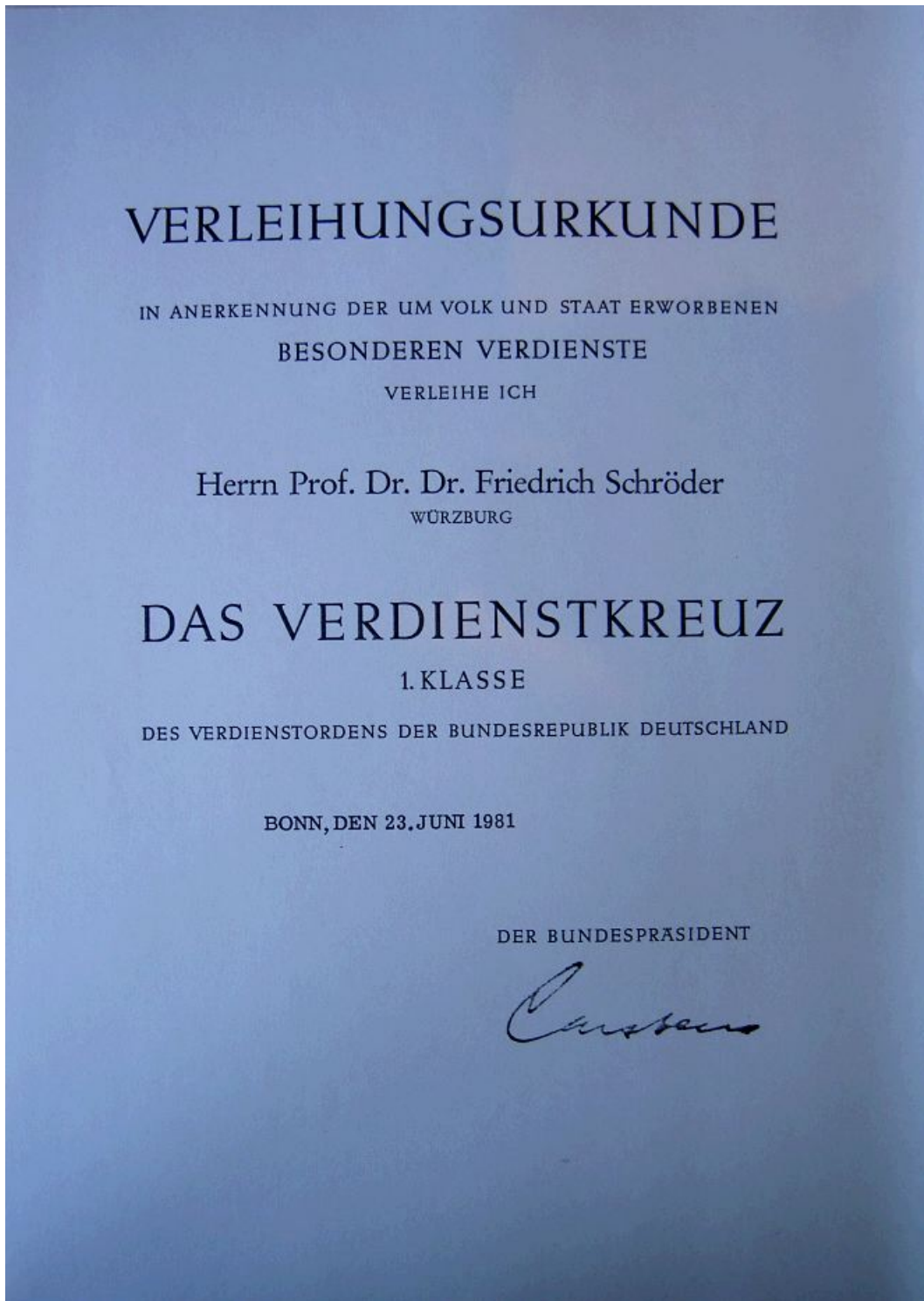


Abb. 26: Verleihungsurkunde des Verdienstkreuzes 1. Klasse



Abb. 27: Friedrich Schröder mit seiner Frau Ella Schröder

Abb. 28: Friedrich Schröders Ehefrau, Ella Schröder

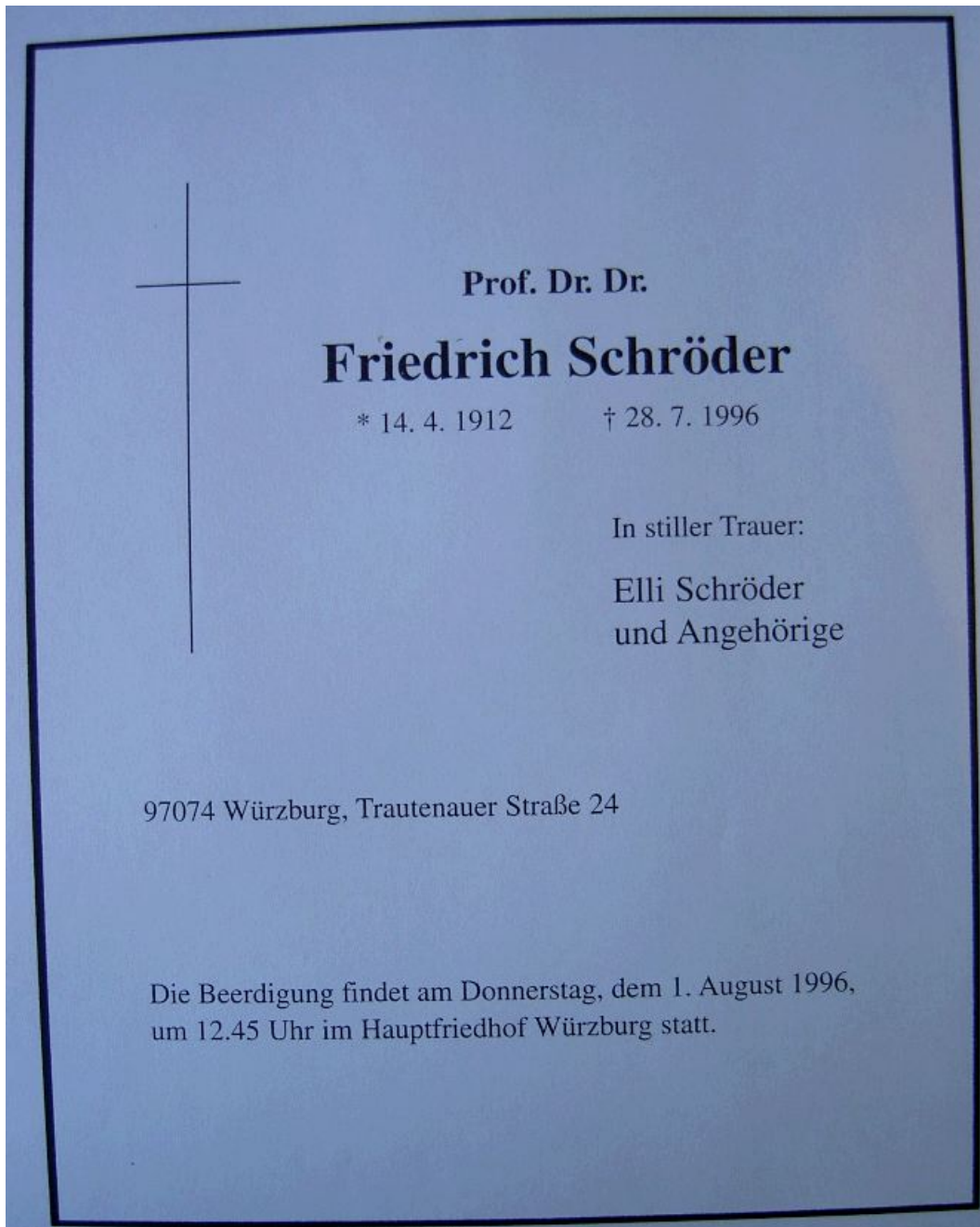


Abb. 29: Friedrich Schröders Todesanzeige

Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder gestorben

Wissenschaftler von internationalem Ruf

WÜRZBURG (HEI)

Der frühere Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Würzburg, Prof. Dr. Dr. Friedrich Schröder, ist am vergangenen Sonntag im Alter von 84 Jahren gestorben.

Nach dem Studium der Zahnmedizin und einer Assistententätigkeit in München wurde Friedrich Schröder im Zweiten Weltkrieg Sanitätsoffizier bei der Luftwaffe. Seit 1946 hatte er leitende Positionen an der Nordwestdeutschen Kieferklinik in Hamburg, der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf und der Uni-Klinik Bonn inne.

Von 1963 bis 1980 leitete Prof. Schröder den Würzburger Lehrstuhl für Zahnheilkunde. Besondere Impulse setzte er bei der Tumorbehandlung, in der plastischen Chirurgie und der Unfallchirurgie.

Prof. Schröder publizierte über 100 Artikel in deutschen und internationalen Fachzeitschriften. Er war Mitglied der britischen Royal Society of Medicine und Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse.

Abb. 30: Nachruf aus: Main-Post, Freitag 02. August 1996

Bild- und Urkundennachweis

- Abb. 1: Portrait Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 2: Die Eltern Friedrich Schröders, Maria und Georg Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 3: Friedrich Schröder mit seinem Bruder, Carl Schröder (li.) (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 4: Friedrich Schröders Geburtshaus in Frielendorf bei Kassel (Heimat & Geschichtsverein e. V. Frielendorf)
- Abb. 5: Reifezeugnis von Friedrich Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 6: Friedrich Schröder als Student (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 7: Friedrich Schröder als junger Assistenzarzt (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 8: Friedrich Schröder mit seinem Motorrad im Jahre 1952 (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 9: Approbationsurkunde Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 10: Dissertationsurkunde Friedrich Schröders (Personalakte Würzburg)
- Abb. 11: Fallschirmschützenschein (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 12: Kennkarte Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 13: Friedrich Schröder als Stabsarzt (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 14: Friedrich Schröder während des Krieges (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 15: Staatsangehörigkeitsausweis Friedrich Schröders (Personalakte Würzburg)
- Abb. 16: Bestallungsurkunde Friedrich Schröders (Personalakte Würzburg)
- Abb. 17: Friedrich Schröder (3. v. li.) und Karl Schuchardt (6. v. li.) während seiner Zeit in Hamburg (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 18: Friedrich und Ella Schröders Wohnhaus in Hamburg-Rissen, Gerlindweg 25 (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 19: Prof. Schröder und Prof. Schuchardt (li.) zu dessen 70. Geburtstag in Hamburg (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 20: Facharzturkunde Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 21: Doktorbrief Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 22: Habilitationsurkunde Friedrich Schröders (Privatbesitz der Familie Schröder)
- Abb. 23: Urkunde zur Ernennung zum ordentlichen Professor an der Universität Würzburg (Privatbesitz der Familie Schröder)

Abb. 24: Prof. Friedrich Schröder im Kreis seiner Kollegen und Mitarbeiter in der Poliklinik der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Würzburg (Volksblatt-Bild; Bildberichterstatter Hans Heer)

Abb. 25: Prof. Friedrich Schröder Mitarbeiter in der Poliklinik der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Würzburg

Abb. 26: Verleihungsurkunde des Verdienstkreuzes 1. Klasse (Privatbesitz der Familie Schröder)

Abb. 27: Friedrich Schröder mit seiner Frau Ella Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)

Abb. 28: Friedrich Schröders Ehefrau, Ella Schröder (Privatbesitz der Familie Schröder)

Abb. 29: Friedrich Schröders Todesanzeige (Privatbesitz der Familie Schröder)

Abb. 30: Nachruf aus: Main-Post, Freitag 02. August 1996

7. INDIZES

7.1. Namensindex

A

Abbé, Robert	84
Achad	70
Adler	73
Anastasov	99
Anderson, Roger	96, 126
Angle, Edward Hartley	94
Appel, Wolfgang	131
Ariel	106
Ascher	92
Axhausen, Georg	89, 90, 100, 101, 110, 112, 113, 124

B

Bardenheuer, Bernhard	99
Bauer, Otmar	18
Beck, Josef	10
Berchem, Theodor	43
Berger	108
Bergmann v., Gustav	17-19
Bernard, Claude	128
Berndt	100
Bichlmayr, Anton	92
Billo, Hans	131
Blümlein, H[]	62
Bodine	97
Böttger, Hermann	24
Boehncke	17
Bornemann, Gerhard	45, 47
Borst, Hans Georg	7, 12, 13
Bramstedt, Fritz	1, 41
Broemser, Philipp	11

Bronner, Hans	18
Brosch, Fritz	110
Bruhn, Christian	92
Brünings, Wilhelm	10, 12, 13, 18
Bruns, Victor von	128
Büttner	39
Burian	112
Burkhardt, Ludwig	18, 19

C

Calais, Peter	39
Caldwell, George Walter	92, 105
Campbell, Andrew	90
Carl, Jobst-Wilken	64, 131
Chandler	87
Conley	100, 101, 108
Converse, John Marquis	120
Cotta, H[]	66
Crile, George Washington	108
Curschmann	68

D

Dabelow, Adolf	11-13
Dahl	97
Dalatieh, H[]	64
de Quervain	108
Dhom, Georg	39, 40
Dieffenbach, Johann Friedrich	34, 128

E

Eckstein, Alois	25, 37, 38, 41-44, 47, 67, 112, 145
Edinger, D[]	66
Egli, Hans	59
Ehlert, Hermann	19
Ehrich	84

Erhard, Hubert	11
Ernst, Franz	93, 94
Ertl	129
Esser, Johannes Fredericus Samuel	78
Estlander, Jakob August	128
Ewald	74
Eymer, Karl Peter	18, 20

F

Faber, Fritz	6
Faber v., Friedrich Karl	11, 13
Falck, Karl	7, 9, 14, 80
Faupel, Hartmut	63, 64
Fehr	108
Firma Pfizer	105
Firma Renfert	95
Forst, August Wilhelm	8, 19
Frahm	72
Freemann	100
Frey, Emil Karl	17, 18
Friedl, Ludwig	15
Frisch v., Karl	11
Fröhlich, Eugen	78
Fukaya	41
Furukawa, Tadashi	41-43, 49, 144

G

Gabriel	40
Gabrijewsky	99
Ganzer, Hugo	117, 128, 129
Gerke, Josef	24
Gerlach, Walther	12
Gershkoff	97
Gillies, Sir Harold Delf	128
Goldberg	97

Gotthardt, Paul Peter	12
H	
Hacker, v. Victor	108
Hagedorn, Werner	56, 89, 91, 136
Hahn, Amandus	11
Halstedt, William Stewart	118
Hamilton, Frank Hastings	95
Hammer, Heinrich	97
Hammerfald, Gunnar	131
Hanne, Hartmut	66, 132
Hansmann	95
Hartlaub, Hermann	7
Hauberisser, Edwin	110
Hauenstein, Karl	6
Hauptmeyer, Friedrich	93
Häupl, Karl	23, 24, 112
Hegemann	118
Heieis, Gerhard	40
Heil, Günther	130
Heine, Wolf-Dieter	66
Heiss	100
Helferich, Heinrich	87
Henny	100
Henson	106, 108
Herfert	85
Hering, Hans-Jürgen	47, 49, 95
Herreiner, Ernst	63, 131
Hetzar	80
Heß, Arved	132
Heß, R[]	64
Heyden, Paul	24
Hiller, Erwin	19
Hippokrates	95
Hofer, Otto	120

Hoffmeister, Wilhelm	6
Hohmann, Georg	19
Holst, Ingeborg	31, 32
Hoppe, Wolfgang	97, 98
Horstmann	76
Hotz, Rudolf-Paul	123, 124
Hueck, Werner	19
I	
Immenkamp, Alois	92, 120
Imré, Josef	83
Ivy, Robert Henry	93, 94
J	
Johansson	112, 113, 115
Joseph, Jacques	82, 83
K	
Kallenberger, Karl	36
Kapovits, Michael	109, 126
Kares	18
Karow	69
Kazanjian, Varaztad Hovhannes	105, 106
Killian	108
Kindler, Gerhard	15
Kirschner, G[]	109
Kisskalt, Karl	13, 20
Klinke, Karl	24
Klös	5
Klumpp, Lutz	54, 67
Koelsch, Franz	19, 69
Köle, Heinz	120
Kölsch, Rudolf	132
König, Fritz	83, 100
Kösters, Maria	8

Kollmann	92
Konarzewski	108
Korkhaus, Gustav	35, 91
Kostecka, Franz	92
Kotthaus, Eberhard	40, 64
Kranz, Peter Paul	7-9, 11, 14, 50, 68, 74
Krüger, Eberhard	37
Kühl, Wilhelm	1, 39-41
Küttner, Hermann	107, 108
L	
Lane, Sir William Arbuthnot	92
Lange, Fritz	7
Lange, Roswitha	3
Lanz v., Titus Ritter	19, 53, 60, 109
Laubeck	70
Le Fort, René	95, 125
Leicher	108
Le Mésurier, Arthur Baker	26, 56, 84, 89, 113, 136
Lessentin, Rosemarie	48
Lettermann	92
Lexer, Erich	77, 82, 100, 128, 129
Lieb, Günter	39, 40
Limberg, Alexander	101
Lindemann, August	87, 92
Lindemayr	70
Link	68
Linnert, Doris	64
Linneweber, Ludwig	14, 51, 80
Löhner	94
Loewy	70
Luc, Henri	105
Lückens	94
Lumbusch v.	7
Luschka	108

M

MacCollum	87
Magnus, Georg	10
Maier, Hans	44, 45, 147
Malorny, Günther	72
Martin, Claude	100
Martini, A[] K[]	66
Matthes, H[]	62
Maunz	36
Maurer, Georg	19
Mayr, Julius Karl	13
Mayrhofer	110
McNeil, Christopher Kerr	123
Mennig	87
Meissner, Wilhelm	12
Merkel	84
Mierau, Hans-Dieter	49
Milde, H[]	61
Millard, David Ralph	101
Mimura	41
Misch	69
Mittenzwei, Hellmuth	46-49
Mollison, Theodor	12
Most	108
Mühling, Joachim	46, 66
Müller	39, 40
Müller, H[]	57, 109, 138
Müller, Martin	12

N

Nagai	41
Nassmyth	95
Naujoks, Rudolf	1, 39, 40
Neckel, Claus P[]	66, 67, 131

Neinhardt, Jörg	130
Neuber, Eduard	84
Neuschmidt	110
Nichols	97
Nordheim v., Joachim	131
Nordin, Karl Erik	112, 113, 115
 O	
Obwegeser, Hugo	92
 P	
Pack	106
Partsch, Carl	100, 110
Patz-Naujoks, Jutta	39
Perthes, Georg	78-80, 92
Petrik, Leopold	88
Petry, Gerhard	6
Pfeifer, Gerhard	16, 17, 26-28, 30, 53, 65
Pichler, Hans	87-90, 100, 113
Pieper, Karl	7, 8
Pracht, Günther	49
 R	
Ragnell	84
Reck, Walter	12
Redon	108, 111
Redwitz v., Erich Frhr.	17
Rehrmann, Alfred	16, 23, 104, 108, 129, 131
Reichenbach, Erwin	8, 9, 97, 100
Reiss	47, 135
Reuther, Jürgen	44, 46
Riedmiller, Hubertus	39
Ritter, Reinhold	69-71
Ritze, Horst	57, 109, 138

Rosenthal, Wolfgang	82, 84, 86
Roßkopf, A[]	40
Roux, Philibert-Joseph	108
Rudin, Ernst	12
Rydygier, Ludwig Ritter von	99, 100
S	
Sanvenero-Roselli, Gustavo	86
Sauer, Carl	93
Sauerbruch, Ferdinand	108
Schargus, Gerhard	39, 62-65
Scheffer, B[]	28, 56, 135
Schimert, Gustav	17
Schittenhelm, Alfred	10, 12
Schlampp, Hans	1, 93, 94
Schlemmer, Anna Martha, geb. Bernhardt	2
Schlemmer, Christoph	2
Schlenz, Holger	132
Schlössmann, Heinrich	92
Schmid, Eduard	112
Schmidt, Carl August Friedrich	15
Schmidt, Dora Catharina Adele, geb. Thede	15
Schmidt Lange, Walter	12
Schmuziger	110
Schnitzler, Julius	74
Schönberger	100
Schönborn, Karl	86
Schörcher, Fritz	12
Scholderer	28
Schott, Günther	40
Schröder, Anna Elisabeth, geb. Sandmüller	2
Schröder, Ella, geb. Schmidt	1, 5, 7, 9, 14-16, 23, 27, 31, 37, 38, 41, 44-47, 49, 51
Schröder, Carl	3
Schröder, Friedrich Karl	1, passim
Schröder, Georg	2, 3

Schröder, Hermann	94, 95, 100, 105, 108
Schröder, Horst Friedrich	1, 3, 4
Schröder, Johann Friedrich	2
Schröder, Maria, geb. Schlemmer	2, 3
Schrudde, J[]	62, 112
Schuchardt, Karl	16, 20-23, 26-29, 31, 36, 54, 56, 57, 74, 76, 79, 80, 82-84, 87, 88, 90, 92, 95, 100, 108, 109, 120, 122, 128, 129, 135, 136, 138, 141
Schulte, Willi	111
Schulz	113
Schürch	108
Schwarz, Arthur Martin	92
Schweckendieck	58, 140
Schwenzer, Norbert	28, 39, 40, 46, 58-61, 105, 140
Sedillot, Charles Emmanuel	107
Seidel, Petra	72, 76
Seifert	108
Seiser, Adolf	8
Seitz, Walter	18
Siebert, Günther	41
Skaloud	88
Skogsborg, Carl	92
Soehring, Klaus	29, 30, 72
Sonntag, Gerd	63, 132
Soranos von Ephesos	95
Spiessl, Bernd	28, 55, 136
Staubesand, Jochen	31, 76
Stein, Sophus	102
Steinhardt, Gerhard	1, 30, 88
Steinkamm	88
Stellmach, Rudolf	90, 91, 112
Stender, Fritz	45
Stenzel	95
Stepp, Wilhelm	12
Stertz, Georg	18
Straub, Walther	11, 12

Sträuli	108
Stuteville	101
Süersen, Friedrich Wilhelm	100
Szymanowski, Julius von	95
T	
Teleky	70
Tennison, Charles W[]	113
Thiel, H[]-L[]	62
Thoma, Kurt H[]	100
Trauner, Richard	93, 97, 113, 115
U	
Uri	73
Usui	41
V	
Veau, Victor	89, 91, 113
Vogt, Walther	11, 12
Vossmerbäumer, Rose	123
Voßschulte, Karl	18
W	
Wachs, Ursula	49, 64, 130
Wachsmuth, Werner	53, 60, 109
Warmke, Alexander	4
Warnekros, Ludwig	100
Wasmuth, Ferdinand	8
Waßmund, Martin	86, 93, 103, 104, 111, 117, 125
Weber, Gerhard	19
Weltz, Georg August	12
Wessely, Karl	17, 20
Wiedemann, Wolfgang	39
Wieland, Max	45, 47
Wieting, Julius	95

Will, Christoph F[]	65, 66, 133
Winter, Franz	68
Wiskott, Alfred	18
Witt, Emil	1, 39-41
Wölfer	99
Wullstein, Horst	106, 107
Wustrow, Paul	108
Wunderer, Hans	24

Z

Zange	108
Zehetmair, Hans	47
Zinnitz, Fritz	19
Zippel	25

7.2. Sachindex

A

Approbation	9, 21, 50, 51
Assistent	10, 14, 16, 32, 41, 50, 52
ATV München	7, 46, 47

B

Bleivergiftung	69-71
Bonn	1, 32, 35-37, 41, 43, 51, 91, 133, 134, 137, 138, 143
Bundesverdienstkreuz	44, 52, 146

C

Cystektomie	110
Cystostomie	110, 111

D

Düsseldorf	22-24, 28, 29, 41, 44, 51, 133, 136, 137
------------	--

E

Epidermislappen	122
Emeritierung	46, 52

F

Facharzt	25, 29, 40, 52
Federspreize	88
Fernlappen	76, 127, 129
Frakturzeichen	125
Frielendorf	2-5, 50

G

gestielte Lappen	31, 35, 56, 76, 78, 79, 86, 128, 137
------------------	--------------------------------------

H

Habilitation	23, 25, 31, 52
Hamburg	16, 17, 20-23, 25, 27-31, 35, 41, 43, 47-49, 51, 52, 55, 65, 72, 76, 133-138, 141, 145
Hautraffung	82, 83

I

Immatrikulation	5, 50
-----------------	-------

K

Kiefergelenksankylose	56, 87, 120, 136
Kopf-Kinn-Kappe	88, 89

L

Lippen-, Kiefer, Gaumenspalte	23, 33, 53, 55, 61-63, 65, 67, 83, 89, 111, 112, 114, 132, 134, 136, 142, 143
Lippenrot	83, 89-91, 124, 127, 128
Luftwaffe	14, 50

M

Marburg	5, 6, 47
München	6-10, 15-17, 20-22, 46, 50, 51, 54, 68, 136, 137, 139-143

Mund-Antrum-Verbindung	66, 102, 103
N	
Nahlappen	76, 79, 113, 127, 129
Nasenblasversuch	103
Neck dissection	108
O	
Oberarzt	1, 16, 20, 21, 23-25, 27, 30, 32, 35, 39, 51, 52
offener Biss	88, 93, 125
Osteoplastik	23, 26, 33, 61, 62, 88, 111-115, 123
P	
Privatdozent	1, 3, 37, 101, 109, 110
Promotion	31, 50, 52
R	
Reifeprüfung	5, 50
S	
Schlotterkamm	97
Spalthautlappen	122
Speichelstein	80, 81
Staatsexamen	8, 20, 21, 50, 51
Staatsministerium	13, 22, 36, 44, 48
Stabsarzt	14
T	
Tracheotomie	56, 117, 126, 135
Tuberabriss	103
U	
Unterkieferresektion	34, 59, 99, 108

V

Vogelgesicht	93, 120
Vollhautlappen	116, 121
Vorlesungen	6, 8, 10, 11, 17, 35, 39, 40, 133

W

Würzburg	1, 16, 36-44, 46-49, 52, 123, 125, 130-133, 138-140, 143, 145
----------	---

Z

Z-Plastik	86, 116, 124
Zungenkarzinom	57, 106, 108
Zwischenkiefer	86, 89, 112, 123, 124

DANKSAGUNG

Für die Überlassung des Themas, die Unterstützung bei dessen Bearbeitung und die Erstellung des Referates schulde ich Herrn Privatdozenten Dr. med. dent. et Dr. med. habil. Peter Proff meinen aufrichtigen Dank. Herrn Prof. Dr. Dr. Jürgen Reuther danke ich für die Erstellung des Korreferates auf das herzlichste.

Für die freundliche Unterstützung der Mitarbeiter des Instituts für Geschichte der Medizin in Würzburg möchte ich mich herzlich bedanken.

Weiterhin gilt mein Dank den Mitarbeitern der Universitätsarchive in München, Hamburg, Düsseldorf, Bonn und Würzburg, sowie des Bayerischen Hauptstaatsarchivs in München, die mich bei der Quellensuche unterstützten.

Danken möchte ich auch dem Heimat- und Geschichtsverein e.V. Frielendorf, der mir vielfältiges Bildmaterial zur Verfügung stellte.

Meinen ganz besonderen Dank möchte ich Frau Ella Schröder aussprechen. Ihre engagierte Hilfe und Unterstützung sowie die Überlassung ihres umfangreichen Materials hat es mir erst ermöglicht, die Arbeit in der vorliegenden Form zu erstellen. Ihrer Großzügigkeit und Hilfsbereitschaft verdanke ich viel.

Bei Herrn Privatdozent Dr. Horst Friedrich Schröder bedanke ich mich für die Hilfe, mit der er mir zur Seite stand.

Weiterhin gilt meine Dankbarkeit meinen Eltern, meiner Schwester Wencke und meiner Freundin Julia-Marie Ries, ohne deren Unterstützung die vorliegende Arbeit nicht diesen ideellen Wert besitzen würde.

LEBENS LAUF

Am 01. April 1978 wurde ich, Evelyn Dörthe Fischer, in Mittweida geboren.

Eltern Wilhelm Peter Fischer, Fachzahnarzt
geboren am 03.05.1951 in Leipzig

Gertrud Evelyn Fischer, geb. Schwarz, Fachzahnärztin
geboren am 31.03.1952 in Nossen

Geschwister Wencke Evelyn Fischer, Zahnärztin
geboren am 19.08.1976 in Mittweida

Schul Ausbildung

1984-1992 Besuch der Polytechnischen Oberschule „Clara Zetkin“ bzw. der
Mittelschule in Elsterberg / Vogtland

1992-1997 Besuch des staatl. anerkannten neusprachlichen und
wirtschaftswissenschaftlichen Gymnasiums „Schule Schloss Stein“ in
Stein an der Traun / Bayern

1997 Erlangung der Allgemeinen Hochschulreife am 27. Juni 1997

Hochschul Ausbildung

1997 Immatrikulation an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität
Würzburg am 10. Oktober 1997 und Beginn des Studiums der
Zahnmedizin an der Bayerischen Julius-Maximilians Universität in
Würzburg im November 1997

1999 Naturwissenschaftliche Vorprüfung am 12. Oktober 1999

2000 Zahnärztliche Vorprüfung am 04. Oktober 2000

2003 Zahnärztliche Prüfung am 11. Juni 2003

Approbation als Zahnärztin am 30. Juni 2003