



# **Gesichter des Ersten Weltkriegs**

**Eine Ausstellung von Objekten, Zeichnungen und Dokumenten aus  
der Sammlung Doz. Juljan Zilz**

kuratiert von Prof. Dr. Michael Fehr und Mag. Melanie Ruff

**26. Februar bis 27. November 2014**

**Zahnmuseum Wien**

Redaktion:  
Dr. Gabriele Dorffner  
Dr. Michael Fehr  
Dr. Melanie Ruff

Foto Umschlagseite: Milton Friedberg  
alle weiteren Abbildungen: Archiv des Zahnmuseum Wien

© by den Autorinnen und dem Autor sowie Zahnmuseum Wien

# Gesichter des Ersten Weltkriegs

„Die Taktik des Schützengrabenkrieges hat es mit sich gebracht, dass die Anzahl der Kopfschüsse, und unter diesen die Kieferschüsse, eine enorme geworden ist. Die kriegführenden Staaten sahen sich deshalb veranlasst, besondere Abteilungen für Kieferverletzte einzurichten, da es sich gezeigt hat, dass die Behandlung Kieferverletzter eine ganz spezielle sein muss, und von der üblichen Behandlung der Knochenverletzungen erheblich abweicht. Die folgenden Bilder geben Einblick in den Ablauf der Behandlung der Soldaten in der Kriegszahnklinik der IV. Armee.“<sup>1</sup>

Im August 1914 brach der Krieg aus, auf den man sich bereits auf allen Seiten vorbereitet hatte. Unmittelbar danach trafen die ersten Verwundeten in den Lazaretten und vereinzelt in der Heimat ein. Von den Kampfhandlungen und den daraus folgenden Verletzungen waren Männer aus allen sozialen Schichten und militärischen Dienstgraden betroffen. Einfache Soldaten wie Offiziere erlitten durch Artillerie- und Infanteriefeuer massive körperliche und psychische Verletzungen. Im Ersten Weltkrieg waren in Deutschland und Österreich nach aktuellem Stand der Forschung knapp mehr als 700.000 überlebende Soldaten von Verwundungen betroffen. Gesichtsverletzungen stellten zwar mit etwa 5-14% der Verwundeten nur eine unter vielen Formen der Kriegsverletzung dar, ihre Auswirkungen waren jedoch für die Betroffenen umso verheerender.<sup>2</sup> Schon während der Behandlung stellte sich heraus, dass neben den Schmerzen, den Schwierigkeiten beim Essen und dem Unvermögen zu sprechen oder mimisch zu kommunizieren, die Entstellungen im Gesicht für viele der Soldaten besonders schwer zu ertragen waren.

Die euphorische Stimmung zu Kriegsbeginn und die Überzeugung, ausreichend auf den Krieg vorbereitet zu sein, verblassten mit der Fortdauer des Krieges zusehends. Die Vorbereitungen stellten sich als mangelhaft heraus und entpuppten sich als Fehleinschätzungen. An den Fronten füllten sich die Lazarette wesentlich schneller als alle Vorbereitungen

<sup>1</sup> O. Müller-Widmann, Über die Behandlung von Kieferschussfrakturen, Bern 1916, S. 7.

<sup>2</sup> Vgl. Hirschfeld, Gerhard; Krumeich, Gerd; Renz, Irina (Hrsg.): Enzyklopädie Erster Weltkrieg. Aktualisierte und erweiterte Studienausgabe. Stuttgart 2009. Tabelle Kriegsverluste, S. 664-665. Ruff, Melanie: Kriegsgesichter. Gesichtsrekonstruktionen während des Ersten Weltkriegs - eine Fallstudie. Österreich in Geschichte und Literatur (ÖGL) mit Geographie 56 (2012), 272-282, S. 274.

vermuten ließen, immer mehr Verwundete trafen in den Lazaretten ein. Alle getroffenen Vorkehrungen in den Behandlungsorten – selbst auf dem Fachgebiet der Chirurgie – erwiesen sich als ungenügend.<sup>3</sup> Im Eiltempo mussten neue Sanitätseinrichtungen auf dem gesamten Kriegsgebiet geschaffen werden, und nach und nach wurden Spezialabteilungen errichtet, wie beispielsweise das k.u.k. Reservespital Nr. 17 mit seiner kiefer-chirurgischen Abteilung. 105 waren es bei den Mittelstreitkräften am Ende des Krieges.

Anhand der Berichte und Artikel in den Fachzeitschriften lässt sich die Entwicklung des Versorgungsnetzes in der k.u.k. Monarchie nachvollziehen. Im Jahr 1918 befanden sich auf dem Gebiet der k.u.k. Monarchie 53 Orte, an denen die unterschiedlichsten Gesichtsverletzungen behandelt wurden. Behandlungszentren waren in Ballungsräumen Prag und Wien angesiedelt, in Wien und Umgebung waren es 22. Die meisten von ihnen hatten einen temporären Charakter und wurden nach dem Krieg wieder aufgelöst. Durch die regelmäßig aktualisierten Listen von Behandlungsorten in der k.u.k. Monarchie lassen sich verlässliche Aussagen über den Ausbau der Versorgung treffen.<sup>4</sup> Im ersten Kriegsjahr verdoppelten sich die Einrichtungen, in den Folgejahren wurden diese nur noch vereinzelt erweitert [vgl. unten stehende Tabelle].

Behandlungsorte Deutschland und der k.u.k. Monarchie						
Jahre	1914	1915	1916	1917	1918	unbekannt
Wien u. Umgebung	11	21	21	22	22	22
Kronländer	-	25	27	27	27	27
k.u.k. Monarchie	11	49	52	53	53	53
Kronländer : Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Ungarn, Slowakei, Tschechien, Ukraine, Polen.						

3 Vgl. Hofer, Hans-Georg: Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880-1920) Wien 2004, S. 385; Vgl. zur Organisation des Sanitätswesens auch: Gunda Barth-Scalmani (2005), S. 322-325; Stölze, Astrid: Erlebnisse und Wahrnehmung von Schwestern und Pflegern der freiwilligen Krankenpflege in den Etappen des Ersten Weltkrieges. MedGG (2012), 119-144.

4 Im zentralen Organ des Zahnärztereines wurde vierteljährlich eine immer wieder aktualisierte Liste von Behandlungsorten für Gesichtsverletzte veröffentlicht. Für das deutsche Staatsgebiet fehlen systematische Angaben. Hier wurden die Behandlungsorte anhand von Berichten, Artikeln oder Erwähnungen rekonstruiert. Von einer Unvollständigkeit und Ungenauigkeit der Ergebnisse muss daher ausgegangen werden.



Frisch verwundeter Soldat der k.u.k. Armee bei Ankunft in der Klinik Zilz.  
Eine Schussverletzung zerstörte die rechte Gesichtshälfte und verletzte den Kiefer  
sowie die Wange schwer. (ZB-000572)



Motorisierter Krankentransport mit Kieferverletzten mit dem Ziel Kriegszahnklinik der IV. Armee in Lublin. Weil sie aufgrund der Verletzung oft nicht sprechen konnten, trugen die Verwundeten Tafeln mit den wichtigsten Informationen um den Hals.

(ZB-000754)



Gesichtsverletzte Soldaten warten auf den Abtransport in die Kriegszahnklinik Tarnow, die ab 1917 in Lublin stationiert war. Die bereits in einem Feldlazarett oder Verbandsplatz erstversorgten Verwundeten wurden in die auf Kieferverletzungen spezialisierte Kriegszahnklinik überstellt. (ZB-000753)



Blick von der Kriegszahnklinik auf Lublin. (ZB-000662)



Krankenraum in einem Lubliner Kloster. Aufgrund der ständig wachsenden Zahl von Verwundeten wurden Schulen, Kirchen, Klöster oder Landhäuser zu Lazaretten umfunktioniert. (ZB-000686)



## Kriegszahnklinik in Lublin

Juljan Zilz war bei Kriegsausbruch ein lang gedienter Militärarzt. 1871 in Lemberg, dem heutigen Oblast Lwiw in der Ukraine, geboren, waren ihm das ca. 200 Kilometer entfernte Lublin sowie die umliegenden Landstriche, wie anzunehmen ist, seit seiner Kindheit bekannt. Nach seinem Medizinstudium in Wien, das er 1894 als Doktor der Allgemeinen Medizin abschloss, leitete er in verschiedenen Garnisonsstädten Zahnambulatorien und war vor Kriegsausbruch im tschechischen Carlsburg tätig.<sup>5</sup> Seine Ortskenntnisse und Erfahrungen als Leiter anderer Anstalten erwiesen sich als Vorteil. 1914 gelang es ihm, seine Pläne für die Versorgung von Kieferschussverletzten umzusetzen und eine als fortschrittlich zu bezeichnende Klinik im Etappenraum zu etablieren.

Als Erstes errichtete er im Dezember 1914 drei mobile Zahnambulatorien, die sich unabhängig von den Truppenkörpern bewegten und dadurch flexibel auf Kriegshandlungen reagieren konnten. Die Feldambulatorien 1 und 2 wurden an der Front entlang des Dunajecs, einem Fluss im heutigen Polen und der Slowakei, das dritte wurde in Lublin an einem Eisenbahnknotenpunkt etabliert und als Ambulatorium im Etappenraum eingerichtet. Aus diesem Ambulatorium ging später die Kriegszahnklinik der k.u.k. IV. Armee hervor.<sup>6</sup> Zilz selbst beschrieb die Klinik als „die erste und einzige österr. ung. Kriegszahnklinik bei der 4. Armee mit einem gross angelegten klinischen Betrieb, woselbst über 3000 Kieferverletzte“<sup>7</sup> behandelt wurden. Zum Zeitpunkt dieser Aussage wusste Zilz noch nicht, dass sich dieses Konzept nicht durchsetzte und die Klinik bis zum Kriegerende in Mitteleuropa einzigartig blieb.

Von Mai 1915 bis zu ihrer Schließung aufgrund der Gebietsverluste Anfang 1918 war die Klinik in einem Kloster, verschiedenen Kasernen sowie Schulen untergebracht. Im stationären Teil gab es Betten für 300 kieferverletzte Soldaten und Zivilpersonen. Die Verwundeten wurden von Juljan Zilz, drei Assistenten, fünf Praktikanten (zwei davon waren

5 Vgl. Personalbogen Juljan Zilz, Senatsakten, 1873-1948, Sign.: S. 304.4445, Archiv der Universität Wien.

6 Vgl. Zilz, Juljan (Hrsg.): Kriegszahnärztliche Beobachtungen und Erfahrungen. Wien und Berlin 1915, S. 4.

7 Personalbogen Juljan Zilz, Senatsakten, 1873-1948, Sign.: S. 304.4445, Archiv der Universität Wien.

Zahnärztinnen aus Russland), je einem Apotheker, Rechnungsführer, Sanitätsoffizier, zwölf Zahntechnikern sowie „100 Mann“ der Sanitäts- und Traintruppe (darunter befanden sich Maler, Fotografen und Bildhauer) und „eine[r] Berufspflegerin im Stande“ betreut. Aufgrund der Ausstattung und des Personals konnten im Gegensatz zum üblichen Vorgehen klinische Aufgaben übernommen werden, die den sofortigen Abtransport ins Hinterland vorerst überflüssig machten.

Ausgestattet war die Klinik mit 21 Fuhrwerken, einer Fahrküche und 80 Pferden (inkl. Reitpferde). Es gab eine konservativ-prothetische und eine zahnchirurgische Abteilung sowie folgende Räume: Aufnahmekanzlei, Ärztliches Inspektionszimmer, Spitalskommandokanzlei, Entlausungszimmer (Bad, Friseur), Spül- und Verbandsraum, 20 Krankenzimmer (zwei davon für Offiziere), zwei Isolierzimmer, ein Schwesternzimmer, eine Apotheke, Metalltechnik, Kautschuktechnik, Räume für den ökonomisch-administrativen Dienst (Rechnungskanzlei, Magazine), Küche, Wäscherei, Verbrennungsofen, Werkstätten (Schmiede, Schlosserei, Tischlerei, Schuster-, Schneider-, Sattler- und Riemenwerkstätte).

Es war eine hoch entwickelte Klinik mit Röntgenraum, Vorrichtungen für Quarzbehandlungen der Mundhöhle mit Lampen und Quarzstäben, drei zahnärztlichen Ordinationszimmern sowie einem aseptischen Operations- und einem Sektionsraum.<sup>8</sup> Für dieses System sprachen seitens der Militärverwaltung die Kosten- sowie Zeitersparnis und seitens der Patienten eine zeitnahe Behandlung, wodurch sich die Heilungschancen erhöhen sollten, durch die eine schnelle Rückkehr an die Kampflinien ermöglichen sollten. Das lag auch im Interesse des Klinikleiters, der den Erfolg seiner Klinik an der Anzahl der frontdienstfähigen Soldaten festmachte. Die streng militärische Ausrichtung der Klinik zeigte sich auch am Selbstverständnis des Klinikleiters, der sich selbst gerne als Feldherr und die Klinik als Stützpunkt inszenierte. 1915 und dann nochmals 1916 veröffentlichte Juljan Zilz einen Lageplan der Klinik, der von Lageplänen der Armee kaum zu unterscheiden ist.

---

<sup>8</sup> Vgl. Zilz, Juljan (Hrsg.): Kriegszahnärztliche Beobachtungen und Erfahrungen. Wien und Berlin 1915, S. 7.

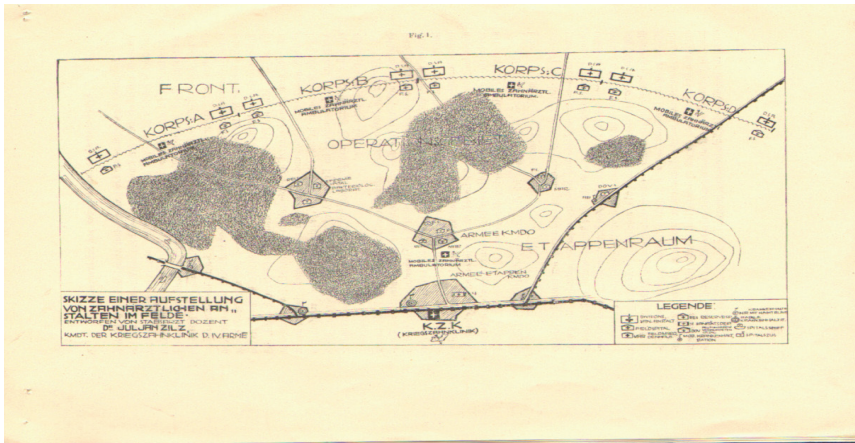


Verwundete in einem Krankenzimmer der Kriegszahnklinik in Lublin. Gruppenfotos von der Behandlungszeit waren unter den Soldaten sehr beliebt. Abzüge der Fotos wurden als Postkarten an Angehörige verschickt oder in Fotoalben gesammelt. (ZB-000692)



Krankenzimmer in einem Lubliner Kloster. Aufgrund der ständig wachsenden Zahl von Verwundeten wurden Schulen, Kirchen, Klöster oder Landhäuser zu Lazaretten umfunktioniert. (ZB-000686)

Darin sind wichtige Versorgungswege eingezeichnet (Flüsse, Straßen, Bahngleise) und militärische Räume (Etappenraum, Operationsgebiet, Front, Korpsabschnitte) und Einrichtungen (Armee-Kommando) dargestellt. Man erkennt die medizinischen Einrichtungen wie mobile zahnärztliche Ambulatorien, Reservespitäler, Divisionssanitätsanstalten, Feldspitäler oder stabile Krankenanstalten. Die Klinik selbst war als Zentrum der Versorgung in der Mitte des unteren Randes positioniert [vgl. unten stehende Abbildung].



„Skizze einer Aufstellung von Zahnärztlichen Anstalten im Felde“. Quelle: Juljan Zilz (1915b), S. 5.

Neben der Versorgung der Patienten und Patientinnen betrieb Juljan Zilz, unüblich für eine Klinik an der Front, ausgiebig Forschung. Patienten und deren Verletzungen wurden umfangreich, meist auch bildlich, dokumentiert. So entstanden in großer Zahl Fotografien, Zeichnungen und Moulagen, darunter auch wissenschaftliche Notizen zu den Patientenakten, die in dieser Ausstellung zu sehen sind.

Für die Rekonvaleszenz standen den Verwundeten Aufenthaltsräume zur Verfügung, in denen sie Karten spielten, Bücher lasen oder anderen Beschäftigungen nachgingen. Damit ähnelte die Klinik in vielen Punkten den Behandlungsräumen im Hinterland. Der Großteil der Gesichtsverletzten verbrachte einige Monate bis mehrere Jahre in den Lazaretten, Krankenhäusern oder Sanatorien.



Patient bei der Nahrungsaufnahme mit Schlauch. Gerade in den ersten Wochen der Behandlung konnten die Patienten nicht kauen oder schlucken und mussten mit Flüssignahrung versorgt werden. (ZB-000713)



Auf dem Bild sind verschiedene Behandlungsschritte bzw. Körperpraktiken dargestellt, wie beispielsweise die Essenzufuhr mit einem Schlauch (erste Reihe links) oder das Anbringen eines Verbandes (rechts im Bild). In der Mitte des Bildes ist eine junge Frau, ein ziviles Kriegsoffer, zu sehen. (ZB-000695)



Eine Gruppe von Zahntechnikern in ihrer Werkstatt. Dort wurden Epithesen, Stützapparate für Verbände oder Zahnprothesen gefertigt. (ZB-000669)



Zahntechniker der Kriegszahnklinik bei der Anfertigung von Zahnprothesen. (ZB-000708)



In der Kriegszahnklinik wurden in einem eigenen Atelier Moulagen angefertigt, um die Verletzungen plastisch und in Farbe für weitere Forschungen zu dokumentieren. (ZB-000711)

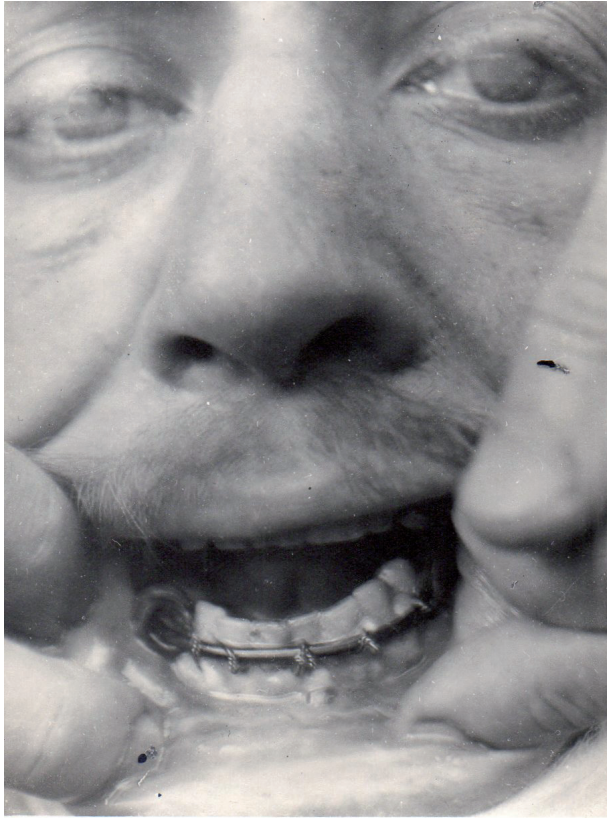


Als Ergänzung zu den Moulagen wurden von einem Zeichner auch Farbporträts von den Verwundeten angefertigt. (ZB-000666)



Patientenporträt aus einem Krankenakt der Klinik. Der Patient trägt einen Nasenstütz- und formapparat, der an einer Kopfkappe befestigt ist. (ZB-000640)

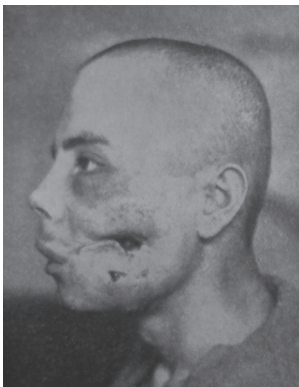




Detailaufnahme eines Drahtverbandes für die Verheilung von Kieferbrüchen. Entwickelt wurde diese Methode bereits vor dem Krieg und meist bei starken Verschiebungen der Knochenbruch-Enden angewandt. (ZB-000644)



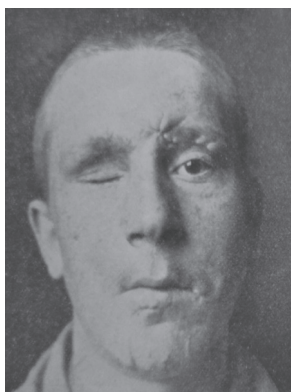
Russischer Soldat mit einer Nasenepithese, gefertigt in der Kriegszahnklinik. Möglich war die Anfertigung von Epithesen nahe an der Front aufgrund der hervorragenden Ausstattung der Prothetik-Abteilung. (ZB-000602)



„Der Infanterist wurde durch einen Gewehrschuß verwundet, wodurch er eine schwere Knochenverletzung des Oberkiefers mit Eröffnung der Kieferhöhle, eine komplizierte Fraktur des Unterkiefers und einen Weichteildefekt davontrug. Der Wangendefekt wurde durch eine plastische Deckung ausgeglichen.“ (ZB-3001, ZB-3002)



„Der Oberstleutnant wurde von rückwärts her angeschossen: das Gewehrprojektil ist von rückwärts durch die linke Wange nach vorwärts, knapp unterhalb des Gaumendaches ausgetreten und hat auf diesem Wege den vorderen Teil des harten Gaumens durchrissen, die oberen Frontzähne zerschmettert, so dass nur die Wurzel des rechten oberen Eckzahns zurückgeblieben ist. Beim Verlassen der Mundhöhle hat das Geschöß die Oberlippe in der Weise verletzt, dass sie wie eine doppelte Hasenscharte aussieht.“ Es wurde eine Gaumenplastik angefertigt, während die Oberlippe nach den Prinzipien der Wundversorgung behandelt wurde. (ZB-1001, ZB-1002, ZB-1003)



Die Darstellung zeigt eine geheilte Fraktur des Ober- und des Unterkiefers und den Ersatz des rechten Augapfels nach einer Granatschussverletzung. (ZB-2001, ZB-2002, ZB-2003)



Verwundete bei der Andacht für ihre verstorbenen Kameraden in einer Kapelle. Auch während des Krieges war es den Soldaten der k.u.k Armeen möglich, ihren Glauben zu praktizieren. (ZB-00066)



Klinikleiter Juljan Zilz (erste Reihe, Dritter von links) umringt von Verwundeten. Fotos mit Verwundeten waren bei Ärzten beliebte Andenken an deren Kriegsarbeit in den Lazaretten. (ZB-000715)



Franz Zamecnik, aufgenommen am 18. Juli 1915, neun Monate nach seiner Verwundung, und im März 1917.

## Ein Fall im Detail

Das Schicksal des Soldaten Franz Zamecnik soll hier stellvertretend für viele Leidensgenossen nachgezeichnet werden.

Franz Zamecnik wurde 1893 in Spittinau (Mähren) geboren. Er war Feinmechaniker, bevor er als Infanterist am Feldzug gegen Russland teilnahm. Am 19. Oktober 1914 wurde der erst 21-Jährige am San (Polen) durch einen Granatsplitter im Gesicht schwer verwundet. Er wurde im Etappenraum behandelt, wo er neun Monate blieb, bis er ins k.u.k. Reservespital Nr. 17 (Spezialheilanstalt für Kiefferverletzte) in Wien transferiert wurde. Diese Spezialheilanstalten entstanden vermehrt im Laufe des Krieges durch die Notwendigkeit, die Gesichtsverletzten weiter zu behandeln.

Aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit der Invalidität und der damit verbundenen Dienstuntauglichkeit wurde viel wissenschaftliche Ar-

beit in die Heilung von Pseudarthrosen (nicht zur Heilung kommende Knochenbrüche) investiert und auch bewusst ein hohes Risiko bei Eingriffen eingegangen. Eine Möglichkeit, die Pseudarthrose zu heilen, war die Knochentransplantation. Diese Behandlungsmethode wurde auch bei Franz Zamecnik angewandt, war jedoch nicht sehr erfolgreich. Er wurde nach mehr als zweieinhalb Jahren Behandlung und etwa 100 Eingriffen als „zu jedem Dienst untauglich“ und mit einer 50%igen Erwerbsunfähigkeit entlassen.

In dem in Österreich gewählten Weg des Umgangs mit Kriegsoptionen wurde die Fürsorgepflicht des Staates aus der Wehrpflicht abgeleitet. Dabei ging man von einer Arbeitspflicht für invalide Soldaten aus, denn Leitprinzip der Kriegsbeschädigtenversorgung war die Entschädigung der wirtschaftlichen Folgen der Verwundung, nicht die der erlittenen Schmerzen. Mit Hilfe von Attesten der behandelnden Ärzte, des Amtsarztes und eines Invalidenarztes wurde die Höhe der Unterstützung bemessen. Im Falle von Franz Zamecnik setzte die Superarbitrierungskommission (zur Überprüfung der Wehrfähigkeit nach einer Verwundung) die Bewertung der behandelnden Ärzte, die eine 50%ige Erwerbsunfähigkeit festgestellt hatten, nicht um, sondern setzte eine Berufsunfähigkeit von 25% fest.

Um bei invaliden Soldaten die Erwerbsfähigkeit zu optimieren und damit die Kosten für die Versorgung zu senken, wurden in den Invalidenschulen Weiterbildungs- und Umschulungskurse angeboten. Für Franz Zamecnik garantierten die Umschulungsmaßnahmen die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und den Aufstieg in eine wirtschaftlich besser gestellte Beschäftigung, denn die Verwundeten galten als „sozial“ nicht geheilt, solange sie nicht die bürgerliche Erwerbsfähigkeit wiedererlangt hatten. Damit verband sich das Ziel, den Verwundeten die Rolle des männlichen Familienerhalters zu ermöglichen. Die Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag und die Aufrechterhaltung der Rolle des Mannes als Ernährer der Familie sind dabei im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Strategien zu einer spezifischen Rekonstruktion der Geschlechtsverhältnisse nach dem Krieg zu sehen. Dies spiegelt sich auch in Diskussionen über die Heiratschancen der Gesichtsverletzten wider. So wurde neben wirtschaftlichen, medizinischen und militärischen Aspekten auch deren „zerstörtes“ männliches

Erscheinungsbild diskutiert. Gesichtsverletzte Soldaten, so die Meinung der behandelnden Ärzte, litten psychisch an den Entstellungen und fürchteten unter anderem, abschreckend auf Frau und Familie zu wirken.

Unverheiratete und arbeitslose Männer hatten es in dieser Hinsicht noch schwerer. Mit diesen Konsequenzen musste auch Franz Zamecnik rechnen, der als lediger Invalide aus dem Krieg zurückkehrte.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Quellen: Superarbitrierungsakten aus den Lazaretten in Wien und Lublin, Patientenakten, medizinische Schriften, zeitgenössische Berichterstattung, Nachlässe.



## Beschreibungen von Büsten, Reliefs und Knochenpräparaten

1 (ZE-000199) ausgedehnte Weichteilverletzung der linken Wange und im Kinnbereich bis zur Mittellinie rechts. Möglicherweise mit Unterkieferdefekt, mäßige Narbenbildung.

2 (ZE-000224) Oberkiefer, Orbita- und Nasendefekt links bis Region 13, Unterkieferfraktur Region 38 mit Drahtosteosynthesen, Zahnfrakturen 35-37.

3 (ZB-000124) ausgedehnter Defekt von Unterkiefer- und Kinnbereich, Unterlippe, rechter Mundwinkel und tiefer Einriss der Zunge rechts.

4 (ZE-000128) ausgedehnte Mittelgesichtszерtrümmerung rechts, offensichtlich operiert unter Bildung eines Schwenklappens von submandibulär mit Verziehung von Oberlippe, Mundwinkel und Nase. Höchstwahrscheinlich disloziert, verheilte Fraktur im Kieferbereich rechts, inkompletter traumatisch bedingter Lippenschluss.

5 (ZB-000133) narbige Verziehung der Unterlippe und des Weichteilkinn.

6 (ZB-000121) ausgedehnter knöcherner- und Weichteildefekt von Unterkiefer und Kinn. Verlust der nahezu gesamten Unterlippe, Alveolarfortsatzfraktur mit Dislokation Oberkiefer rechts, dementsprechend heraushängende Zunge.

7 (ZB-000134) narbige Verziehungen im Unterkiefer- und Halsbereich, vorwiegend links mit Verziehung der Unterlippe bis zum Vestibulum sodass ein insuffizienter Lippenschluss entsteht.

8 (ZB-000135) submandibuläre Narbe mit Einziehung links. Verdacht auf knöchernen Defekt.

9 (ZB-000139) tiefe Verletzung von präaurikulär links bis zum Ansatz des rechten Nasenflügels, Verletzung von Jochbein, Nasenbein und knöchernen Oberkiefer, Absinken des Oberkiefers links, dadurch Verziehung der Mundspalte.

10 (ZE-000239) transportabler Militär-Zahnarztstuhl.

11 (ZE-000225) Unterkieferdefekt links einschließlich Kiefer- und Gelenksfortsatz aufsteigender Ast, sowie Oberkiefer-Defekt 13-15.

- 12 (ZE-000226) paramediane Unterkiefer-Fraktur links, Defektfraktur im Unterkiefer, Kieferwinkel links, wahrscheinlich Osteosynthese paramedian.
- 13 (ZE-000227) Demonstrationsmodell für Unterkiefer-Osteosynthese.
- 14 (ZE-000228) Trümmerfraktur von Unterkieferfrontbereich und Längsfraktur des Unterkiefer-Astes rechts, Mittelgesichtsfraktur Le Fort I und II links.
- 15 (ZE-000229) Demonstrationsmodell der stärksten Mundschließer. (Musculus pterygoideus lateralis und medialis).
- 16 (ZE-000231) Trümmerfraktur mit ausgedehntem Defekt des Mittelgesichts, Trümmerfraktur des aufsteigenden Astes links, Fehlen der Orbitalwände der Nase und Verlust des Oberkiefers links bis 13.
- 17 (ZE-000232) Schusskanal durch den Oberkiefer von rechts nach links. Le Fort 1 rechts und 1 und 2 links, Verlust des linken Orbitalbodens des Oberkiefer-Frontbereiches, Fehlen des Unterkiefers.
- 18 (ZE-000233) doppelte Unterkieferfraktur mit Alveolarfortsatz-Fraktur, doppelte Unterkiefer-Fraktur in Region 32 und 48, Alveolarfortsatz-Fraktur 31-34 und Zahnfrakturen 33 und 35.
- 19 (ZE-000235) Unterkiefer mit Defektfraktur im aufsteigenden Unterkieferast, Unterkiefer-Fissur von Kieferwinkel bis Region 36, Schrauben, Osteosynthese und Drahtligaturen für eine intermaxilläre Fixation (IMF).
- 20 (ZE-000236) Defektfrakturen Linker Kieferwinkel und paramedian rechts mit Versuch einer zarten Drahtosteosynthese durch den Zahn 43 und Drahtosteosynthese einer Unterkiefer-Collumfraktur links.
- 21 (ZE-000237) Unterkiefer-Fraktur mit Defekt in aufsteigendem Unterkieferast sowie dislozierte Fraktur Region 37.
- 22 (ZE-000242) Instrumentenkasten.
- 23 (ZB-000137) ausgedehnter Defekt von Oberkiefer, Wange und Nase, vorwiegend links.
- 24 (ZB-000136) ausgedehnter Knochen- und Weichteildefekt an Unterkiefer

und Kinn links mit narbigen Einziehungen.

25 (ZB-000132) deutliche Schwellung und Verziehung der linken Wange, der Nase und des Mundwinkels nach rechts, vermutlich tiefer Jochbeindefekt links mit Ektropium des linken Unterlides, traumatischer Largophthalmus.

26 (ZB-000175) ausgedehnte Verletzung mit Defekt von rechter Wange, Mundwinkel, Oberlippe und linker Wange. Wahrscheinlich beidseitige Unterkiefer-Fraktur und teilweiser Verlust des Oberkiefer-Alveolarfortsatzes beidseits.

27 (ZB-000200) tiefe Weichteilerreißung im Unterkiefer und Halsbereich rechts, vermutlich auch mit Knochenverletzung.

28 (ZB-000176) tiefe Weichteil- und Knochenwunde mit wahrscheinlichem Knochen- und Weichteildefekt im Kinnbereich. Dislozierte Unterkiefer-Fragmente, zurückgefallene Zunge.

29 (ZB-000211) ausgedehnter Unterkiefer- und Kinndefekt von Region 36-46 mit Weichteilerreißung des rechten Mundwinkels und der Unterlippe, weit zurückgefallene Zunge.

30 (ZB-000187) Weichteilerreißung des rechten Mundwinkels und der angrenzenden Wange.

31 (ZB-000209) ausgedehnter Defekt des Unterkiefer-, Kinn- und Unterlippenbereiches.

32 (ZB-000120) ausgedehnter Defekt im Unterkiefer- und Kinnbereich, sowohl knöchern als auch vermutlich Weichteile betreffend. Mit Verlust des zahntragenden Abschnittes von 31-45. Offensichtlich lose Unterkieferfragmente, die nicht in Okklusion gebracht werden können.

33 (ZB-000138) tiefer Defekt von Unterkiefer (34-45) und Mundboden, ausgedehnte Zerreißen, eventuell Schussverletzung submandibulär rechts, Erstickungsgefahr durch zurückfallende Zunge.

34 (ZB-000130) hochgradig narbig verzogenes Mittel- und Untergesicht, vorwiegend rechts, inklusive Nase, vermutlich Versuch einer prothetischen Versorgung im Unterkiefer, offene Mundspalte, fehlender rechter Mundwinkel, vermutlich Ausheilungszustand.

35 (ZB-000188) Wahrscheinlich Ausheilungszustand eines Unterkiefer-Unterlippen-Defektes links, tiefe perforierende Einziehung im Kinnbereich links, vermutlich Versuch einer prothetischen Überbrückung des Unterkieferdefektes.

36 (ZB-000213) ausgedehnte narbige Verziehungen im Unterkieferbereich rechts mit partiellen Verlust der Unterlippe und Rekonstruktionsversuch mit einem Rolllappen unbekannter Herkunft.

37 (ZB-000217) ausgedehnter Defekt von Oberlippe und Unterlippe und Vorbereitung eines Rolllappens unbekannter Herkunft. Defekt des Naseneingangs.

38 (ZB-000189) Rolllappen, Zustand nach subtotalem Verlust der Unterlippe links mit Rekonstruktion durch einen gestielten Weichgewebslappen unbekannter Herkunft.

39 (ZB-000182) narbige Ausheilung, wahrscheinlich nach Unterkieferfraktur und ausgedehnter Defekt der Unterlippe links, unvollständiger Mundschluss.

40 (ZB-000186) tiefer, narbiger Defekt von Oberlippe und Mundwinkel links, sowie paranasal mit freiliegendem Nasenbein (eventuell auch Siebbein). Deutlicher Höherstand des linken Auges (vermutlich dislozierte Jochbeinfraktur).

41 (ZB-000816) Frische, tiefe, perforierende Wangenverletzung rechts unter Einschluss des Kieferwinkels und der Parotisregion, der Ohrmuschel und des oberen Halsbereiches. Eine Verletzung der oberen Äste des N. facialis scheint nicht vorzuliegen, weil eine Lähmung der Stirne oder der Augenlider nicht erkennbar ist.

42 (ZB-000814) Frische, tiefe, perforierende Zerreißen von Unterlippe, Kinn und Unterkiefer bis in den Mundboden und den oberen Halsbereich.

43 (ZB-000815) Es dürfte sich um den gleichen Patienten wie in Bild 41 handeln: Ausheilungszustand mit ausgedehntem Defekt im Kinn-, Hals-, Unterkiefer- und Unterlippenbereich, offenem Mund und Versuch einer prothetischen Versorgung, mit der aber wegen der Knochen- und Weichteildefekte dennoch keine ausreichende Abdichtung des Mundes (z.B. beim Sprechen oder Schlucken) erzielbar ist.

44 (ZB-000784) Gleitschiene mit einem Dorn, der ein seitliches Abweichen verhindert.

- 45 (ZB-000797) Drahtschiene mit einer schiefen Ebene, um Abweichungen zu verhindern. Gut sichtbar ist die Befestigung an den Zähnen.
- 46 (ZB-000792) Darstellung eines Drahtverbandes mit einer schiefen Ebene, die auf der gesunden Seite angebracht wird, um ein Abweichen zu verhindern.
- 47 (ZB-000791) Immediatprothese für den Unterkiefer und Situation in situ.
- 48 (ZB-000785) 4 Abbildungen: Scharnierschiene und Kieferteilprothesen.
- 49 (ZB-000787) Zeichnung einer Scharnierschiene mit Gaumenplatte.
- 50 (ZB-000788) Darstellung eines Drahtverbandes.
- 51 (ZB-000793) 3 Abbildungen einer Metallschiene und ihre Anwendung.
- 52 (ZE-000172) Metallschiene für Unterkiefer.
- 53 (ZE-000219) Teilprothese auf einem knöchernen Unterkiefer.
- 54 (ZE-000220) Metallschiene auf einem Unterkiefermodell.
- 55 (ZE-000221) Oberkieferprothese mit abnehmbarer Knochenplastik.
- 56 (ZE-000222) Drahtschiene mit Fixierbogen auf einem Gipsmodell.
- 57 (ZE-000230) Drahtschiene für den Frontzahnbereich eines Unterkiefers (Knochenpräparat).
- 58 (ZE-000171) Gipsmodell mit einer Gleitschiene (nach Schröder). Der Dorn verhindert das Abweichen.
- 59 (ZE-000223) Gipsmodell mit einer abnehmbaren Gleitschiene.



## **Zahnmuseum Wien**

Eingang Währingerstraße 25a, A-1090 Wien  
im Hof rechts

Öffnungszeiten: mittwochs und donnerstags 10-13 u.n.V.  
Anmeldung bitte unter:  
[johannes.kirchner@meduniwien.ac.at](mailto:johannes.kirchner@meduniwien.ac.at) oder Tel. +43 664 104 8098