

Zeitschrift: Allgemeine schweizerische Militärzeitung = Journal militaire suisse =
Gazetta militare svizzera

Band: 64=84 (1918)

Heft: 39

Artikel: Ein Beitrag zum Sanitätswesen in der Armee

Autor: Bircher

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-34488>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 07.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ein Beitrag zum Sanitätswesen in der Armee.

Die Mobilisation und der Grenzbesetzungsdienst haben nicht nur dem Fachmann und Truppenoffizier, sondern auch dem Laien gezeigt, daß im Sanitätsdienste der Armee etwas nicht stimmt, d. h. daß wir für den Krieg nicht vorbereitet sind. Es kann sich für uns nicht darum handeln, den oder die Schuldigen festzustellen, sondern vom Standpunkte des Truppenoffiziers aus, der auch vom Fache etwas versteht, Vorschläge zu machen.

Vorerst sei mir aber aus Gründen der Pietät erlaubt darauf aufmerksam zu machen, daß von dem, was ich hier vortrage, einiges nicht neu, sondern schon vor Jahrzehnten d. h. bald 20 und mehr Jahren auf Grund eigener Kriegserfahrung und eingehender langjähriger Friedensarbeit von meinem Vater verlangt worden ist.

1. Vermehrte und verbesserte Ausbildung der Sanitätsoffiziere für den Gefechtssanitätsdienst, speziell in der Kriegschirurgie.

2. Bereitstellung genügender materieller Mittel für den Kriegs- und Epidemienfall.

Das erstere wurde recht nebensächlich in den sogen. taktisch-klinischen Kursen von oft dazu nicht Berufenen und mit der Materie wenig vertrauten Lehrern vorgetragen. Die Kriegschirurgie war vielen Sanitätsoffizieren und vielen Akademikern vor dem Kriege eine unbekannte Größe — nicht nur — in der Schweiz. So sah man bald nach Beginn des Krieges in wissenschaftlichen Publikationen Neuigkeiten vom Kriegsschauplatz mitgeteilt, die dem Kenner etwas recht altes darstellten.

Für das zweite wurde verlangt (das erste Mal 1888), daß gerade mit Rücksicht auf Epidemien am *Standorte* der Truppen Barackenlazarette errichtet werden und daß derartige transportable Baracken, mindestens zwölf an der Zahl, zum sofortigen Abtransport bereit stehen sollten.

Dies als historische Reminiszenz.

Der Sanitätsdienst unserer Armee war beim Kriegausbruche eine getreue Kopie des deutschen Sanitätsdienstes, der zum Teil auf den Erfahrungen von 1870/71, zum Teil des russisch-japanischen Krieges beruhte.

Der Krieg hat dann aber an den Sanitätsdienst weit größere Anforderungen gestellt als man erwartet hatte. Speziell der Stellungskrieg in seiner Ausdehnung verlangte eine ganz andere Ordnung des Sanitätsdienstes, als wie er tatsächlich vorgesehen war, der eben nur für den Bewegungskrieg berechnet war.

Die kriegführenden Staaten haben materiell und personell diesen veränderten Anforderungen sich angepaßt, bei uns ist dies soweit wir es beurteilen können, nicht in erwünschtem Maße der Fall gewesen. Es sei denn, daß sklavische Nachahmung fremder Vorbilder auch für uns das beste sei.

Gerade aber beim Militärsanitätswesen einer Milizarmee muß die sklavische Nachahmung fremder Vorbilder zu Uebelständen führen.

Das heißt noch lange nicht das Gute fremder Armeen verwerfen, aber es ist oft recht schwierig dies der Eigenart unserer Armee und unseres Landes, noch mehr unseren Hilfsmitteln anzupassen.

Die Haupttätigkeit des Arztes im Kriege ist eine *chirurgische*, daneben kann ausnahmsweise eine

vermehrte Tätigkeit als interner Mediziner kommen oder noch mehr eine prophylaktisch-hygienische. Alle diese Disziplinen sind spezielle Fachgebiete und verlangen eine gesonderte Tätigkeit im Kriege.

Der Truppenarzt muß aber vornehmlich auf dem chirurgischen, wir sagen ausdrücklich nicht nur kriegschirurgischen Gebiete speziell ausgebildet sein. Das wird im Kriege sein tägliches Brot sein. Um diese seine Haupttätigkeit richtig erfüllen zu können, müssen die personellen und materiellen Hilfsmittel in richtiger Weise organisiert sein.

Kriegschirurgie ist Unfallchirurgie, die auf dem Schlachtfelde beginnt, im Heimatslazarett oft endet. Es darf weder generalisiert, noch schematisiert, noch individualisiert werden. Die Kriegs- (oder für den Sanitätsdienst bessere Bezeichnung da subordiniert) Feldchirurgie, hat sich in ihrer Entfaltung den allgemein anerkannten Grundsätzen der Truppenführung anzuschließen, d. h. der Gesamtlage des Gefechtes, der Kampfform (ob Stellungs- oder Bewegungskrieg) unter Würdigung von Raum, Zeit und Mittel anzupassen.

Diese Feldchirurgie besorgt nur die erste Hilfeleistung und chirurgische Behandlung unmittelbar hinter der Front, d. h. sie hat der *militärischen Situation ihre chirurgische Tätigkeit nach Personal und Material* und Verwundetenzufluß zu entsprechen.

Das weitere, der Abtransport der Verwundeten oder chirurgisch Versorgten hängt selbstverständlich von der militärischen Situation ab.

Allgemein gesprochen kann man zwei große Gruppen der *militärischen Situation* für diesen Betrieb unterscheiden.

1. Betrieb bei starkem Verwundetenzustrom, Bewegungskrieg, Gefechts-Arbeit auf dem sogen. Hauptverband (Poste de chirurgie d'urgence).

2. Betrieb bei ruhigerem Verwundetenzufluß. Feldlazarett, Stellungskrieg (Ambulance divisionnaire).

Um nun diese Stellen militärisch und fachgemäß in Betrieb zu setzen, bedarf es in erster Linie der dazu geeigneten Leute. Dazu braucht es in erster Linie nicht nur wie man etwa meint hervorragende militärisch-taktische Kenntnisse, sondern mehr noch speziell *chirurgisch* - fachtechnische Kenntnisse.

Können schon nicht alle Chirurgen eine derartige Stelle versehen, da sie pedantische langsame Arbeiter, sogen. Lehrbuch-Chirurgen sind, denen die geistige Frische und Beweglichkeit auch für militärisch-sanitätstaktische Fragen abgeht, so ist es ganz ausgeschlossen, daß jeder beliebige praktische Arzt oder gar Spezialist auf einem andern Gebiete, auch wenn er noch so tüchtig ist, vom richtigen Gesichtspunkte aus fachtechnisch und in richtiger Beurteilung der Lage diese Fragen lösen wird.

Im Stellungskriege ist dies noch unendlich leichter als im Bewegungskriege, wo es heißt den Zustrom und Abfluß in gleiche Verhältnisse bringen, daneben aber auch die Zeit einbringen, um die Notoperationen auszuführen, die sich doch bis zur Versorgung von Bauchschüssen, Schädelschüssen, Brustschüssen erstrecken müssen.

Im Stellungskriege können schon bessere Vorbereitungen für Aufnahme, eiternder und nicht eiternder Fälle getroffen werden, wobei noch viel ausgedehnter operative Chirurgie getrieben werden kann und getrieben werden muß.

Speziell der französische Sanitätsdienst hat in dieser Richtung Vorbildliches geschaffen.

Sehen wir kurz dem Gang der Verwundetenbehandlung dort zu.

1. Etappe: Hilfsposten beim Bataillon (Truppenverbandplatz?) 200 bis 300 m von der Feuerlinie entfernt. Die Wunde wird gereinigt verbunden. Knochenbrüche event. immobilisiert.

2. Etappe: Haupthilfsposten (Hauptverbandplatz) beim Regiment. Hier werden schon kleinere Notoperationen ausgeführt.

3. Etappe: Für schwer Verletzte und nicht zum Transport geeignete ist der Posten der dringlichen Chirurgie oft in unmittelbarer Nähe. Hier werden Operationen der Bauchhöhle, der Brust und des Schädels ausgeführt.

Transportfähige werden per Automobil in die Ambulanz der Division (Feldlazarett) überführt. Diese Ambulanzen weisen ganz moderne chirurgische Einrichtungen auf, die manchem Spital gut anstehen würden.

Von dort kann der Abtransport in die Zivil- oder Territorialspitäler stattfinden.

Nicht unähnlich wickelt sich der deutsche Sanitätsdienst ab. Je nach der Gliederung im Stellungskriege werden bei breiter Front Regiments-, Bataillons- oder gar Kompagnie-Verbandplätze angelegt, vorzugsweise bei tiefer Gliederung Brigadeverbandplätze.

Die Truppenkrankenträger müssen den Verbandplatz in einer halben Stunde erreichen können, in dem oft schon recht helle Räume als Verbandselbst Operationszimmer sich vorfinden.

Die Haupttätigkeit wickelt sich auf den 4 bis 6 km hinter der Front liegenden von der Sanitätskompagnie errichteten Hauptverbandplätzen ab, die zum mindesten mit Strohsäcken, meist aber mit Feldbetten ausgerüstet sind und oft bis 200 Verwundete pro Division aufnehmen können.

Hier werden alle nicht transportablen Fälle operiert, während die transportablen in die außerhalb des Artilleriefuerbereichs liegenden Feldlazarette (an einer Eisenbahn liegend) transportiert werden.

Der kontinuierliche Abtransport ist Sache der Sanitätskompagnie, vor allem die Entlastung des Sanitätspersonals der Truppe, um möglichst weit vorne die Verwundeten entgegen zu nehmen. Zu diesem Zwecke sind die deutschen Sanitätskompagnien auf drei Züge erhöht worden, dagegen besitzt die Kampfdivision zu drei Regimentern nur mehr eine Sanitätskompagnie, die sich ebenfalls wie die Regimenter in Stellungenabteilung, Bereitschaftsabteilung und Ruheabteilung gliedert.

Die Kriegserfahrung lehrt also unbedingt, daß sowohl im Bewegungskrieg wie im Stellungskriege die chirurgische Tätigkeit nach vorne geschoben worden ist, sehr oft nahe an der Kampflinie liegt.

Die wichtigste Tätigkeit der Sanitätsformationen besteht nicht nur im Abtransport der Verwundeten, im Anlegen von Verbänden, sondern weit mehr noch in einer oft ausgedehnten operativen Tätigkeit.

Unsere heutige Organisation des Sanitätsdienstes kann weder personell noch materiell diesen Anforderungen genügen.

Es muß in dieser Richtung unbedingt eine Umänderung in Organisation, Material und Ausbildung stattfinden, wenn wir nicht die bittersten Ueber-raschungen erleben wollen.

Unsere Truppenärzte sind fast ausnahmslos tüchtige praktische Aerzte, die den Forderungen

des Friedens, speziell Unfallchirurgie zum großen Teil genügen. Doch finden sich zahlreiche darunter, die als Spezialisten oder aus andern Gründen sich zur Ausübung der chirurgischen Tätigkeit *nicht* berufen fühlen, den Anforderungen des Sanitätsdienstes im Kampfe nicht gewachsen sind.

Von den Regimentsärzten, die event. einem Poste de secours principal vorstehen müssen, muß die sofortige einwandfreie Ausführung der dringlichen Operationen, Blutstillung, Luftröhrenschnitt etc. verlangt werden. Das ist nicht durchweg der Fall.

Ganz ungenügend sind in dieser Hinsicht die Sanitätskompagnien organisiert. Materiell mögen die zur Verfügung stehenden Instrumente und Materialien knapp genügen, um eine kleine Serie von Operationen auszuführen. Dagegen fehlen diesen Kompagnien durchweg genügend ausgebildete chirurgische Hilfskräfte, die fähig sind, in nützlicher Frist rasch hintereinander technisch richtig Bauch-, Brust- und Schädeloperationen auszuführen, alles Eingriffe, die eine gründliche jahrelange praktische Ausbildung verlangen und die *nicht* in theoretischen Kursen von *vier bis sechs Wochen* erworben werden können. Zu diesem Zwecke werden in Deutschland und Frankreich die Militärärzte *jahrelang* an chirurgische Kliniken zur nötigen Ausbildung abkommandiert, was in einer Milizarmee nicht möglich ist. Von unsern Sanitäts-offizieren hier gute Arbeit verlangen heißt unmöglich erfüllbare Aufgaben stellen.

Wir haben in der Schweiz vollständig genügend Chirurgen, um einwandfrei diese Aufgabe zu lösen.

Nur sollen diese nicht sich als Bataillonsärzte oder bei Sanitätszügen herumtummeln, sondern an ihren richtigen Platz gestellt werden.

Nicht nur in dieser Richtung sind die heutigen Sanitätskompagnien für den Kampf wertlos, sondern auch zu schwach die ihnen gestellte Aufgabe, Sammlung der Verwundeten und Erstellung eines Hauptverbandplatzes zu erfüllen. Dagegen ist die Zahl der Sanitätskompagnie in der Division zu groß.

Unser Vorschlag würde dahin gehen: Aus je zwei Sanitätskompagnien wird *eine* Sanitätskompagnie gebildet, die einer Brigade zu zwei oder drei Regimentern zugeteilt wird. Die Zahl der Trägerzüge könnte dadurch auf drei erhöht und erheblich verstärkt werden. Der Verbandplatzzug kann ebenfalls verstärkt werden. Jedem solchen Verbandplatzzug wird ein chirurgischer Chef zugeteilt mit ein bis zwei Assistenten, dem das entscheidende Wort zusteht.

Wir würden bei den Feldtruppen 18 Sanitätskompagnien, 18 Chirurgen, mit 36 Assistenten, bei den Gebirgstruppen acht Sanitätskompagnien, acht Chirurgen, acht Assistenten erhalten.

Die Landwehrsankompagnien würden mit den Feldlazaretten 11 bis 16 verschmolzen und erhalten diese im Minimum zwei ausgebildete Chirurgen, macht zwölf Chirurgen. Auch die Feldlazarette, noch mehr die Landwehrsankompagnien sind mit Personal und Material zu schwach dotiert.

Wir bedürfen demnach an der Front im Minimum 38, mit den Befestigungen etc. 50 Chirurgen. Wir haben in der Schweiz rund 140 selbständige Chirurgen, die alle diesen Anforderungen gewachsen wären. Der Bedarf, wenn im Sanitätsdienste

individualisiert wird, kann also mehr als gedeckt werden und bleiben für das Hinterland, Etappen- und Zivilspitäler immer noch über 80 bis 90 Chirurgen übrig.

Diese Organisation verlangt aber sofort, daß der gesamte kriegschirurgische Dienst in einer Division unter einheitlichem Gesichtspunkte organisiert wird, daß diese Feldchirurgen durch eine kompetente Persönlichkeit für ihre Aufgabe vorbereitet werden, sie selber aber das ihnen unterstellte Personal ausbilden und einarbeiten, auch bei den Truppenärzten die Lücken im chirurgischen Können ausfüllen. Dies erscheint uns viel wichtiger als ein vermehrter Hygieneunterricht. Der Hygieneunterricht an den Universitäten ist für den praktischen Arzt vollständig für Krieg und Frieden genügend, der chirurgische wohl für den Frieden, nicht für die Chirurgie der Masse im Kriege. Hygienische Anordnungen können von leitender Stelle rechtzeitig an alle Truppenärzte ergehen, es sind Polizeimaßregeln, die im zivilen Leben selbst Laien anordnen können, dazu braucht es wenig medizinische Kenntnisse, nur etwas gesunden Menschenverstand.

Eine solche Organisation ruft sofort der Stelle eines beratenden Chirurgen im Divisionsstab, der ja nicht gerade Oberst oder Chef des Dienstes zu sein braucht. Ihm wird im Frieden die personelle Ausbildung und materielle Vorbereitung des kriegschirurgischen Dienstes unter voller Verantwortlichkeit übertragen. Er kann ja den Divisionsärzten unterstellt werden. Die Chefärzte der Kliniken und größeren Krankenhäuser würden sich ohne Zweifel hiezu eignen. Auf ähnliche Weise könnte ein hiezu geeigneter Hygieneoffizier den Divisionsstäben beigegeben werden. Ob ein beratender interner Mediziner nötig ist müßte die Zukunft zeigen.

Wir glauben, daß eine derartige Reorganisation des Sanitätsdienstes der vordern Linien den Bedürfnissen des modernen Kampfes entsprechen würde und sich ohne große Kosten im Interesse unseres Heeres bei genügendem organisatorischem Willen in kürzester Zeit durchführen ließe. Denn gerade hier können wir uns auf plötzliche Improvisation nicht verlassen, wollen wir das Versäumte nicht mit Gut und Blut unserer Soldaten zahlen müssen.

Es ist eine der vornehmsten Pflichten des Truppenoffiziers, nicht nur für sein taktisches und strategisches Wohl zu sorgen, sondern ihm das Vertrauen beizubringen, daß er in der Stunde der Not, der Verwundung, sicher ist, alles Menschenmögliche für seine rascheste und beste Heilung bereit zu finden.

Major i. G. Bircher.

Zum militärischen Sport.

Vor einiger Zeit äußerte sich ein junger Offizier sehr temperamentvoll in diesen Blättern über Schattenseiten der außerdienstlichen Sportveranstaltungen. Ich gab dieser Einsendung Raum, ob schon ich mich erinnerte wie der kavalleristische Sport auch durch manchen Leidensweg gegangen ist, bevor er zur heutigen Blüte gelangte.

„Es freut mich nun nachstehendes ärztliches Zeugnis publizieren zu dürfen über die Distanzfahrt Luzern-Basel der Militärradfahrer der 4. Division vom 11. August 1918.

Diese Veranstaltung zeichnete sich überhaupt durch äußerst sorgfältige streng militärische Or-

ganisation und Durchführung und durch die vortreffliche soldatische Haltung aller Teilnehmer aus.

Oberstkorpskommandant Wildbolz.

Aerztlicher Bericht über die Distanzfahrt Luzern-Basel der Militärradfahrer der 4. Division den 11. August 1918.

Die 132 Fahrer, die sich zur Distanzfahrt meldeten, wurden Samstag den 10. August zwischen vier bis acht Uhr nachmittags in Luzern durch den Unterzeichneten ärztlich untersucht.

Nur bei drei Mann konnte etwas krankhaftes konstatiert werden; bei zweien leichter Herzfehler, bei dem dritten Struma.

Den folgenden Morgen bei der Tagwacht meldete sich niemand krank oder unpaßlich. Auch während der Distanzfahrt verlangte keiner der Startenden ärztliche Hilfe.

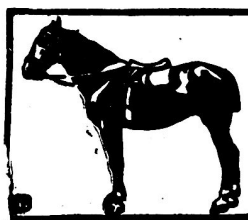
Bei der Ankunft in Birsfelden wurden die Teilnehmer wiederum ärztlich untersucht. Das Resultat war ein erfreuliches; *bei keinem war eine gesundheitsschädigende Folge durch die Distanzfahrt zu konstatieren.* Auch die genannten drei Mann mit dem Herzfehler und der Struma waren in ganz guter Verfassung.

Schwere Unfälle sind keine vorgekommen. In Birsfelden wurden in einem zur Verfügung gestellten Zimmer einige leichter Verletzte ärztlich behandelt. 11 Mann hatten infolge Sturz vom Rad Schürfwunden des Gesichtes, der Hände und der Knie erlitten. Die nötigen Verbände wurden sofort angelegt. 5 Mann wurden wegen Muskelrheumatismus massiert.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, daß sämtliche Teilnehmer bei der Distanzfahrt eine hervorragende körperliche Leistungs- und Widerstandsfähigkeit an den Tag gelegt haben.

Luzern, den 12. August 1918

Mayor Waldispühl, Platzarzt.



**GEBR. UNCKE
ZÜRICH**

PFERDESTALLUNGEN
GESCHIRRKAMMER -
EINRICHTUNGEN. ☐

KODAKS

und

KODAK - FILMS

Die neuesten immer auf Lager.

PHOTOARBEIT PROMPT UND GUT.

H. F. GOSHAWK - ZÜRICH

Bahnhofstraße 37.