

Die Abteilung Sanität während des Aktivdienstes

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Rote Kreuz : offizielles Organ des Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz, des Schweiz. Militärsanitätsvereins und des Samariterbundes**

Band (Jahr): **54 (1946)**

Heft 38

PDF erstellt am: **21.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-557156>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

DAS ROTE KREUZ

LA CROIX-ROUGE

Organ des Schweizerischen Roten Kreuzes und des Schweizerischen Samariterbundes - Organe officiel de la Croix-Rouge suisse et de l'Alliance suisse des Samaritains

Die Abteilung Sanität während des Aktivdienstes

Der Generalsbericht hat in der Presse und im Lande weitherum grossen Wiederhall gefunden. Gerade die darin häufig angebrachte Kritik und Freiheit der Äusserung verschafften ihm grosse Beachtung und riefen der Diskussion, sei es nun in zustimmendem oder ablehnendem Sinn. Unverdient ist darob vielfach die weit umfangreichere erste Beilage, der Bericht des Generalstabschefs, etwas übersehen worden. Gewiss, die darin zu behandelnde, oft trockene Materie lässt uns den Bericht nicht wie einen Roman geniessen. Dagegen ist er eine wahre Fundgrube an Material, Dokumentation, zahlenmässig belegten Angaben und Statistik. Wer den Bericht des Generalstabschefs aufmerksam liest, wird darin den Schlüssel finden zum Verständnis für manche Massnahme des Aktivdienstes, deren zwingende Notwendigkeit er vielleicht früher nicht recht eingesehen hat.

Auch dem Sanitäts- und Hygienesdienst sowie dem Hilfsdienst widmet der Generalstabschef in seinem Bericht einige hochinteressante Kapitel. Sie sollen an dieser Stelle in der nächsten Zeit ganz oder auszugsweise wiedergegeben werden.

Sehr interessante Angaben enthält der Bericht über die Tätigkeit der Abteilung für Sanität. Sie stand bekanntlich bis Mitte 1945 unter der bewährten Leitung von Oberstbrigadier Vollenweider, nachher des jüngst verunfallten Oberstbrigadier Gagnaux. Ein weites, reiches Tätigkeitsfeld stand ihr offen. Allgemein leitete sie den gesamten Sanitätsdienst der Armee, koordiniert mit dem zivilen Gesundheitsdienst, demjenigen des Luftschutzes und dem Grenzsanitätsdienst. Die Leitung des Sanitätsdienstes an den Internierten und Hospitalisierten gehörte gleichfalls zu ihrem Bereich. Die Transporte von fremden kranken und verwundeten Soldaten durch unser Land wurden von ihr durchgeführt. Der sportmedizinische Dienst in der Armee und die sanitärische Beurteilung aller Dienstpflichtigen lagen ihr ob. Sie nahm sich unserer erkrankten und verwundeten Wehrmänner an und leitete sogar noch den Kriegshunddienst. Sehr wichtig waren ferner Beschaffung und Nachschub des nötigen Sanitätsmaterials und die Ausbildung aller Kader und Mannschaften der Sanitätstruppen. So ist wirklich in tausendfältiger Kleinarbeit von der Abteilung für Sanität Grosses geleistet worden.

Die Stellung der Abteilung für Sanität zur EMV.

Im Jahre 1934 ist die EMV. von der Abteilung für Sanität abgetrennt und dem EMD. direkt unterstellt worden. Aus dieser Spaltung hat sich eine Zweiteilung des Sanitätsdienstes der Armee ergeben, welche die Abteilung für Sanität weitgehend entlastet hat, aber auch gewisse Nachteile mit sich brachte. Eine «Instruktion» vom 21. September 1939 grenzte die gegenseitigen Kompetenzbereiche ab, bestimmte das Verhältnis der Ter.-Kdo.-Ärzte zu den in den Zivilspitälern untergebrachten Militärpatienten und die Evakuierung der Tbc- und Geschlechtskranken. Das Verhältnis der EMV. zu den Zivilspitälern und den Militärspitälern Thun und Andermatt blieb für die Periode der bewaffneten Neutralität grundsätzlich das gleiche

wie im Instruktionsdienst. Gewisse Schwierigkeiten und Unstimmigkeiten haben sich in der ersten Zeit des Aktivdienstes daraus ergeben, dass gelegentlich Fehlleistungen insbesondere bei den san. EM. und UC., welche nachträglich zu an sich nicht gerechtfertigten Forderungen und Leistungen der EMV. führten (vordienstliche Erkrankungen), wohl der EMV. in ihrem Sachverhalte bekannt geworden sind, nicht aber der Abteilung für Sanität. Diese war daher nicht immer in der Lage, den Tatbestand abzuklären und die Fehler zu korrigieren. Eine weitere Folge der getrennten Leitung des Kranken- und Verwundetendienstes war das Fehlen eines Einblickes in die Häufigkeit und Art der nachdienstlichen Krankmeldungen, die in gewissen Einheiten bis 30 % der Bestände erreichten. Im besondern wirkte sich das Ausbleiben von Meldungen über Tbc-Erkrankungen dahin aus, dass die Abteilung für Sanität nicht rechtzeitig geeignete Umgebungsuntersuchungen anordnen konnte.

Ende 1942 setzte dann eine wesentlich intensivere Zusammenarbeit ein. Die EMV. liess der Abteilung für Sanität regelmässig alle Neumeldungen von Tbc-Erkrankungen und nachdienstlichen Krankmeldungen pro Einheit zukommen.

Die Abteilung für Sanität und das Schweizerische Rote Kreuz.

Bis zum Jahre 1942 wurde das Schweizerische Rote Kreuz gemäss Ziff. 505 SDO. II von 1930 durch die Eidgenossenschaft unterstützt «in der Voraussetzung, dass das Rote Kreuz im Aktivdienst keine selbständige Körperschaft neben dem staatlichen Armeesanitätsdienst bildet». Eine Mitwirkung beim Kriegssanitätsdienst war ihm nur insoweit eingeräumt worden, «als es sich dem Sanitätsdienst der Armee einordnet und unter die Leitung der Organe der Armee tritt».

Ziff. 523 besagte, dass das Schweizerische Rote Kreuz «mit der Mobilmachung unter die direkte Leitung der Abt. für Sanität des Armeestabes tritt und seine sämtlichen personellen und materiellen Hilfsmittel durch deren Vermittlung dem Armeesanitätsdienst zur Verfügung stellt».

In Ziff. 524 war dementsprechend festgelegt, dass der Rotkreuzchefarzt im Frieden und im Aktivdienst militärisch und fachtechnisch dem Oberfeldarzt untersteht.

Mit der wachsenden Inanspruchnahme des Schweiz. Roten Kreuzes für humanitäre Werke (Flüchtlingsbetreuung, Kinderhilfe, Auslandsaktionen) drängte sich vom Standpunkte des internationalen Rechts aus eine Loslösung des Schweizerischen Roten Kreuzes von der Armee auf. Jedoch verlangten die Kriegsaufgaben des Roten Kreuzes, welche die Ergänzung des Armeesanitätsdienstes im Aktivdienst zum Zwecke haben, dennoch eine enge Verbindung zum Armeesanitätsdienst.

Durch Bundesratsbeschluss vom 9. Januar 1942 wurde das Schweizerische Rote Kreuz von der Armee abgetrennt und damit die bisherige VI. Sektion der Abt. für Sanität aufgehoben. Das Schweizerische Rote Kreuz wurde gemäss seinen neuen Statuten, welche vom

Bundesrat genehmigt wurden, als einzige durch den Bund anerkannte nationale Rotkreuzgesellschaft auf dem Gebiete der Eidgenossenschaft bestätigt. Seine Aufgabe im Aktivdienst besteht nach wie vor in erster Linie darin, seine personellen und materiellen Hilfsmittel der Armee zur Verfügung zu stellen. Es darf das für die Armee bereitgehaltene Personal nur mit Bewilligung der Armeeführung für Hilfsaktionen im Ausland und für solche in der Schweiz zugunsten von fremden Staatsangehörigen verwenden.

Die Stellung des Rotkreuzchefs wurde durch die Ziff. 505 bis 532 des abgeänderten 6. Abschnittes der SDO. II vom Mai 1942 neu geregelt. Er leitet die gesamten im Roten Kreuz verkörperten freiwilligen Hilfsbestrebungen und steht in ständiger Verbindung mit dem Oberfeldarzt. Er organisiert schon in Friedenszeiten die vom Oberfeldarzt als notwendig erachteten Rotkreuzformationen nach dessen Weisungen und beschafft das für die Armee erforderliche Material in Befolgung der vom Oberfeldarzt aufgestellten Richtlinien.

Nach Bundesratsbeschluss vom 6. November 1942, der die neue Stellung des Rotkreuzchefs definitiv regelt, wird bestimmt, dass in militärischen Belangen der Rotkreuzchefs dem Oberfeldarzt unterstellt ist und dass in diesen Angelegenheiten der Dienstweg zum Rotkreuzchefs und von ihm demjenigen des Chefs einer Sektion der Abt. für Sanität entspricht. Der Oberfeldarzt gehört als einer der vom Bundesrat bezeichneten San. Of. der Direktion des Roten Kreuzes von Amtes wegen an, bezeichnet die Ausbildungsziele des Rotkreuzpersonals, hat das Inspektionsrecht für die Ausbildungskurse derselben und überprüft das für die Armee vorgesehene Rotkreuzmaterial sowie das Kontrollwesen und die Mobilmachungsvorbereitungen des Roten Kreuzes. Er kann delegierte San. Of. in verschiedenen Landesgegenden zur Verfügung des Rotkreuzchefs stellen.

Durch diese Neufassung ist das Schweiz. Rote Kreuz in rechtlicher Hinsicht auch im Aktivdienst unabhängig von der Armee geworden, wobei dennoch die Aufsicht und Kontrolle über die freiwilligen Sanitätsformationen und das Material des Roten Kreuzes durch den Oberfeldarzt gewahrt bleibt. Gemäss Verfügung des Generals vom 3. April 1942 übernahm die Armee für die Dauer des gegenwärtigen Aktivdienstes die gesamten Auslagen für die Besoldung der Kader und Mannschaft des Schweiz. Roten Kreuzes, die Kosten für Ausrüstung und Ausbildung der Rotkreuzformationen, soweit sie einen jährlichen Minimalbetrag von Fr. 45'000.— überstiegen, und die Auslagen für den Kanzleibetrieb, soweit sie im Interesse der Armee erfolgten, im bisherigen Umfange.

Die gemischte Aerktekommission.

Die gemischten Aerktekommissionen sind gemäss Art. 68 und 69 des Genfer Abkommens vom 27. Juli 1929 zur Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der Heere im Felde aufgestellt worden. Die Tatsache, dass diese beiden Artikel sehr vage gehalten sind, hat den neutralen Mitgliedern der gemischten Aerktekommissionen die Arbeit erschwert.

Die gemischten Aerktekommissionen setzen sich zusammen aus je zwei Neutralen und einem Mitglied des Gewahrsamstaates. Sie arbeiten gemäss den in der Mustervereinbarung enthaltenen Richtlinien für die unmittelbare Heimsendung der Kriegsgefangenen und ihre Unterbringung in neutralem Lande aus gesundheitlichen Gründen. Diese Mustervereinbarung findet sich im Anhang zum Genfer Abkommen.

In Deutschland und Grossbritannien hatten die gemischten Aerktekommissionen im Juni 1940 ihre Tätigkeit aufgenommen. Die Kommission in Deutschland hatte zunächst Engländer und Franzosen zu untersuchen. Mitten in die Tätigkeit fiel der Waffenstillstand zwischen Deutschland und Frankreich. Den Kommissionen wurden von dieser Zeit an keine französischen Kriegsgefangenen mehr zur Untersuchung vorgestellt. Der Waffenstillstand wirkte sich für die 1,2 Millionen französischer Kriegsgefangener ungünstig aus, da diese nun völlig auf das Urteil des deutschen Lagerarztes und dessen Vorschläge angewiesen waren. Letztere wurden in Berlin nochmals überprüft, oft als nicht stichhaltig befunden und abgewiesen. Die gemischten Aerktekommissionen konnten denn auch in den fünf Kriegsjahren verschwindend wenig französische Kriegsgefangene untersuchen, und der Entscheid der Kommission auf Heimsendung wurde oftmals von Deutschland während sehr langer Zeit nicht ausgeführt. Französische Generäle durften nicht heingeschickt werden und wurden zur Untersuchung durch eine gemischte Aerktekommission nicht zugelassen.

In England und den Dominions, anfangs auch in den USA und Kanada, bestanden die neutralen Mitglieder aus Schweizerärzten, die in den betreffenden Ländern niedergelassen sind. Dieser Umstand wirkte sich für eine unvoreingenommene Beurteilung der Kriegsgefangenen ungünstig aus, weil diese Ärzte infolge ihrer Abhängigkeit vom Lande, in welchem sie niedergelassen sind, in ihren Entscheiden irgendwie unfrei sein mussten. Erst im Jahre 1944 wurden auch schweizerische Sanitätsoffiziere als neutrale Mitglieder der gemischten Aerktekommissionen in den USA und Kanada eingesetzt.

In Deutschland waren in der Zeit von 1940—1944 17 gemischte Aerktekommissionen tätig. Auf diese Kommissionen verteilt, haben 13 Sanitätsoffiziere als Mitglieder gearbeitet. In den USA und Kanada waren vom 13. April 1944 bis 1. April 1945 drei gemischte Aerktekommissionen mit sechs Sanitätsoffizieren tätig.

Die Stellung der schweizerischen Sanitätsoffiziere war während der ganzen Dauer des Krieges völlig unklar, besonders in bezug auf das Verhältnis zum EPD. und demzufolge zu unsern diplomatischen Vertretungen im Auslande. Leider muss festgestellt werden, dass weder das EPD. noch die Abteilung für fremde Interessen die gemischten Aerktekommissionen anfänglich unterstützten, geschweige denn über den jeweiligen Stand der Kriegsgefangenen-Verhandlungen zwischen den Kriegführenden orientiert haben. Erst Bundesrat Petitpierre hat endgültig bestimmt, dass die Mitglieder der gemischten Aerktekommissionen der Abteilung für Auswärtiges des EPD. unterstehen sollen. Praktisch hat sich diese Verfügung infolge der überstürzten Kriegereignisse nicht mehr auswirken können.

Die ärztliche Arbeit der Kommissionen bestand in der Untersuchung der kranken und verwundeten Kriegsgefangenen und in der Beurteilung auf Heimsendung. In Deutschland wurden 14'256 britisch-amerikanische und französische Kriegsgefangene untersucht und 6877 = 48 % heimsendungsberechtigt befunden. In einem Sonderabkommen zwischen den Kriegführenden im Jahre 1944 wurde beschlossen, die einwandfrei klaren «Ja-Fälle» nicht mehr einer gemischten Aerktekommission vorzustellen, sondern direkt auszutauschen (Amputation, totale Blindheit usw.). Für die Zusammenstellung der Ergebnisse der Untersuchungen in den USA und Kanada fehlen zurzeit noch die Berichte der Vorsitzenden dieser Kommissionen.

Es hat sich im Laufe dieses Krieges gezeigt, dass die in der Mustervereinbarung enthaltenen Richtlinien durch den totalen Krieg überholt waren. Dazu kam noch, dass Grossbritannien und später auch Amerika dem Vorschlage Deutschlands von 1941 beipflichteten, wonach auf die Unterbringung von Kriegsgefangenen in neutralem Lande zu verzichten und diese Fälle direkt zu repatriieren seien. Dieser Vorschlag hatte die Arbeit der gemischten Aerktekommissionen ausserordentlich erschwert, da es sich meist um leichtere Fälle handelte. Im Bestreben, den Kriegsgefangenen zu dienen, fand ein schriftlicher Gedankenaustausch zwischen den Vorsitzenden der gemischten Aerktekommissionen in den verschiedenen Ländern statt, der wesentlich dazu beigetragen hat, eine einheitliche Beurteilung auf Heimsendung in manchen bisher nicht klaren Fällen zu gewährleisten. So wurden z. B. die röntgenologisch festgestellten Magen- und Duodenalgeschwüre, die Pleuritis exudativa, die Granatsplitter in den Lungen und im Gehirn als austauschberechtigt erklärt. Eine Anregung der gemischten Aerktekommissionen in Deutschland auf eine Zusammenkunft der Mitglieder derselben von hüten und drüben in neutralem Lande, zwecks Aufstellung neuer, dem totalen Kriege angepasster Richtlinien, wurde von den kriegführenden Regierungen als nicht dringlich zurückgestellt. Bei der gewiss sich als notwendig erweisenden Revision des Genfer Abkommens vom 27. Juli 1929 wird auch die Mustervereinbarung einer genauen Ueberprüfung zu unterziehen sein.

Materielle Bereitstellung. Materialverbrauch.

Die Bestände an Sanitätsmaterial (Verbandsmaterial, Sera, Medikamente, Narkosenmittel usw.) waren bei Kriegsausbruch am 28. August 1939 vollkommen ungenügend und auch nicht in der Lage, nur den laufenden Verbrauch im Zustand der bewaffneten Neutralität zu decken. Eine eigentliche Kriegsreserve hatte nicht angelegt werden können. Immerhin war eine gewisse Reservestellung durch Lagerhaltungsverträge mit Krankenanstalten für Verbandstoffe, chirurgische Instrumente, Gummiwaren usw. und Verpflichtung zur Anlegung von Staffeln bei ständigen Lieferfirmen für Tabletten, Ampullen, Heftpflaster, Sera, Chlorkalk usw. erreicht worden.

Diese unbefriedigende Situation wurde in den sechs Jahren Aktivdienst durch Materialankauf, Verarbeitung und zweckmässige zentrale und dezentralisierte Lagerung so gut als möglich behoben. Letztere ergab sich zwangsläufig aus den spärlichen Verbindungen im Reduit besonders im Winter, und aus der Erfahrung, dass grössere Materialverschiebungen nach Eintritt von Kampfhandlungen nur unter Ueberwindung grösster Schwierigkeiten ausgeführt werden können. Die Materialbereitstellung musste daher sowohl für eine genügende Versorgung sowohl der Truppe wie der RD. besorgt sein.

Alle Truppen wurden mit einer Sanitätsmaterialreserve dotiert, das zugeteilte Korpsmaterial nicht eingerechnet, die für eine Kampfperiode von 30 Tagen ausreichen sollte. Unabhängig davon erhielten die HE. einschliesslich der Leichten Brigaden, Gz.-Brigaden und Festungen eine Materialreserve, die den Nachschub für mindestens einen weiteren Monat ermöglichte. In den Depots des Rückwärtigen Dienstes, die meistens mit den Etablierungsorten der MSA. zusammenfielen, wurde eine Reserve für mindestens sechs Monate angelegt. Im Gegensatz zu den bei der Truppe deponierten Beständen wurde

dieses Material nicht durchwegs gebrauchsfertig eingelagert, sondern sollte nach Bedarf in den Laboratorien der MSA. verarbeitet werden. Die Warenvorräte in den Depots waren für einen Jahresbedarf berechnet. Als Grundlage für die Berechnung wurde angenommen, dass nicht nur für das Militär in den entsprechenden Rayons, sondern auch für die Zivilbevölkerung gesorgt werden müsse.

In Verbindung mit dem KIAA., Sektion für Chemie und Pharmazie, wurde dazu noch für die Zivilbevölkerung ausserhalb der seinerzeit festgelegten Reduitzone vorgesorgt, indem ungefähr 10 % der gesamten Materialbestände hierfür eingelagert wurden.

Die Beschaffungsmöglichkeiten erlaubten es, die berechneten Mengen von

Arzneimitteln, Chemikalien und Sera	zu 100 %
Instrumenten, Apparaten usw.	zu 90—95 %
Verbandstoffen, Spitalwäsche usw.	zu 60—65 %

bereitzustellen. Eine Erhöhung der Bestände für Verbandstoffe war wegen vollständigen Ausbleibens der Einfuhr von Wolle und Baumwolle trotz aller Anstrengungen nicht möglich.

Für die MSA. wurde mit besonderem Kredit Material im Betrage von rund 7 Millionen Franken angeschafft, das zur Hauptsache als Korpsausrüstung zu betrachten ist.

Über den Umfang der Bereitstellung an Sanitätsmaterial geben nachfolgende Zahlen eine Vorstellung. Der Wert der Reservematerialbestände zu Beginn des Aktivdienstes (exkl. Rotkreuzmaterial) dürfte sich in folgendem Rahmen gehalten haben: Reserven im Besitz des ASM. ca. Fr. 10'000.—; durch Lagerhaltungsverträge gesichert, aber nicht im Besitze der ASM. ca. Fr. 600'000.—. Am Schluss des Aktivdienstes kann man, wiederum ohne Berücksichtigung des Korpsmaterials, ungefähr folgende Minimalwerte für die Reserven einsetzen:

Welthungersnot

Be. Die Berichte aus fast allen ehemaligen Kriegsländern lassen erkennen, dass Europa und weite Gebiete Asiens sich gegenwärtig in einer ausserordentlich schweren Ernährungs Krise befinden. Heute, mehr als ein Jahr nach Kriegsende, sterben Tag für Tag Hunderte, wenn nicht Tausende von Menschen an den Folgen des Hungers. In Oesterreich schwankt die Kindersterblichkeit (Kinder im Alter von 0 bis 1 Jahr) zwischen 12 und 25 %, in Ungarn zwischen 30 und 40 % und in Deutschland zwischen 15 und 50 %. Der Kaloriengehalt der täglichen Rationen ist in diesen Ländern verschiedentlich bis auf 700 gesunken, was einem Drittel des Existenzminimums entspricht. Ausweichmöglichkeiten (Schwarzhandel, eigene Reserven) bestehen heute sozusagen nicht mehr. Diese Tatsachen zwingen zum Aufsehen. Es ist selbstverständlich, dass das Andauern einer solchen Situation oder gar eine weitere Herabsetzung der Rationen unabsehbare Folgen haben müsste.

Wohl ist nicht überall in Europa die Lebensmittelversorgung derart schlecht. Es darf jedoch bei der Beurteilung der Lage nicht vergessen werden, dass in manchen Ländern der Lebensmittelmangel schon mehrere Jahre andauert, so dass dort eine Ueberalimentation heute dringend notwendig wäre als Kompensierung der langjährigen Entbehrungen einer gesundheitlich geschwächten Bevölkerung. Noch schlimmer als in Europa ist die Situation in weiten Landstrichen Indiens und Chinas.

Schon während des Krieges waren sich die alliierten Wirtschaftssachverständigen darüber im klaren, dass der immer akuter werdende Lebensmittelmangel auch nach Abbruch der Feindseligkeiten noch längere Zeit andauern werde. Die weitgehende Zerstörung des Eisenbahnnetzes, die starke Verminderung des Weltschiffraumes sowie der Rückgang der Lebensmittelproduktion in den vom Krieg heimgesuchten Ländern stellten Schwierigkeiten dar, deren rasche und vollständige Ueberbrückung nicht erwartet werden konnte. Trotzdem bedeutet die heutige Hungerkatastrophe — anders kann die Situation kaum noch bezeichnet werden — selbst für diese Wirtschaftssachverständigen eine Ueberraschung.

Eine Untersuchung der verschiedenen Faktoren, die zur gegenwärtigen Ernährungs Krise führten, sowie ein Ausblick auf die vermutliche künftige Entwicklung der Weltlebensmittelversorgung dürften deshalb von Interesse sein. Wir werden uns dabei in der Hauptsache mit der Situation des Brotgetreides zu befassen haben, da dieses durch den Wegfall anderer Lebensmittel als Ausweichnahrung eine eminente Bedeutung erhalten hat, und da gerade auf diesem Sektor die Entwicklung falsch beurteilt wurde.

Arzneimittel, Chemikalien, Sera usw. ca. Fr. 5'500'000.—
Instrumente, Apparate usw. ca. Fr. 1'200'000.—
Verbandstoffe, Spitalwäsche usw. ca. Fr. 12'000'000.—

Die Lagerung des Reservematerials der Armee, der HE. und der MSA. erfolgte im Armeesanitätsmagazin (ASM.), in zehn Armeesanitätsdepots und in Lagerbaracken an einigen MSA.-Etablierungsorten. Die Hauptmagazine werden ergänzt durch zwölf Armeesanitätsdepots. Eingelagert wurden in allen Depots zusätzliches Material der MSA., die Kriegsreserven der MSA. und unsere Landesreserve, bestehend aus Arzneimitteln, Verbandstoffen, Spitalwäsche usw.

Die Beschaffung des Sanitätsmaterials für den täglichen Nachschub, Bereitstellung der Kriegsreserve, Ergänzung des Korpsmaterials und Ausrüstung neu aufgestellter Truppen wurde mit der Dauer des Aktivdienstes immer schwieriger. Trotz engster Zusammenarbeit mit den Sektionen des KIAA. und der KTA. konnte seit 1942 das jeweils vorgesehene Beschaffungsprogramm nicht voll durchgeführt werden. Ungenügend war vor allem die Zuteilung an Rohgummi, Glimmerplatten, Weiss- und Zinkblech, Buntmetallen, Tetramaterial und Leder. In Zusammenarbeit mit der Industrie konnten, solange sich die eigentliche Materialknappheit noch nicht bemerkbar machte, oft geeignete Ersatzstoffe gefunden werden. Der tägliche Materialverbrauch während des Zustandes der bewaffneten Neutralität war ausserordentlich gross.

Die Organisation des ASM. am Schluss des Aktivdienstes entspricht, bis auf kleine Umstellungen, der im April 1940 durchgeführten Reorganisation des gesamten Betriebes. Chef ist der Oberapotheker. Im zugeteilt sind ein Stellvertreter und weiter 58 Sanitäts-offiziere und HD.-Apotheker, die ihren Dienst in zweimonatigem Turnus absolvieren. Als ständiges Personal waren 21 Personen fest angestellt, sei es im Beamten-, Angestellten- oder Arbeiterverhältnis, und 32 Personen als Aushilfen. Dazu kamen 100—120 Aktivdienst und freiwilligen Dienst Leistende, total durchschnittlich 210—230 Personen.

Wegen der kriegsbedingten Unmöglichkeit, den Weizenüberschuss in Uebersee in normalem Umfang nach Europa und den übrigen Bedarfsländern zu transportieren, wurden während des Krieges in den Exportländern grosse Weizenvorräte angehäuft. Sie erreichten 1943 einen Höhepunkt von 45 Millionen Tonnen gegenüber einem Vorkriegsbedarf von 12 Millionen Tonnen. Da jedoch das Welttransportsystem immer mehr den Kriegsbedürfnissen angepasst wurde, konnten z. B. Düng- und Futtermittel nicht mehr dorthin dirigiert werden, wo sie mit dem grössten Nutzen hätten verwendet werden können. Aus Mangel an Düngmitteln sank daher in Argentinien und Australien die Produktion von Brotgetreide. Die Brennstoff- und Futtermittelknappheit ihrerseits führte dazu, dass in Uebersee grosse Getreidemengen als Ersatzbrennstoff verfeuert oder zu Futterzwecken verwendet wurden.

Aus diesen und anderen Gründen (Mangel an Arbeitskräften in Australien, Streiks usw.) konnten die Weizenreserven nicht auf der Höhe des Jahres 1943 gehalten werden. Sie genügten jedoch zur Deckung der Bedürfnisse unmittelbar nach Kriegsende und maskierten während längerer Zeit die latente Hungergefahr. Da überdies die Nahrungsmittelknappheit in den ehemaligen Kriegsländern im Zeitpunkt der Befreiung vor allem der Zerrüttung des europäischen Transportsystems und der allgemeinen Desorganisation der Lebensmittelverteilung zugeschrieben wurde, konnte der Tiefstand der landwirtschaftlichen Produktion nicht rasch genug in seinem ganzen Ausmass erkannt werden. Die Bauern zögerten deshalb damit, ihre Produktion wieder auf Vorkriegshöhe zu bringen, weil sie befürchteten, ihre Erzeugnisse bald nicht mehr abbringen zu können. Zum mangelnden Vertrauen in den Weltmarkt gesellte sich vielerorts das Misstrauen in die Währung. Die landwirtschaftlichen Produzenten zogen es vor, ihre Produkte im Tauschhandel abzubringen, wodurch diese der allgemeinen Lebensmittelverteilung verloren gingen.

Wesentlich zur Verschärfung der heutigen Ernährungs Krise hat die anhaltende Trockenheit in verschiedenen Produktionsländern beigetragen. So hatte die Dürre im Mittelmeergebiet (Frühjahr und Sommer 1945) Missernten bei Kartoffeln und Getreide zur Folge. In Französisch-Nordafrika sanken die Ernteerträge an Brotgetreide von 3,8 Millionen Tonnen auf 0,3 Millionen Tonnen. Die Trockenheit in Neuseeland (Ende 1945/Anfang 1946) führte zu einer schwerwiegenden Reduktion der Buttererzeugung. Schliesslich wird das Ausbleiben der Monsunregen in Indien (Dezember 1945 bis März 1946) vermutlich ein Absinken der Ernteerträge an Brotgetreide um zirka 7 Millionen Tonnen verursachen.

(Fortsetzung auf Seite 310.)