Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 70 (1961)
Heft: 2

Artikel: Der Weg der Kriegsverwundeten
Autor: [s.n.]
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-975012

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: 12.07.2025

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

DER WEG DER KRIEGSVERWUNDETEN

Einleitung

Der Sanitätsdienst stellt einen wichtigen Teil unserer Armee dar, der sich im ganzen Truppenkörper bis in die vordersten Linien verzweigt und verästelt und alle Einheiten umfasst. Ihm fallen in einem modernen Kriege gewaltige Aufgaben zu.

Die Sanitätstruppe besteht aus der *Truppensanität* und aus den *Sanitätsformationen.* Die Truppensanität — Aerzte, Sanitäts-Unteroffiziere und -Soldaten — ist den verschiedenen Truppengattungen für den unmittelbaren Bedarf in deren Stäben und Einheiten zugeteilt. Die Sanitätsformationen — Sanitätskompagnien, chirurgischen Ambulanzen, Sanitätstransportkolonnen, Militärsanitätsanstalten — sind Einheiten und Truppenkörper, die dem Armeekommando zur Erfüllung seiner sanitätsdienstlichen Aufgaben unterstellt sind. Jeder selbständige Kampfverband sollte über eine selbständige, leistungsfähige und bewegliche Sanitätsformation verfügen.

Während ein Teil des Sanitätspersonals im Bereiche der Kampftruppen Verwundete und Kranke birgt und transportiert, arbeitet ein anderer Teil auf den sanitätsdienstlichen Stellen aller Art.

Der in einem Krieg ständig wechselnden Lage wegen muss der Sanitätsoffizier, der den Anforderungen des modernen Krieges gewachsen sein will, in soldatischer, sanitätstechnischer und taktischer Hinsicht ein wahrer Meister sein. Dabei muss er nicht nur die allgemeine Taktik, das heisst die Kenntnis des Einsatzes aller Truppengattungen im Gefecht, sondern auch in gleichem Masse die *Sanitätstaktik,* das heisst die Kenntnis des Einsatzes der sanitätsdienstlichen Mittel in allen wechselvollen Lagen des Kampfes beherrschen. Wohl baut sich die Sanitätstaktik auf den Grundsätzen der allgemeinen Taktik auf, hat aber ihre ganz bestimmten eigenen Gesetze.

Jeder Führer oder Chef des Sanitätsdienstes ist verpflichtet, laufend und dauernd die Lage zu beurteilen, da die Aenderung in der Lagebeurteilung in den meisten Fällen einschneidende Konsequenzen nach sich zieht. Dabei sind Standort, Stärke, Möglichkeiten und Einwirkungsart des Gegners von ganz besonderer Bedeutung; denn daraus ergeben sich die zu treffenden Massnahmen und die Verlusterwartungen. Auch die zu betreuende Truppengattung ist wichtig. Der Sanitätsdienst bei Infanterie-, Panzer- oder Artillerieverbänden ist verschieden. Stark beeinflusst wird der Sanitätsdienst durch die Tätigkeit der eigenen Kampftruppe, indem zum Beispiel der Angriff, die Verteidigung, der Rückzug oder die Verschiebung ganz andere sanitätsdienstliche Massnahmen erfordert. Gelände, Zeit, Jahreszeit, Witterung, all das sind wichtige Faktoren in der Entscheidfassung für die Behandlung und den Transport der Verwundeten.

Je besser und schärfer der verantwortliche Sanitätsoffizier die Lage zu beurteilen und die Geschehnisse vorauszusehen vermag, desto besser wird er mit den ihm zur Verfügung stehenden, verhältnismässig geringen sanitätsdienstlichen Kräften und Mitteln den gewaltigen Anforderungen, die bei einem Angriff mit ABC-Waffen ins Ungeheure ansteigen, begegnen können. Auch dann und bei zweckmässigstem Einsatz werden in bestimmten Lagen die sanitätsdienstlichen Mittel kaum ausreichen, um allen Verwundeten die notwendige Hilfe innert nützlicher Frist zukommen zu lassen. Denken wir an die Verseuchungen des Geländes mit Kampfstoffen, des Materials, des Wassers, des Proviants sowie der Verwundeten und Kranken! Stellen wir in Betracht die zu erwartenden grossräumigen Zerstörungen der Verkehrswege, grosser Geländeteile, die vor allem die Transporte erschweren würden. Denken wir aber auch an die verwundete und verseuchte Bevölkerung! Wahrhaftig eine Lawine von Aufgaben! Alle auf einmal! Alle dringend und drängend! Denn bei allen geht es um Menschenleben.

Das alles kann die Aufgaben des Sanitätsdienstes wesentlich erschweren.

Welches sind diese Aufgaben?

Erste Hilfe am Verwundeten und dessen Rücktransport, wobei mehrere Behandlungsstaffeln und Transportformationen eingesetzt werden.

Ueber diese Behandlungsstaffeln und Transportformationen werden wir auf den nächsten Seiten berichten. Wir durchsetzen dabei unsere Ausführungen mit Fragmenten aus Kriegsberichten, die den Einsatz des Feldsanitätsdienstes im Kriegsfall in seiner ganzen eindrücklichen Wirklichkeit zeigen. Diese Fragmente stammen aus den Büchern «Ich war Arzt in Dien-Bien-Phu» von Dr. med. Grauwin, «Der Ueberfall am Chongchon» von General S. L. A. Marshall und «Die unsichtbare Flagge» von Dr. med. Peter Bamm*.

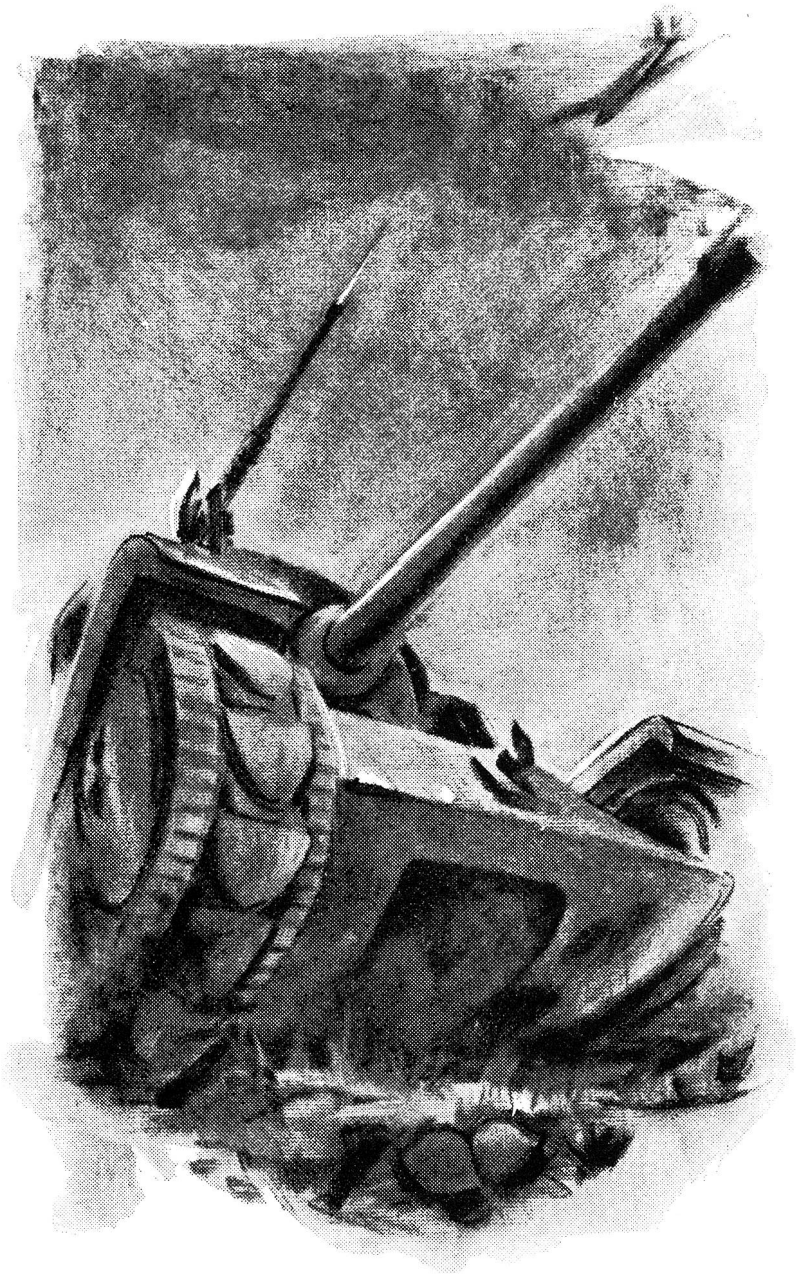
* Oberstabsarzt Dr. Grauwin: «Ich war Arzt in Dien-Bien-Phu», Albert-Scherz-Verlag, Bern, Titel des französischen Originals: «J'étais médecin à Dien-Bien-Phu», aus dem Französischen übersetzt von Eduard Thorsch. — General S. L. A. Marshall: «Der Ueberfall am Chongchon, Erlebnisse und Einzelschicksale in der Niederlage der 8. US-Armee in Korea», Verlag Huber & Co. AG, Frauenfeld, deutsche Bearbeitung von Oblt. Fridolin Meier. — Dr. med. Peter Bamm: «Die unsichtbare Flagge», Kösel-Verlag, München.

Militärische Operation

Der Bataillonsarzt entscheidet, wieviele Sanitätssoldaten er bei einer militärischen Operation einsetzt und wieviele er als Reserve zurückbehält.

Sein Entscheid hängt von der Beurteilung der Lage ab und ist von Fall zu Fall verschieden. Wie der Wehrmann steht der Sanitätssoldat gleicherweise im Wirbel des Angriffs mit dem einzigen Unterschied, dass er keine Waffe trägt. Er hat keinen Kampfauftrag, seine Aufgabe ist auf die Bergung und Behandlung der Verwundeten gerichtet. Auch er darf nicht an seinen Schutz denken, auch er ist dem Feindfeuer ausgesetzt und führt seine Aufgabe unter ständiger Lebensgefahr durch. Wohl setzt er sich nicht kopflos dem Feuer aus, wohl benützt er Deckung nach Deckung, um sich vorwärtszubewegen, wenn er aber einen Mann fallen sieht, begibt er sich — springend, sich niederwerfend, aufspringend, kriechend, wieder springend, auf die Geschosse achtend — zum Manne, der seiner Hilfe bedarf.

«Ein Mann wird verwundet — ein Mensch. In dem Bruchteil der Sekunde, da das Geschoss ihn trifft, wird er aus der Bahn des Kämpfers herausgeschleudert. In einem Augenblick wird er ein Stück hilflose Kreatur. Bis dahin war seine gesamte Energie nach vorn gerichtet, auf den Widerstand des Gegners, der sich als eine imaginäre moralische Linie an einer noch unbekannten Stelle durch das Gelände zieht. In diesem Zustand war er so nach aussen gerichtet, dass er kein Bewusstsein seiner selbst mehr hatte. Durch die Verwundung wird er auf sich zurückgeworfen. Angesichts seines



Die Bleistiftzeichnungen sind dem vom Eidgenössischen Militärdepartement dem Schweizer Soldaten gewidmeten «Soldatenbuch» mit der freundlichen Bewilligung der Gruppe für Ausbildung dieses Departementes entnommen; sie stammen vom Zürcher Graphiker Willi Bär.

Zeichnung links: Als schmaler Graben tief aus der Erde gehoben und die Ränder mit Holz verstärkt, vermag ein Verwundetennest auch einem schweren Panzer standzuhalten.

Zeichnung auf Seite 7: Wo keine natürliche Deckung in der Nähe liegt, werden als Verwundetennest Unterstände oder Gräben ausgehoben.

Blutes wird er sich seiner selbst wieder bewusst. Während er noch eine Sekunde vorher sich damit befasste, den Gang der Weltgeschichte zu ändern, ist er eine Sekunde später nicht einmal mehr in der Lage, sich selbst zu helfen.

Welch ungeheuerlicher Sturz!» *(Peter Bamm)*

Der Sanitätssoldat ist beim Verwundeten angekommen. Um sie herum pfeifen die Geschosse. Sorgfältig rollt er den Mann auf die mitgebrachte Zeltbahn, sorgfältig, dicht an den Boden gepresst, schiebt er sich einer Deckung zu, die Zeltbahn mit dem Verwundeten nach sich ziehend. In der Dekkung liegt schon einer, der sich selbst hingeschleppt hat. Ein dritter kriecht heran, und während der Sanitätssoldat die Erste Hilfe gibt, das Blut mit dem Druckverband stillt und die Verwundeten lagert, bringen andere Sanitätssoldaten noch weitere Verwundete in die Deckung oder schleppen sich einige ohne Hilfe heran, da diese Deckung in ihrem Blickfeld liegt. So können sich in einer Deckung von selbst die *Verwundetennester* bilden.

Das Verwundetennest

Das *Verwundetennest* ist somit die Stelle, wohin Verwundete und Kranke durch Kameraden oder durch die Truppensanität hingetragen werden oder sich selbst hinbegeben. In stabilen Lagen wird es durch die Sanitätsmannschaft als Unterstand ausgebaut und eingerichtet. Im Unterschied dazu entstehen bei allen in Bewegung befindlichen Truppen die Verwundetennester dort, wo Verwundete anfallen. Im Angriff folgt der Arzt der kämpfenden Truppe und sucht die Verwundetennester auf. Dort hat er hauptsächlich für die Schmerzlinderung zu sorgen und jeden Verwundeten mit einer

Blessiertenkarte zu versehen. Diese weist den Mann darüber aus, ob er ein Anrecht auf Rücktransport hat, und gibt alle wichtigen Angaben für die spätere ärztliche Behandlung sowie Art und Zeit der Verletzung, Blutverlust, erste Hilfeleistung und Schmerzbekämpfung. Einer der Sanitäter bleibt dort bei den Verwundeten, labt sie, hilft ihnen, während die andern wiederum in die Feuerzone zurückkehren, von Deckung zu Deckung springend, sich wieder blitzschnell auf den Boden werfend, wenn ein Geschoss heranpfeift, mit langen Sätzen Schusspausen ausnützend, hellwach, alle Sinne auf das Geschehen gerichtet, jeder Muskel gespannt, jederzeit bereit, einem Getroffenen beizustehen.

Doch nicht immer findet er ihn gleich. Nicht immer ist es ihm möglich, zu dem aus dem Kampf Gefallenen zu gelangen. Ihre Zahl ist oft zu gross, das Gelände schwierig. Manchmal geht es Stunden, bis einer Hilfe erhält.

«Nach Stunden sinkt die Nacht hernieder. Die graue Angst beschleicht ihn. Wird er verbluten? Wird man ihn finden? Wird er noch einmal getroffen werden? Werden sie zurückgehen? Wird er in Feindeshände fallen?» *(Peter Bamm)*

Es kann auch nach langer und verlustreicher Belagerung geschehen, dass die Soldaten ihre verwundeten Kameraden selbst zum Verbandplatz schleppen müssen. Uebermüdet durch die Tag nach Tag sich folgenden unmenschlichen Kämpfe, hart geworden durch Niederlagen und grauenhafte Verluste, fügen sie den Leidenden manchmal dumpf und gedankenlos noch weitere Leiden zu. Lassen wir Dr. Grauwin von Dien-Bien-Phu erzählen:

«Für Verwundete war der Kampf theoretisch zu Ende. Aber in Wirklichkeit begann für sie, wenn sie zu Boden fielen, nur ein neues Martyrium.

‚Wo bleiben nur die Träger? Sie werden mich doch nicht übersehen? ... Ah, da sind sie endlich!'

‚Ich hab' keine Bahre, du musst auf meinen Rücken klettern!'

‚Ich kann doch nicht! Mein Bein ist kaputt. Ich hab' kein Gefühl drin.'

‚Nimm dich zusammen, sonst werden sie uns noch beiden die Haut durchlöchern!'

Ist es dem armen Kerl endlich gelungen, sich auf den Rücken des Mannes zu ziehen, so baumelt sein gebrochenes Bein gegen dessen Wade. Zu schreien ist sinnlos, damit ändert man doch nichts. Aber zu fluchen und Verwünschungen auszustossen, dieses Recht hat man noch. Aber gegen wen? Der Verwundete weiss es selbst nicht!

‚Vorsicht! Hier ist der Eingang zum Verbandplatz.'

Der Träger bückt sich.

‚Au! Mein Bein schlägt gegen die Stufen!'

Jetzt sind sie unten. Doch im Unterstand, der fünfzehn Mann Platz bietet, warten schon dreissig!

‚Am besten, du setzt dich hier auf die Kiste!'

‚Und mein Bein?'

‚Ja, was soll ich denn sonst mit dir machen, mein Guter?'

Endlich naht ein Sanitäter und appliziert etliche Spritzen. Der Chef des Verbandplatzes, ein Arzt, der schon mit dabei war, als das Bataillon bei Lang-Son aufgerieben wurde, untersucht, befestigt einen Gummischlauch oberhalb der Wunde, verbindet, schient mit Holz und verbindet noch einmal ...»

Es kann aber auch geschehen, dass ganze Einheiten samt den Sanitätern aufgerieben werden und sich mit letzten Kräften gegenseitig zu helfen suchen, so gut dies geht. Davon erzählt der General S. L. A. Marshall aus dem Koreakrieg in erschütternder Weise:

«Der Tank, neben dem McGregor vor dem feindlichen Feuer schutzsuchend lief, fuhr schneller. Als er über McGregor hinaus war, fand dieser rechts der Strasse eine neue Deckung. Es war ein Entwässerungsgraben, etwa zweihundertfünfzig Meter lang, ein Meter tief und breit genug, dass ein Mann der Länge nach hineinliegen konnte. Menschenleiber füllten diese Freistätte bereits von einem Ende zum andern, Lebende und Tote, Verwundete, die sich nicht mehr bewegen konnten, Erschöpfte, die Rast hielten, Marschtüchtige, die vor dem Feuer Deckung suchten. Es war die Sammelstelle jener, die, wie Fw. McGregor, ihre Fahrzeuge verloren hatten und sich an niemand sonst anschliessen konnten. Etwa zweihundert Menschen waren in dem Graben, so dass die Körper teilweise übereinander lagen. Amerikaner, Türken, Koreaner, jetzt kaum mehr voneinander zu unterscheiden. Viele, die noch lebten, fast so unbeweglich wie die Toten.

Dennoch sah McGregor bald Zusammenarbeit und menschliche Güte selbst in dieser zerschmetterten Masse. Die Männer, die noch teilweise bewegungsfähig waren, krochen grabenaufwärts gegen das obere Ende. Wenn sie sich bewegten, baten jene, die erschöpft und in Schmerzen lagen: ‚Wasser, Wasser' oder ‚Sanität'. Längst waren alle Feldflaschen trocken. Aber McGregor sah, wie Männer im Aufwärtskriechen lange genug anhielten, um zu verbinden, was sie konnten. Einige hatten sich in der bitteren Kälte bis zu den Hüften entblösst und die Hemden in Streifen gerissen, um sie als Verbandzeug zu verwenden. Er sah andere, die lange genug Halt machten, um dem Mann unter ihnen den letzten Tropfen aus der Feldflasche einzuträufeln. Und mit einer Bewegung des Beins oder des Arms suchten die Verwundeten, die an den Graben gefesselt waren, den Vorkriechenden weiter zu helfen. Es war wie menschliches Material, das auf einem Fliessband aus demselben Stoff langsam vorrückt. In dieser schwarzen Stunde sah Fw. McGregor mehr menschliche Grösse, als er je im Leben zu finden erwartet hatte.»

Die Sanitätshilfsstellen

In der Defensive beschränkt sich die ärztliche Tätigkeit nicht nur auf das Aufsuchen von Verwundetennestern, sondern es werden zum vorneherein eigene Stellen für ihn eingerichtet; das sind die *Bataillons-Sanitätshilfsstellen.* Die Lage dieser Hilfsstellen wird durch den Bataillonsarzt im Einverständnis mit dem Bataillonskommandanten bestimmt, denn sie darf mit den taktischen Anordnungen nicht in Kollision geraten. Solch eine Sanitätshilfsstelle sollte wenn möglich an einem Verkehrsweg liegen. Hier erhalten die Verwundeten und Kranken die erste ärztliche Hilfe. Den Aerzten dieser Hilfsstelle sind in der Regel die folgenden Aufgaben überbunden: Wundrevision, Verbesserung der Verbände, Anlegen von Schienen einfachster Art bis zu Gips- und Extensionsschienen, Schmerzbekämpfung, endgültige Blutstillung durch Adernaht, wenn nötig Seruminjektionen, Schockbehandlung. Hier wird den Verwundeten auch reichlich warme Flüssigkeit zugeführt. In der Sanitätshilfsstelle wird auch die erste oft so schicksalsschwere und wichtige Triage, hier werden auch unaufschiebbare, also unmittelbar lebenserhaltende chirurgische Eingriffe wie Luftröhrenschnitt bei Kehlkopfschuss, Verschluss eines Pneumothorax bei Lungenschuss und andere unter oft schwierigsten Verhältnissen vorgenommen.

Zwei Ausschnitte aus der Wirklichkeit:

«Welche Ewigkeiten sind das, bis ein paar Soldaten ihn, den Verwundeten, ein Stückchen nach hinten schleppen! In einem Granatloch oder in irgendeinem primitiven Bunker sitzt der Vorposten der Wissenschaft, der hippokratische Held, der Truppenarzt. Hier bekommt er einen Verband, eine Schiene, eine Abschnürbinde, eine Injektion gegen die Schmerzen. Dann liegt der Verwundete wieder

Ein getarnter Unterstand

irgendwo und weiss nicht, ob er je transportiert werden wird. Schliesslich wird er wieder ein Stück getragen. Dann kommt er in ein Sanitätsauto. Dann liegt er wieder irgendwo zwischen vielen, vielen anderen Verwundeten in einem trüben Halbdunkel, in einer schrecklichen Stummheit, die nur von Seufzern unterbrochen wird.

Endlich nehmen sie ihn wieder auf. In dem Augenblick, in dem er in den Lichtkegel der Operationslampe kommt, verwandelt er sich aus einem Stück hilfloser Kreatur in einen patiens, einen Leidenden. Er kehrt ins menschliche Dasein zurück. Dieses zerschmetterte Stück schmutzige, blutige Kreatur, wenn es den Lichtkegel der Operationslampe wieder verlässt — es ist versorgt...

Nur eben, die technische Wissenschaft, die den Menschen in ein Stück schmutzige, blutige Kreatur verwandelt, stammt aus derselben aristotelischen Quelle wie die Wissenschaft, die ihm seine menschliche Würde zurückgibt. Ueber dem kleinen Zelt in dem kleinen Wäldchen am Dnjestr, unter dem ungeheuren Himmel der Ukraine, wehte eine unsichtbare Flagge, die Flagge der Humanitas...»

*

«Ein Angriff. Viele hundert Verwundete gingen in diesen beiden Tagen und Nächten durch unsere Hände. Unser Internist sortierte die Zugänge. Alles, was transportfähig und nicht dringlich war, wurde sogleich in die Feldlazarette nach Armjansk weitergeleitet. Manchmal mussten vier oder acht Verwundete eine Zeitlang im Freien liegen. Die Krankenwagen mussten immer sofort entladen werden. Die Katen waren überfüllt... Dann riss das Geschehen ab. Das Grollen der Artillerie verstummte. Die Fliegerangriffe hörten auf. Es kamen keine Verwundeten mehr. Eine ungeheure Stille legte sich auf die Landschaft. Der Krieg war weitergezogen und hatte uns zurückgelassen... Am Rand des Ortes war ein Friedhof entstanden. In der Schreibstube lagen — säuberlich geordnet — die kleinen Häufchen von Gegenständen, die den Toten abgenommen worden waren: ein Spiegel, eine Brieftasche, ein rührendes Bild von ein paar pausbakkigen Kindern oder von einem kleinen Haus, manchmal eine Taschenuhr und manchmal ein paar mit Blut verschmierte Geldscheine...»

(Peter Bamm)

Rückschub der Verwundeten und Kranken

Nach der Leistung der Ersten Hilfe hängt das Schicksal der Verwundeten weitgehend von den *Transportmöglichkeiten* ab. Schon bei der ersten Triage im Verwundetennest werden die Verwundeten in vier Dringlichkeitsgruppen für die chirurgische Versorgung eingeteilt. Die *Verwundeten allererster und erster Dringlichkeit* sind mit dem raschesten Transportmittel im Eiltransport dem nächsten Chirurgen, womöglich aber einem chirurgischen Feldspital oder einem andern Militärspital zuzuführen. Dazu würden sich in besonderem Masse Helikopter eignen.

Berichte aus der Erfahrung:

«Das Schicksal eines Verwundeten hängt von dem ersten Chirurgen ab, in dessen Hände er gerät. Nun verschlechtern sich aber mit jeder Stunde, die zwischen einer Verwundung und der ersten chirurgischen Behandlung liegt, die Aussichten des Verwundeten in einer steil abstürzenden Kurve. Ein Bauchschuss, den in den ersten zwei Stunden zu operieren noch ganz aussichtsreich ist, ist nach zwölf Stunden ein fast hoffnungsloser Fall. Es kommt also darauf an, den Hauptverbandplatz so nahe als möglich an die Hauptkampflinie heranzurücken...»

*

«Er hatte es erreicht, dass uns Fieseler Störche zur Verfügung gestellt wurden. So konnten wir die Patienten mit Bauchschüssen mit diesem äusserst schonenden Transportmittel schon immer verhältnismässig kurz nach der Operation auf die Krim verlegen. Ebenso konnten wir die Patienten mit Schädelschüssen transportieren. Der Schädelschuss verträgt es, lange auf die Operation zu warten. Ist er aber operiert, so verträgt er keinen Transport mehr.»

(Peter Bamm)

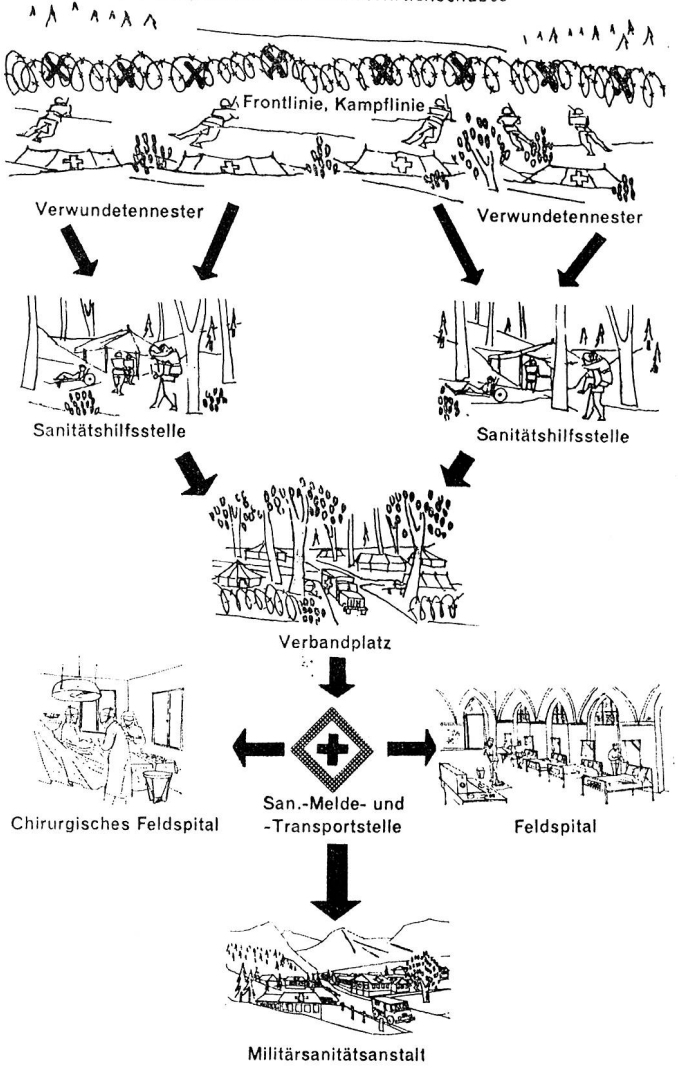
Die Verwundeten zweiter und dritter Dringlichkeit und die Kranken werden je nach Transportmöglichkeit zurückgeschoben. In klinischer und transporttechnischer Beziehung unterscheidet man die Verwundeten nach *Nichttransportfähigen,* die den Transport nicht überleben würden, *liegend zu Transportierenden, sitzend zu Transportierenden* und *Marschfähigen,* die sich selbst zur nächsten sanitätsdienstlichen Stelle begeben können.

Diese weiteren sanitätsdienstlichen Stellen sind die Verwundetensammelstelle und der Verbandplatz.

Die Verwundetensammelstelle

Diese wird in der Regel durch Teile einer Sanitätskompagnie dort errichtet, wo aus verschiedenen Gründen vorderhand oder auf die Dauer kein Verbandplatz in Frage kommt. Sie sollte im Raume von Verkehrsknotenpunkten, aber in guter Dekkung, angelegt und so eingerichtet sein, dass sie rund hundert liegenden Verwundeten und Kranken Unterkunft zu bieten vermag. Sie nimmt die von den Sanitätshilfsstellen eintreffenden Verwundeten und Kranken auf. In der Regel sollen alle Truppen des Frontraumes sowie des rückwärtigen Raumes, sofern sie nicht auf einer grösseren sanitätsdienstlichen Stelle basieren, Anschluss an eine Verwundetensammelstelle finden. Der Transport der Verwundeten und Kranken auf die Verwundetensam-

Schema des Verwundeten- und Krankenrückschubes



Aus dem «Soldatenbuch»

melstelle erfolgt zum Teil durch die Truppe selbst, zum Teil durch sanitätseigene Transportmittel. Marschfähige Verwundete erreichen die Verwundetensammelstelle aus eigener Kraft.

In den Unterkünften der Infanterieeinheiten muss jeweils mindestens ein *Krankenzimmer* eingerichtet sein, das bei Verwundetenanfall unter Umständen die Funktion einer Sanitätshilfsstelle übernehmen kann.

Der Verbandplatz

Der Verbandplatz wird durch eine Sanitätskompagnie im allgemeinen dort errichtet, wo die Lage verhältnismässig ruhig ist oder wo grosse Verluste erwartet werden oder schon eingetreten sind. Er soll rund fünf bis zehn Kilometer hinter der Front, jedoch nicht im Bereiche des gegnerischen Feuers liegen. Je nach Andrang vermag eine Sanitätskompagnie dank ihrer Organisation gleichzeitig ein bis zwei Verwundetensammelstellen und einen Verbandplatz oder ein bis zwei Verwundetensammelstellen und zwei Halbverbandplätze zu errichten. Die Leistungsfähigkeit der Sanitätskompagnie ist indessen dann am grössten, wenn sie nur einen Verbandplatz errichtet; darin sollten zehn Prozent der zu betreuenden Truppe liegend aufgenommen werden können.

Der Verbandplatz ist die Haupttriagestelle für den weiteren Rücktransport der Verwundeten. Hier werden unter anderem Notoperationen, Bluttransfusionen, Schockbekämpfung, Kollapsbekämpfung usw. vorgenommen. Er gliedert sich in eine Aufnahmestelle, wo die eintreffenden Verwundeten vorläufig gelagert und verpflegt werden. In diesem Raum wird die Verwundetenliste erstellt, die zugleich die Grundlage für die Verlustliste bildet. Hier untersucht ein Arzt die Verwundeten und bestimmt die sofortige Operation oder den Weitertransport.

In der Verbinde- und Operationsstelle werden die für den Rücktransport notwendigen Eingriffe von zwei Chirurgen vorgenommen, die Verwundeten werden also auch hier transportfähig gemacht.

Dabei sollen nur die dringendsten Operationen gemacht werden.

Zwei weitere Räume dienen als Lagerstellen, die eine für die Verwundeten, die den weiteren Rücktransport abwarten, die andere für die Nichttransportfähigen.

Eine Gasstelle ist dem Verbandplatz angegliedert, deren Personal für den Gasdienst besonders ausgebildet ist.

Wie ein solcher Verbandplatz im Kriegsfall arbeitet, veranschaulichen die folgenden Fragmente von Dr. Peter Bamm:

«Man hört vom Rande des Wäldchens aus das Artilleriefeuer als ein dumpfes, fernes Grollen, obgleich die Entfernung bis zur Front nicht viel mehr als sechs Kilometer beträgt. Westwind!

In dem Wäldchen hat eine Sanitätskompagnie ein paar Zelte aufgeschlagen. Sie sind oberflächlich mit Kiefern- und Akazienzweigen getarnt. Eines dieser Zelte ist ein Operationssaal. Auch er ist ein Schlachtfeld.»

*

«Im Laufe der Zeit lernten meine Mitarbeiter, selbst die armseligste russische Steppenkate in einen brauchbaren Operationsraum zu verwandeln.»

*

«Nach einer Weile wurde der nächste Verwundete hereingebracht. Das ging Stunden um Stunden, Tage um Tage, Jahre um Jahre. Es war wie ein Fliessband des Schicksals, auf dem der Ausschuss der Schlacht in die Reparaturwerkstätte für Menschen hineingeschleust wurde.

Vom Leben dieser Männer wussten wir nichts. Sie danach zu fragen, hatten wir keine Zeit. Immer lagen einige draussen und warteten darauf, auf den Operationstisch zu kommen. Immer auch konnte ein neuer Transport mit bedrohlichen Fällen eintreffen, die man nicht warten lassen durfte.

Hatte dieser Mann eine Frau, die um ihn bangte? War er ein Künstler, der der Welt noch etwas zu geben hatte? War er ein Schurke? Ein jeder war ein Mensch, und ihm musste geholfen werden.»

*

«Die Oberschenkelschussfraktur wird von allen Kriegschirurgen gefürchtet. Sie gehört mit zu den gefährlichen Verletzungen, hauptsächlich wegen der Gefahr des Gasbrandes. Mit einer Amputation ist das Leben des Verwundeten fast immer zu retten. Aber um welchen Preis! Entschliesst sich der Chirurg, das Bein zu erhalten, und es geht gut, so ist das natürlich ein höchst befriedigendes Ergebnis. Aber wenn er nicht amputiert, und das Bein ist nicht zu retten, ist gewöhnlich auch das Leben des Patienten verspielt. Das also ist keine einfache Entscheidung, und vor dieser Entscheidung kann der Chirurg sich nicht drücken. Sie muss getroffen werden.

Die Frage der Indikation, die Frage also, ob operiert werden soll oder nicht, hängt nicht allein von medizinischen Ueberlegungen ab. Sie ist eine Frage, für deren Entscheidung die taktische Lage der Truppe in Betracht gezogen werden muss.

Eine Vormarschchirurgie sieht völlig anders aus als eine Rückzugschirurgie. Eine Sommerchirurgie sieht völlig anders aus als eine Winterchirurgie. Beim Vormarsch ist die feindliche Waffenwirkung im allgemeinen abnehmend. Der Gegner bringt seine Artillerie frühzeitig in Sicherheit. Man kann die Verwundeten an Ort und Stelle liegen lassen. Sie werden von den nachfolgenden Feldspitälern übernommen, ganz ohne oder mit nur kurzdauernden Transporten.

Beim Rückzug verstärkt sich ständig die feindliche Waffenwirkung. Die Verwundeten müssen sofort abtransportiert werden. Der Hauptverbandplatz muss in jedem Augenblick geräumt werden können, damit man nicht in die verzweifelte Lage gerät, Verwundete liegen lassen zu müssen.

Im Sommer ist es nicht so schwierig, ein verletztes Glied mit verminderter Durchblutung am Leben zu erhalten. Bei Kälte wird ein Glied, das bei Wärme einigermassen ernährt ist, ohne weiteres brandig . . .»

*

«Immer mehr gingen wir dazu über, uns bei der Wahl unseres Standquartiers nach den taktischen Rückzugsmöglichkeiten zu richten. Der Abtransport der Verwundeten war einer der wichtigsten Gesichtspunkte unserer Tätigkeit geworden. Das Operieren wurde sinnlos, wenn wir nicht transportieren konnten . . . Im weiteren Verlauf der Rückzüge wurde die Taktik schliesslich wichtiger als die Chirurgie.»

*

«In den nächsten Tagen des Rückzugs stellte es sich heraus, dass es ein grosser Vorteil für uns war, eine unserer beiden Operationsgruppen immer dorthin zu legen, wo der Führungsstab lag. Das war sehr viel weiter vorn, als es bisher üblich gewesen war.

Der Vorteil war, dass wir über die Hauptkampflinie immer genau im Bilde waren. Nicht nur, dass ich wusste, wo ungefähr sie verlief, ich erfuhr auch immer, wann sie zurückverlegt wurde. Die operativen Indikationen richteten sich nach der uns zur Verfügung stehenden Zeit. Denn der Verwundetentransport wurde eine sehr komplizierte Angelegenheit . . .

Dass bei dem komplizierten System des Transports der Verwundeten mit seinen immer unzulänglichen Mitteln einzelne Verwundete den Anschluss bei raschem Rückzug nicht bekamen, war unvermeidlich. Räumten wir unsere Position zu früh, so vermehrte sich die Zahl dieser Unglück-

lichen. Räumten wir zu spät, so fiel die ganze Operationsgruppe in russische Hand.

Wir entwickelten ein seismographisch feines Gefühl für die Lage. Die Stille auf der Strasse war ein Warnsignal, dass die Hauptkampflinie sich näherte. Hinter der fechtenden Infanterie ist das Gelände leer. Von da an war für die Beurteilung der Lage der Gefechtslärm massgebend. Ich könnte ein kleines Lehrbuch der Symptomatologie des Gefechtslärms schreiben. Wir lernten es, eigene und fremde Abschüsse und Einschläge bis auf die Kaliber genau zu unterscheiden. Das letzte Signal war der Lärm der Panzer und das Gewehrfeuer. Das war der Moment, mit allen Verwundeten zu evakuieren.»

*

Alle sanitätsdienstlichen Behandlungsstellen bestehen in der Regel aus Kommandoposten, Triagestelle, Behandlungs- und Operationsstelle, Lagerstellen aller Art, Totenstelle, Materialstelle, Küche, Fahrzeugdeckung und Unterkunft für das eigene Personal. Sie sollen den Verwundeten und Kranken Schutz gegen Witterungseinflüsse und vor allem gegen Feindeinwirkungen jeder Art bieten. Am besten sind sie deshalb unterirdisch, womöglich atomsicher anzulegen, zum Beispiel in Kellern, Unterständen, Festungswerken, Felskavernen usw. Trinkwasser in grosser Menge ist ein Haupterfordernis jeder sanitätsdienstlichen Stelle.

Für jede sanitätsdienstliche Stelle ist grundsätzlich eine Wechselstelle vorzubereiten. Sie wird in der Regel dann bezogen, wenn wegen Zerstörungen oder Verseuchungen die Hauptstelle teilweise oder ganz aufgegeben werden muss oder nicht mehr erreicht werden kann. Jede sanitätsdienstliche Stelle muss auch ohne grossen Zeit-, Arbeits- und Materialaufwand beliebig erweitert werden können.

Durch die Transportmittel der *Sanitäts-, Melde- und Transportzentrale* des Sanitätsdienstes werden die Verwundeten vom Verbandplatz entweder in ein *Feldspital* gebracht, sofern es sich um Leichtverwundete und Kranke handelt, die nur kurzer Behandlung bedürfen, oder in ein *chirurgisches Feldspital,* wenn es sich um Fälle erster Dringlichkeit handelt, die eines sofortigen komplizierten Eingriffs bedürfen und nicht bis zum Eintreffen in einer Militärsanitätsanstalt warten können.

Das chirurgische Feldspital

Das chirurgische Feldspital wird durch eine chirurgische Ambulanz, der auch Frauen, nämlich vier vom Schweizerischen Roten Kreuz zur Verfügung gestellte Operationsschwestern, angehören, womöglich in Anlehnung an ein Zivilspital 20 bis 40 Kilometer hinter der Front errichtet. Es dient der Behandlung von Verwundeten erster Dringlichkeit. Die Operierten sollen dort bleiben können, bis sie transportfähig sind. In vielen Fällen aber wird der Einsatzort durch die bereits irgendwo in grosser Zahl gelagerten, aber noch nicht behandelten Verwundeten bestimmt.

Mit den chirurgischen Feldspitälern wird der Armeesanitätsdienst in die Lage versetzt, über frontnahe chirurgische Hilfsstellen zu verfügen, die für bestimmte Dringlichkeitskategorien die sachgemässe fachchirurgische Hilfe mit qualifiziertem Personal und Material innerhalb der Zwölfstundengrenze gewährleisten. Damit wird der Forderung, den Chirurgen möglichst nach vorne zu bringen, entsprochen. Das chirurgische Feldspital sollte mit seinen beiden Equipen innerhalb 24 Stunden ungefähr sechzig bis achtzig Verwundete erster Dringlichkeit operieren können.

Die nachfolgenden Fragmente von Dr. Grauwin berichten über den Einsatz solcher chirurgischer Feldspitäler im Krieg.

Ueber die Krankenschwester im Feldspital:

«Nichts und niemand kann ein junges Mädchen am Kopfende eines Verwundetenlagers ersetzen, nicht nur in der Etappe und im Hinterland, sondern vor allem an der Front. Voriges Jahr wurde ein Verwundeter eingeliefert, der sich in tausend Aengsten wand. Als sich zwei junge Mädchengesichter über ihn beugten, waren die Aengste und bangen Fragen wie weggeblasen. Sieht ein Verwundeter ein junges Mädchen mit seiner ruhigen, lächelnden Miene, wähnt er sich schon gerettet...

Den Sanitäter, der die Spritze macht, schreit der Patient an: ‚Kannst du nicht aufpassen, du Esel? Eine dickere Spritze hast du wohl nicht finden können!'

Zur Krankenschwester aber wird er sagen: ‚Nicht wahr, Mademoiselle, Sie werden doch ganz vorsichtig stechen; Sie haben sicher eine Spritze, die nicht weh tut.'

Im Laufe von acht Jahren, in denen ich Dutzende von wundervollen jungen Mädchen in den von mir geleiteten Lazaretten sah, haben sich die Worte Entsagung, Aufopferung, Pflichterfüllung und Todesverachtung zu dem einzigen Wort verdichtet: ‚Dienen.'»

*

«Am ersten Abend kam Geneviève de Galard (eine Krankenschwester) zu mir in mein Quartier und sagte schüchtern:

‚Da ich nicht zurückkehren kann, stelle ich mich Ihnen zur Verfügung.'

Ich vertraute ihr einen Unterstand mit zehn Schwerverwundeten an. Sie musste Verbände wechseln, Spritzen geben, Nahrung einflössen und bei der kleinsten Bewegung helfen.

Insgeheim beobachtete ich sie während eines Bombardements. Sie ging von einem Verwundeten zum andern, als begäbe sich nichts, und verhielt sich genau so, wie es nötig war, mit Sanftmut und Präzision, und mit ihrer jungen, frischen Mädchenstimme fand sie genau die Worte, die man füglicherweise erwarten konnte.

‚So, wieder eine Spritze. Habe ich dir weh getan?'

‚Du möchtest etwas trinken? Warte, ich bring dir einen Fruchtsaft.'

‚Eine Zigarette? Ich rauche leider nicht. Aber le commandant gibt mir sicher eine.'

Geneviève bekam eine Auszeichnung. Es war eine kleine Vorauszahlung auf all das, was man ihr schuldete für ihre beruhigende Gegenwart, für ihre Mühen, die vielen kleinen Leiden, die sie hinter ihrem frischen Lachen verbarg, für die furchtbare Ueberanstrengung, für die unerschöpfliche Hingabe, für all die frauliche Teilnahme und Liebe, die sich in der kleinsten Geste verriet.»

Nach mörderischem Angriff auf Dien-Bien-Phu:

«Die ganze Nacht bis zum Morgengrauen muss operiert werden; man muss ober- und unterhalb des Knies amputieren, man muss mit dem Skalpell den Bizeps durchschneiden und den Humerus durchsägen, man muss eine Hand abtrennen, und alle diese Fleischstücke fallen schwer auf die Füsse der assistierenden Sanitäter. Därme müssen viele Meter lang aufgerollt werden, und das heisse Blut spritzt einem in Strömen ins Gesicht; klaffende und pfeifende Brustverletzungen sind zuzunähen, und die Glücklichen, die ihren Arm oder ihr Bein behalten dürfen, müssen eingegipst werden.

‚Catgut 1, Catgut 2!'
‚Reverdinnadel!'
‚Auf den Puls achten!'
‚Strychnin — schnell!'
‚Etwas Sauerstoff!'
‚Wasch mir die Stirn ab!'
‚Gib mir einen Schluck Kaffee!'

Sporadisch krepieren Granaten in Salven von zehn bis zwanzig Stück. Wir hören sie nicht mehr.»

Das Feldspital

Das *Feldspital* wird in der Regel durch eine Sanitätskompagnie des Armeekorps errichtet. Es wird dort aufgeschlagen, wo sich zwischen Verbandplatz und Militärsanitätsanstalt eine Lücke in der sanitätsdienstlichen Rückschuborganisation ergibt. Im Gegensatz zum chirurgischen Feldspital, in dem nur Verwundete erster Dringlichkeit operiert werden, nimmt das Feldspital Kranke und Verwundete der zweiten und dritten Dringlichkeit auf.

Das Feldspital sollte durchschnittlich siebenhundert liegende Verwundete und Kranke aufnehmen können. Es ist, von seltenen kritischen Zeiten abgesehen, die Grenze, die — vom Standpunkt des Chirurgen aus — die Front vom Hinterlande trennt.

Da die Kompagnien, die das Feldspital einrichten und führen, mit dem gleichen Sanitätsmaterial wie alle andern Sanitätskompagnien ausgerüstet sind, können sie auch zur Einrichtung von Verbandplätzen oder zu deren Verstärkung herangezogen werden.

Abtransport in die Militärsanitätsanstalten (MSA)

Den Transport der Verwundeten und Kranken aus den chirurgischen Feldspitälern und den Feldspitälern besorgen die Sanitäts-Transportkolonnen der Armeekorps sowie Einheiten der mobilen Abteilung der Militärsanitätsanstalten, nämlich die FHD-Sanitäts-Transportkolonnen mit ihren Ambulanzen und Personenwagen sowie die Sanitätseisenbahnzüge, denen je eine ganze Rotkreuzkolonne von 47 Mann sowie je sechs vom Schweizerischen Roten Kreuz zur Verfügung gestellte Krankenschwestern angehören. Die neun Sanitätszüge der SBB, zwei der Rhätischen Bahn und zwei der Furka-Oberalpbahn können nicht nur als Transportmittel für den Rückschub der Verwundeten und Kranken in die MSA, sondern auch als kleine stehende sanitätsdienstliche Spitalorganisationen verwendet werden. Sie sind in zwei Halbzüge aufteilbar, die je über eine in einem Gepäckwagen untergebrachte Operationsstelle und Küche verfügen. Diese kleinen fahrbaren Spitäler können irgendwo in den Kampfabschnitten, wo grosse Verluste erwartet werden, in Deckung abgestellt werden. Die Fälle erster Dringlichkeit könnten in der Operationsstelle behandelt, im Zug gelagert und bei voll besetztem Zug in die MSA geführt werden. Die Transportfähigkeit eines vollbesetzten Sanitätszuges beträgt 360 Verwundete; ein einziger Sanitätszug kann achtzig bis neunzig Sanitätsautomobile ersetzen, beansprucht aber nur einen Viertel des für diese 90 Automobile benötigten Personals.

Die Militärsanitätsanstalten (MSA)

Die MSA ist die grösste sanitätsdienstliche Formation. Jede einzelne der acht MSA übersteigt mit ihrem Aufnahmevermögen von je 3000 Verwundeten und Kranken wesentlich dasjenige des grössten Kantonsspitals unseres Landes und umfasst drei Spitalabteilungen sowie eine mobile Abteilung. Wegen der beträchtlichen Ausdehnung der Einrichtungen der MSA kommen als Standorte nur geeignete Ortschaften, ausgedehnte Barackensiedlungen oder grosse unterirdische Anlagen in Frage. Die einzelnen Abteilungen der MSA sind in der Regel räumlich getrennt und materiell so eingerichtet, dass sie völlig unabhängig zu arbeiten vermögen. Jede Abteilung verfügt über einen eigenen Stab, der dem Kommandanten der gesamten MSA verantwortlich ist.

In der mobilen Abteilung sind alle der gesamten MSA zugeteilten Fahrzeuge — rund 130 Motorwagen, 12 Eisenbahnwagen für den Gütertransport

— sowie der grösste Teil des reichhaltigen Sanitätsmaterials zusammengefasst.

Die mobile Abteilung umfasst einen Stab, eine Spitalkompagnie, eine Rotkreuzkolonne, ein Rotkreuzdetachement, drei FHD-Sanitäts-Transportkolonnen sowie einen Sanitätseisenbahnzug, während sich jede der drei Spitalabteilungen je in einen Stab, eine Spitalkompagnie, eine Rotkreuzkolonne und ein Rotkreuzdetachement gliedert. Das Schweizerische Rote Kreuz stellt somit einer jeden MSA je vier Rotkreuzkolonnen sowie je vier Rotkreuzdetachemente, für die acht MSA also total 32 Rotkreuzkolonnen und 32 Rotkreuzdetachemente zur Verfügung.

In der MSA soll der Verwundete und Kranke bis zur endgültigen Wiederherstellung die bestmögliche Pflege finden. Hier hört sein Rückschubweg auf.

Der Einsatz von modernen Waffen durch den Gegner kann es mit sich bringen, dass an vielen Orten und über grosse Distanzen verteilt zu gleicher Zeit Massenverluste entstehen können. Ueberall müssen deshalb grosse sanitätsdienstliche Reserven angelegt werden.

Da bei grossen Verlusten von Armeeangehörigen und Zivilpersonen die im rückwärtigen Raume liegenden Armee- und Zivilspitäler rasch überfüllt sein würden, werden Armeekorps und Armee in enger Verbindung mit dem Territorialdienst die rechtzeitige Bereitstellung umfangreicher Lagerungsmöglichkeiten im gesamten rückwärtigen Raume veranlassen. Der Territorialdienst hat in diesen Fällen auch für das allfällige Aufgebot von Teilen der Zivilbevölkerung zur Pflege der Verwundeten und Kranken zu sorgen. An sanitätsdienstlichen Formationen stehen jedem Territorialkreis je ein bis zwei HD-Territorialsanitätsdetachemente und Territorialrotkreuzdetachemente zur Verfügung, deren Aufgaben ungefähr jenen der Spitalkompagnien und Rotkreuzdetachemente in den MSA entsprechen. Der Sanitätsdienst des Territorialdienstes basiert auf den sogenannten Territorialspitälern. Als solche werden vom Oberfeldarzt schon bestehende zivile Krankenanstalten bezeichnet, die ihren zivilen Charakter und ihre zivile Aufgabe beibehalten.

Nachschub des Sanitätsmaterials

Wir haben auf den vorangehenden Seiten den An- und Abtransport des Verwundeten von der Front bis in die MSA kennengelernt. Denselben Weg geht auch das Material, doch in umgekehrter Richtung. Die dezentralisierten Militärsanitätsmagazine bringen das Material in die MSA, die über grosse Reserven verfügen. Die gleichen Sanitätstransportkolonnen, die die Verwundeten in den rückwärtigen Raum transportieren, bringen das Material nach vorn, füllen also die leeren Fahrzeuge mit Material, laden es an der Bestimmungsstelle aus, beladen die Fahrzeuge mit Verwundeten und fahren mit ihnen zurück. An der Front begibt sich der Sanitätssoldat mit wieder aufgefüllter Sanitätsausrüstung und zusätzlich mit allen Taschen voll Verbandmaterial in die vorderste Linie, gibt Erste Hilfe, bringt den Verwundeten ins Verwundetennest, füllt seine Taschen wieder mit Material, geht wieder nach vorn. So fliesst ständig Material nach vorn, und die gleichen Gruppen und Einheiten, die es nach vorn bringen, transportieren die Verwundeten nach hinten mit dem einzigen, doch sehr wesentlichen Unterschied, dass es sich einmal um Material, das andere Mal um einen schwer leidenden Menschen handelt, dessen Transport grösster Sorgfalt und Rücksichtnahme bedarf, um ihm zusätzliche Leiden zu ersparen.

*

Damit haben wir den überaus komplexen und komplizierten Sanitätsdienst, der vom Sanitätsoffizier bis zum letzten Mann aussergewöhnliche Fähigkeiten der Taktik, der Lagebeurteilung und der raschen Anpassung sowie höchstes fachliches Können, Verantwortungsbewusstsein und unermüdlichen und opferbereiten Einsatz verlangt, nur oberflächlich zu skizzieren vermocht. Ihn in allen seinen wechselvollen Aspekten zu schildern, würde einiger Bände bedürfen.