

# Truppenkommandant und Sanitätspersonal

Autor(en): **Waldburger, Emil**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **ASMZ : Sicherheit Schweiz : Allgemeine schweizerische Militärzeitschrift**

Band (Jahr): **126 (1960)**

Heft 8

PDF erstellt am: **30.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-38649>

## **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.

# Truppenkommandant und Sanitätspersonal

Von Major Emil Waldburger

Wir stellen immer wieder fest, daß viele Kommandanten der Ausbildung und dem Einsatz ihres Sanitätspersonals unsicher gegenüberstehen. Während zum Beispiel dem Infanteristen die Belange der Artillerie, Genie, Übermittlung usw. von der Zentralschule und ähnlichen Kursen her vertraut sind, und der Kommandant durch entsprechende Handlungen Einfluß auf Ausbildung und Einsatz dieser Kampfmittel nimmt, vernachlässigt er oft seinen Sanitätsdienst. Diesen überläßt er in der Regel vertrauensvoll seinem Arzt, der damit anfangen soll, was er für gut findet. Dabei weiß eigentlich jeder Kommandant, daß der Sanitätsdienst ein «Kampfmittel» ist wie jedes andere auch; daß davon die Moral, die Gesundheit oder gar das Leben seiner Männer (und auch sein eigenes) abhängen können, und daß er folglich einen ebenso starken Einfluß auf Ausbildung und Einsatz ausüben müßte wie auf seine übrigen Kampfmittel.

Meiner Ansicht nach führen hauptsächlich folgende Gründe zur Zurückhaltung der Kommandanten:

1. Viele Kommandanten sind im Sanitätsdienst ungenügend ausgebildet. In manchen Zentralschulen und taktischen Kursen kommt der Sanitätsdienst gegenüber der Artillerie, Genie usw. zu kurz. Wo aber die Kenntnisse fehlen, mangeln in der Regel auch Freude und Interesse.
2. Die Doppelaufgabe des Sanitätspersonals, nämlich
  - einerseits der Kranken-, Pikett- und Notfalldienst und
  - andererseits die Ausbildung im Hinblick auf das eigene Kriegsgenügen mag kompliziert erscheinen. Vor allem sind Art und Umfang des ersten Aufgabengebietes dem Kommandanten eher unvertraut.
3. Viele Kommandanten neigen zur Übertreibung der Sicherheitsmaßnahmen bei der täglichen Ausbildung und bei kleineren Übungen. Dabei lassen die Sicherheitsvorschriften viele Möglichkeiten für die Ausbildung des Sanitätspersonals offen.
4. Manchenorts wird den Vorteilen der Zentralisierung des Kranken- und Notfalldienstes im Sinne einer zivil-ähnlichen Rationalisierung zu wenig Rechnung getragen.
5. Der Arzt wird zu oft lediglich als Fachmann, quasi als «Hausarzt», und zu wenig als Sanitätsoffizier und Chef eines wichtigen «Kampfmittels» betrachtet, der genaue Befehle und wirksame Unterstützung zu schätzen weiß.

## Ist unsere Truppensanität kriegstüchtig?

Während alle übrigen Teile einer Einheit oder eines Truppenkörpers zielstrebig auf den Krieg hin trainiert werden, gelten für die Truppensanität vielerorts andere Maßstäbe. Wer kennt nicht die faul herumstehenden oder -liegenden Sanitätsmannschaften! Dabei sind sie lediglich die Opfer eines unzumutbaren Einsatzes, was auch aus nachstehenden, leider für viele Truppen geltenden Verhältniszahlen hervorgeht:

1. Gesundheits- und Krankendienst .....	ca. 30–50%	} des Einsatzes
2. Pikett- und Unfalldienst .....	ca. 30–50%	
3. Mithilfe bei der Ausbildung in Kameradenhilfe	ca. 10%	
4. Eigene Weiterausbildung im Hinblick auf den Krieg .....	ca. 10%	

Es liegt auf der Hand, daß hier der wichtigste Grundsatz des Dienstreglementes (Ziff. 40) verletzt wird, wonach das *Ziel* jeder militärischen Erziehung und Ausbildung die *Kriegstüchtigkeit* sein muß. Mit anderen Worten: Unsere Truppensanität ist leider nicht überall kriegstüchtig.

Wo initiative Sanitätsoffiziere vorhanden sind, und wo den Kommandanten das Kriegsgenügen ihres Sanitätsdienstes am Herzen liegt, können wir in normalen Ausbildungsdiensten und bei dem durchschnittlich sehr guten Gesundheitszustand unserer Männer etwa mit folgenden Verhältniszahlen rechnen:

1. Weiterausbildung des Sanitätspersonals im Hinblick auf den Krieg .....	über 50%	} des Einsatzes
2. Gesundheits- und Krankendienst .....	ca. 10–20%	
3. Pikett- und Unfalldienst .....	ca. 10–20%	
4. Mithilfe bei der Ausbildung in Kameradenhilfe	ca. 10%	

Nachstehend folgen zwei praktisch erprobte Beispiele.

### *Ausbildung und Einsatz des Sanitätspersonals eines Fü. Bat. im WK 59*

#### 1. Kameradenhilfe

Im *Kadervorkurs* wurden alle Offiziere und Unteroffiziere des Bataillons durch dessen Kommandanten und die Sanitätsoffiziere anhand des Reglementes «Erste Hilfe und Gesunderhaltung der Truppe, 3. Ausgabe 1958», in zwei Stunden wie folgt ausgebildet:

- a. Theorie über den sanitätsdienstlichen Nach- und Rückschub von der Kampfstellung bis zur MSA anhand von Wandtabellen (Regl. S. 54 ff.)
- b. Praktisches Verhalten gegenüber bewußtlosen Verwundeten (Regl. S. 37 ff.) und Verwundetentransport von Hand (S. 49 ff.)



- c. Praktische Leistung der ersten Hilfe bei Verletzungen usw. (Regl. S. 9 ff.)
- d. Anlegen von improvisierten Schienen bei großen Wunden und gebrochenen Gliedern (Regl. S. 32 ff.)
- e. Orientierung über die Organisation des Sanitätsdienstes im WK.

Das Kader war sehr interessiert an diesem Unterricht; der Ausbildungserfolg war gut.

Die Kameradenhilfe bei der Truppe wurde im Verlaufe des WK *ausschließlich durch das Truppenkader* instruiert, und zwar wiederum mit Freude und Erfolg.

In *jeder Übung* vom Zug bis zum Bataillon wurden mittels Photographien und Moulagen «Verwundete» markiert, entsprechend versorgt und in die stets vorhandenen Verwundetennester oder Sanitätshilfsstellen transportiert. Der Bataillonsarzt funktionierte bei größeren Übungen als Schiedsrichter.

Wichtig ist das Vorhandensein von genügend Übungs-Verbandmaterial usw.; die Möglichkeiten gemäß WAO, Ziff. 459 sind unbedingt auszuschöpfen.

## 2. Krankendienst

Es wurde ein *zentrales Krankenzimmer* am Standort der Stabskompagnie errichtet, das in der Regel von einem zugeteilten Arzt und einem Sanitätsunteroffizier oder -soldaten betreut wurde. Dieses Personal wurde auch noch anderweitig eingesetzt, siehe Pt. 3 und 4.

Bei den unterstellten Einheiten war *kein Sanitätspersonal* stationiert. Jede Einheit verfügte lediglich über ein Untersuchungszimmer, einen kleinen Sanitätskasten und eine ganze Bahre, wofür der betreffende Feldweibel verantwortlich war, siehe auch Pt. 5.

Die Krankenuntersuchung fand meistens am Standort der Einheiten statt. Ich bin aber überzeugt, daß sich in vielen Fällen, vor allem bei motorisierten Truppen und bei wenig Sanitätspersonal, die Krankenuntersuchung am Standort des zentralen Krankenzimmers durchführen ließe. Im rationeller arbeitenden Zivilleben begibt sich auch der Patient zum Arzt, solange dies möglich ist, und nicht umgekehrt.

## 3. Pikett- und Unfalldienst

Wir hielten uns streng an die «Sicherheitsvorschriften für Gefechtsschießübungen 1953» sowie an die andern einschlägigen Weisungen. Diese sehr sinnvollen Vorschriften lassen bezüglich Weiterausbildung des Sanitätspersonals im Hinblick auf sein eigenes Kriegsgenügen einen beträchtlichen Spielraum offen.

- Jeder Wehrmann des Bataillons trug in der linken oberen Rocktasche
- einen *blauen Befehl des Bataillonsarztes* mit
    - kurzer Weisung über die Maßnahmen bei einem Unfall, nach Dringlichkeit geordnet,
    - Standort und Telephon-Nummer der Notfall-Equipe des Bataillons, eventuell des Regiments,
    - Standort und Telephon-Nummer der Kommandoposten des Regiments, des Bataillons und aller Einheiten,
    - Zivilspitäler im WK-Raum und deren Telephon-Nummer.
  - einen «*Begleitschein für Kranke und Verwundete*» (Form.Nr. 18.8), dessen Kopf ausgefüllt war, und der bei allen Sanitätsübungen in Funktion trat. Dadurch wurden sowohl der Transport als auch die «Behandlung» der markierten Verwundeten erheblich beschleunigt und erleichtert.

Nur in *Ausnahmefällen* befand sich Sanitätspersonal auf den Schießplätzen. Hingegen hatten die Einheiten stets ein Fahrzeug, eine montierte Bahre und genügend Sanitätsmaterial daselbst bereitzuhalten. Ferner war jedem Wehrmann bewußt, daß er persönlich für die erste Hilfeleistung voll verantwortlich war (praktische Kameradenhilfe).

Eine *Notfall-Equipe*, bestehend aus einem Arzt und einem Sanitätsunteroffizier oder -soldaten, war mit einem Fahrzeug der Stabskompagnie und genügend Sanitätsmaterial jederzeit am Standort des zentralen Krankenzimmers abrufbereit. Es handelte sich in der Regel um das gleiche Personal, das Krankendienst leistete. Es wurden im Verlaufe des WK mehrmals und bei allen Einheiten mittels Moulagen sehr realistische Unfälle vorgetäuscht, die stets sofort den Notfall-Alarm auslösten. Bis zur Ankunft der Notfall-Equipe vergingen selten mehr als 5 bis 20 Minuten; in jedem Falle hatte vorher die Kameradenhilfe bestens funktioniert.

#### 4. *Weiterausbildung des Sanitätspersonals im Hinblick auf seine Kriegsaufgabe*

Dank der vorgenannten Maßnahmen verfügte der Bataillonsarzt in der Regel über das Gros des Sanitätspersonals zu dessen Weiterbildung. Sofern diese Ausbildung in unmittelbarer Nähe des Krankenzimmers stattfand, wurde auch die Krankenzimmer- beziehungsweise Notfall-Equipe zur Instruktion herangezogen.

Es wurde nach einem detaillierten Programm des Bataillonsarztes Ausbildung betrieben, und zwar von der Verbandlehre bis zum Bau und Betrieb von Sanitätshilfsstellen in Kellern, Unterständen und Zelten. Auch der Gefechtssanitätsdienst wurde realistisch geübt, indem «Verwundete» aus der Feuerzone geborgen wurden. In diesem Zusammenhange möchte ich auf



die kürzlich beim Zentralsekretariat des SUOV (Zentralstraße 42, Biel) erschienene Broschüre «Die Sanitätstruppen im Gefecht, Ausbildung und Einsatz des einzelnen Mannes und des kleinen Verbandes» hinweisen, worin eine Fülle von Möglichkeiten und praktischen Beispielen enthalten ist.

Bei den Kompagnieübungen auf Gegenseitigkeit sowie bei den Bataillonsübungen spielte die Sanität praktisch mit.

Das Ausbildungsergebnis konnte als befriedigend bezeichnet werden.

##### 5. *Ausbildung der Einheits-Feldweibel im Sanitätsdienst*

Gemäß Reglement «Die Führung der Füsilierkompagnie, 1957», Ziff. 159, hat jeder Feldweibel unter anderem folgende Aufgaben:

- Vorbereitung von Verwundetenestern,
- Zuweisung des Gefechtsstandortes der zugeteilten Sanitätsmannschaften,
- Organisation der Evakuierung der Verwundeten im Kompagnieraum, in enger Zusammenarbeit mit dem Truppenarzt.

Diese leider noch wenig bekannte Regelung ist sehr wichtig. Sowohl die Kommandanten als auch die Truppenärzte haben die Feldweibel entsprechend auszubilden und einzusetzen. Durch diese Maßnahme wird die Leistungsfähigkeit des Frontsanitätsdienstes erheblich gesteigert, indem die Feldweibel auch in schwierigen Lagen Mittel und Wege zum Rückschub der Verwundeten und Kranken und zum Nachschub von Sanitätsmaterial finden werden.

##### 6. *Ausbildung des Sanitätspersonals und des Regimentsspiels in verschiedenen WK einer Regimentsgruppe*

Neben den im vorherigen Abschnitt dargestellten Möglichkeiten führen noch weitere Wege zum Ziele. So kann sich vor allem bei Truppen mit wenig Sanitätspersonal und/oder mit Spielen eine *zentrale Lösung* des Kranken- und Notfalldienstes sowie der Ausbildung aufdrängen.

Aus den Programmen und Berichten, die mir ein Regimentsarzt freundlicherweise überlassen hatte, ist folgendes ersichtlich:

1. Es wurde versucht, den *Notfall- und Krankendienst* für mehrere Truppenkörper zusammenzufassen. Dies klappte überall dort ausgezeichnet, wo die betreffenden Kommandanten und Ärzte gut miteinander auskamen. Durch diese Maßnahme wurde Personal für die Ausbildung frei.
2. In der 2. WK-Woche führte der Regimentsarzt jeweils einen *zentralen Sanitätskurs* am Standort der Nachrichtenkompagnie durch, der durch das Regimentsspiel und das Gros des Sanitätspersonals der Truppenkörper und Einheiten der WK-Gruppe besucht wurde. Nach Abzug der

Notfall- und Krankenequipen wies der Kurs jeweils einen Bestand von zirka 5 Sanitätsoffizieren und zirka 60 Sanitäts- und Spielmannschaften auf. Das Spiel wurde häufig am späten Nachmittag aus dem Kurs entlassen, um bei den Truppen des Regiments zu musizieren.

- Im WK 59 errichtete der Kurs, in Zusammenarbeit mit den Sappeuren, eine unterirdische, atom sichere Bataillonssanitätshilfsstelle, worin anschließend die «Behandlung und Lagerung von Verwundeten» geübt wurden. Diese Hilfsstelle wurde durch alle Offiziere der WK-Gruppe während des Betriebes besichtigt
- Der im WK 60 durchgeführte zentrale Sanitätskurs diente der allgemeinen sanitätstaktischen und fachtechnischen Ausbildung. Den Schluß des Kurses krönte eine realistisch angelegte, alarmmäßige Rettungsübung, die beträchtliche Anforderungen an Kader und Truppe stellte.

Ein von höherer Stelle organisierter Kurs an der chirurgischen Klinik eines großen Spitals diente speziell der Weiterausbildung der Ärzte. Der Kurs wurde gestaffelt besucht und als interessant und lehrreich empfunden.

### *Zusammenfassung*

1. In vielen *Zentralschulen und taktischen Kursen* sollten die Kommandanten *sanitätsdienstlich besser ausgebildet* werden. In keiner Übung oder Besprechung dürfte das wichtige «Kampfmittel Sanitätsdienst» fehlen.
2. Die Kommandanten können die *Initiative ihrer Sanitätsoffiziere* betreffend Ausbildung des Sanitätspersonals im Hinblick auf seine Kriegsaufgabe nicht genug unterstützen oder eventuell ankurbeln.
3. Der *Zentralisierung des Kranken- und Notfalldienstes* im Sinne einer zivilartigen Rationalisierung kommt große Bedeutung zu, denn nur dadurch wird Personal und Zeit für die Ausbildung gewonnen.
4. Vielenorts, vor allem bei Truppen mit wenig Sanitätspersonal, drängen sich *zentrale Ausbildungskurse* auf. Spezialtruppen arbeiten am besten mit der Infanterie zusammen.
5. In *jeder Übung aller Kampfgruppen*, ob mit Markier- oder scharfer Munition geschossen wird oder nicht, müssen stets «Verwundete» markiert werden. Dadurch wird der Sanitätsdienst zur Selbstverständlichkeit; er wird dann auch im Ernstfall funktionieren.
6. Die *Kameradenhilfe* soll, mit Ausnahme des Kadervorkurses, *ausschließlich durch das Truppenkader* instruiert werden. Wo mit Phantasie gearbeitet wird, ist das Interesse allgemein viel größer als man glaubt.



7. Die *Feldweibel* der Kompagnien, Batterien und Kolonnen sind im sanitätsdienstlichen Nach- und Rückschub so auszubilden und einzusetzen, daß sie auch auf diesem Gebiete zu wertvollen Gehilfen der Kommandanten und Truppenärzte werden. Dadurch wird der Frontsanitätsdienst bedeutend leistungsfähiger gestaltet.

## Eine Achillesferse der Luftverteidigung

Von Hptm. J. R. Lécher

(Schluß)

### *Die Empfindlichkeit der Flablenk Waffen gegenüber feindlichen Angriffshandlungen*

Es wurde früher darauf hingewiesen, daß man beim Einsatz von Flablenk Waffen einerseits zwischen mobilen oder semimobilen Lenk Waffen-Stellungen, die als *ungeschützt* zu bezeichnen sind, und andererseits den *geschützten*, das heißt verbunkerten oder unter Fels gebrachten Stellungen unterscheiden kann. Es ergibt sich hier eine ähnliche Lage wie beim Einsatz von bemannten Flugzeugen, indem die Grundfrage lautet: Schutz in der «ungeschützten» Dezentralisation (dynamische Konzeption) oder der «geschützten» Zentralisation (statische Konzeption). Es lassen sich noch verschiedene Varianten und Mittellösungen denken, die hier aber nicht behandelt werden sollen, weil sie hinsichtlich Empfindlichkeit gegenüber feindlichen Angriffshandlungen keine wesentlich neuen Aspekte bieten.

An erster Stelle sollen die Eigenheiten der «ungeschützten» Flablenk Waffen-Stellungen untersucht werden. Es sei vorweggenommen, daß der Ausdruck «ungeschützt» nur in relativer Weise zu verstehen ist. Selbstverständlich können sich auch die Flablenk Waffen etwas eingraben, ähnlich wie die Flab-Artillerie, sofern der Boden und die Jahreszeit günstig und die für die Bereitstellung vorhandene Zeit genügend sind. Solche Stellungen bleiben aber trotz aller improvisierten Maßnahmen im Vergleich zu den unter Fels gelagerten oder verbunkerten Stellungen relativ *ungeschützt*.

Flablenk Waffen sind völlig nutzlose «Vögel», wenn keine Radargeräte vorhanden sind. Schwere und mittlere Flab-Artillerie kann zur Not auch ohne Radargeräte schießen. Flablenk Waffen sind aber ohne Radar vollständig paralysiert.

Diese Tatsache kann nie genug betont werden, wenn man die Empfindlichkeit dieser Waffensysteme gegenüber feindlichen Angriffshandlungen untersucht. Es dürfte mehr wie selbstverständlich sein, daß der Gegner, der