

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

Herausgeber: Schweizerischer Centralverein vom Roten Kreuz

Band: 52 (1944)

Heft: 5

Vereinsnachrichten: Diphtherieepidemie in Norwegen

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

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

bulanz, Feldspital und Sanitätszug geläufige Begriffe geworden. Ueberall ist bekannt, dass die Leitung des Armeesanitätsdienstes und der Rotkreuz-Chefarzt die Mitarbeit der Schwestern hoch einschätzte und ihren Bedürfnissen mit Wohlwollen begegnete.

Ich glaube, Ihnen die Aufgaben der Schwestern und Samariterinnen in einer MSA damit am besten darlegen zu können, wenn ich Ihnen aus meiner Erfahrung kurz berichten über den Aufbau und den Betrieb unserer MSA in X.

Bevor ich auf die MSA eintrete, wie sie im Herbst 1939 in X aufgebaut und im Laufe der Jahre mit dieser oder jener Abänderung durchgeführt wurde, weise ich darauf hin, dass diese MSA nicht das Gesicht der Kriegs-MSA trägt, sondern eine MSA der Grenzschutzphase ist, in der wichtige Teile und Funktionen nicht in Erscheinung traten.

Der MSA gehören heute an: Der Kommandant, die Sanitätsoffiziere und HD-Aerzte, Zahnärzte, Apotheker, Verwaltungsbeamte, Feldprediger. Dann Lst. San. Det., HD San. Det., R. K. K., R+Det., Pfadfinderinnen, Arztgehilfinnen, Sekretärinnen und Fürsorgerinnen.

Als im Spätsommer 1939 der Befehl zur Etablierung der MSA X gegeben worden war, kam ein gewaltiger Eifer in das Personal der MSA. Schulhäuser und Hotels wurden geräumt, geputzt, Betten herbeigeführt und aufgestellt, Bureaux, Küchen und Laboratorien eingerichtet und Bettwäsche und Wolldecken übergeführt. Einige Tage später lagen schon die ersten Patienten in den Betten und wurden richtig gepflegt. Die MSA lebte und besass schon den regelmässigen Pulsschlag, der für eine MSA unumgänglich ist. Gaben Kdo. und Aerzte die allgemeinen Linien, so verrichteten die Schwestern die unentbehrliche Kleinarbeit und gossen damit das notwendige Oel in das Räderwerk.

Das war in X, wo uns viele Hilfsmittel zur Verfügung standen. Wir verstehen es aber auch, eine kriegsgenügende MSA unter viel prekäreren Umständen und in viel kleineren Ortschaften mit Baracken aufzubauen. Dort müssen die Angehörigen einer MSA wieder alle Kräfte aufwenden und persönlich auf manche Bequemlichkeit verzichten, die ihnen in X ohne weiteres zufiel.

Verschiedene Werkstätten sind ausgebaut worden: Schreinerei, Orthopädie, Freizeitwerkstätten, Nähstuben, Flickstuben für MSA-Wäsche, für Patienten, für Personal, Gemüsekulturen, Relief, Soldatenstuben, Freizeitheim für Personal im Winter.

Hatte die MSA X in der Phase des Grenzschutzes eine grössere maximale Patientenzahl als das Kantonsspital Zürich, so muss sie im Ernstfall doppelt so viele Verwundete aufnehmen können. Neben dieser für unsere schweizerischen Spitalverhältnisse ungewohnt grossen Zahl tritt noch als besonderes militäres Charakteristikum die grosse Zahl der täglichen Zu- und Abgänge hinzu.

In der bisherigen Phase der Mobilisation hatte die MSA eine Menge leichter Fälle, was den ärztlichen und den Pflegedienst in mancher Hinsicht anders gestaltet, als wenn im Kriegsfall vorwiegend ernstlich Verletzte eingewiesen werden. Im Grenzschutzfall oft aufreibende Untersuchungen und Abklärungen unklarer Bilder, im Ernstfall klarere, aber schwerere Fälle, die an die Pflege schon bei geringer Zahl grosse Anforderungen stellen. Fast ausschliesslich chirurgische Fälle, Zusammenschumpfen der medizinischen und Isoliersektion ausser den Fällen von Epidemien. Die meisten Schwestern werden im Ernstfall chirurgische Kranke pflegen und verbinden müssen.

Im grossen und mannigfaltigen Betrieb der MSA werden die Schwestern in erster Linie und in weitaus grösster Zahl für die Pflege in den Sälen eingesetzt. Ganz von selbst ergeben sich Spitaleinheiten mit einem Oberarzt, Abt.-Aerzten und Saalarzten und dementsprechend Oberschwester, Abt.- und Saalschwester, wobei kein Schema verbindlich sein darf. Die Schwestern werden, mehr als im Zivilspital, für viele private Anliegen der Patienten in Anspruch genommen; sie bedeuten für viele erste Instanz für Fürsorge und Kontakt mit den Angehörigen. Die Schwestern haben die Aufsicht über die ihnen zugeteilten Hilfskräfte: Samariterinnen, Landsturm-Sanitätsoldaten und HD-Sanität; sie besitzen Wachtmeisterrang und sollen ihn den Patienten und dem Personal gegenüber zur Geltung bringen. Schwestern sind eingesetzt im Operationsaal, in den Apotheken der Abteilung, in den Laboratorien, beim Röntgen, in der Diätküche, in Näh- und Flickstuben und in der Lingerie.

Für X war die Frage der *Unterkunft* der Schwestern während der Mobilisation in dem Sinne gelöst, dass das gesamte weibliche Personal in Betten untergebracht wurde. Diese Ordnung ist von der Armeeführung als allgemein gültig und für das gesamte weibliche Personal anerkannt worden, immer mit der Einschränkung, dass dies nur im Rahmen des Möglichen geschehen kann, und dass es denkbar ist, dass in Kriegsverhältnissen auch weibliches Personal einmal auf Pritschen oder im Stroh schlafen muss. Mit dieser Regelung ist das gesamte weibliche Personal besser gestellt als das männliche; haben

Uof. und Mannschaft die Bewilligung, sich privat einzulogieren, so gehen die Kosten dafür zu ihren Lasten.

Für die *Weiterbildung* der Schwestern in der MSA X ist in den ersten Wochen nach der Mobilisation am meisten getan worden. Als die MSA besetzt war, blieb für Aerzte und Schwestern wenig Zeit.

Schon nach dem letzten Weltkrieg sind die diplomierten Schwestern durch eine ganze Anzahl «wilder» Schwestern konkurrenziert worden, die aus allen möglichen Krankenabteilungen und Ländern Atteste über langjährige Pflegedienste vorwiesen. Um in dieser Richtung Vorsorge zu treffen, sind durch den Oberfeldarzt die Anträge des Rotkreuz-Chefarztes gutgeheissen und verbindlich erklärt worden. Erfahrungen, die wir in der MSA X gemacht haben, führten zu einem generellen Verbot an die Aerzte des Armeesanitätsdienstes, irgend einer Pflegeperson ein Zeugnis über ihre Leistungen auszustellen. Schwestern, Samariterinnen, Assistentinnen, Laborantinnen, FHD der Gattung 10, so gut wie männliches Personal erhalten die Diensttage ins DB eingetragen, damit basta. Alles andere ist unsoldatisch und darum nicht geduldet. (Befehl Oberfeldarzt über Besoldung 18.7.40.)

Zum Schluss möchte ich auch noch darauf hinweisen, dass für das religiöse Leben in der MSA die Feldprediger zusammen mit dem Kdt. Sorge tragen sollen, die Schwestern aber mit ihrem Einfluss am meisten beitragen können, dass die Gottesdienste besucht werden. Gerade wegen dieses Einflusses habe ich die Schwestern stets die guten Geister meiner MSA genannt.

Von der Heilkunst der alten Aegypter

Im alten Aegypten gab es keine eigentlichen Aerzte, sondern die Tempelpriester übten den Arztberuf aus. Wir haben also eine ähnliche Erscheinung, wie wir sie im frühen Mittelalter in unserer Klostermedizin vorfinden.

So ist es nicht verwunderlich, dass die Arzneikunde eng mit religiösen und mystischen Vorstellungen verbunden war und dass die Heilbehandlung ausser dem Medikament auch religiöse Handlungen umfasste. Ebenso war die Herstellung der Heilmittel auf die Tempel beschränkt. Wir finden daher in den Tempeln reich ausgestattete Laboratorien mit Mörsern, Mühlen, Medikamentengefässen aus Glas und Ton usw. Die Ausübung der ärztlichen und pharmazeutischen Kunst scheint ein Vorrecht der niederen Priester gewesen zu sein, während der hohe Klerus sich mehr mit mystischen und auch mit staatswissenschaftlichen Fragen befasste. Eine Trennung von Arzt und Apotheker bestand bei den «Heilpriestern» vermutlich noch nicht. Wenigstens deuten das Fehlen entsprechender Aufzeichnungen in den Heilbüchern und auch das Schriftzeichen (die Hieroglyphe) für den Arzt — das eine Lanzette und einen Medikamentenmörser aufweist — darauf hin.

Unsere Kenntnisse über die Medizin der Aegypter stammten vorwiegend aus dem Papyrus Ebers. Diesen ausserordentlich wertvollen Fund verdanken wir dem deutschen Aegyptologen Ebers, der ihn 1872 entdeckte und in mehrjähriger Arbeit übersetzte und zu deuten versuchte. Dies war nicht leicht infolge der für unsere Begriffe seltsamen Umschreibungen.

Die Heilmittel wurden darin häufig mit einem Decknamen bezeichnet, um das priesterliche Geheimnis zu wahren und die Schriften den Laien unverständlich zu machen. Auf jeden Fall sind darin aber schon Heilmittel erwähnt, die sich auch heute noch im Gebrauch befinden, wie Crocus, Wermuth, Rizinus, Kochsalz usw.

Nicht nur diese Kenntnisse, die durch die Griechen und Römer zu uns gelangten, sondern auch einige Namen und Begriffe, die heute Allgemeingut sind, gehen auf die Aegypter zurück. So ist sehr wahrscheinlich das Wort «Chemie» ägyptischen Ursprungs. Es wird auf «chema» zurückgeführt, das im alten Reich die Bezeichnung für das Land Aegypten war. Auch die Pflanzennamen Sesam (Sesamol) und thymus (Thymian) sind ägyptischen Ursprungs.

Wir sehen daraus, wie die Kultur der alten Aegypter, die vor bald 5000 Jahren ihren Anfang nahm, bis auf den heutigen Tag nachwirkt, und aus wie vielen Kanälen unser heutiges Wissen und unsere heutige Zivilisation genährt wurde.

Dr. B.

Diphtherieepidemie in Norwegen

Dem Schwedisch-Norwegischen Pressebureau wird aus Oslo berichtet: Seit längerer Zeit herrscht in Norwegen eine bösartige Diphtherieepidemie, die eine grosse Anzahl Todesfälle forderte. Das Osloer Gesundheitsamt hat den Impfzwang für die Altersgruppe zwischen 15 und 30 Jahren angeordnet, der bisher nur bei schulpflichtigen Kindern bestand.