

**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Philosophische Fakultät
Historisches Seminar**



**Kriegschirurgie und Kriegorthopädie in der Schweiz zur Zeit des
Ersten Weltkrieges**

**Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät der Universität Heidelberg**

Vorgelegt von

Marcelin Oliver Draenert

Erstgutachter: Professor Dr. Wolfgang U. Eckart

Zweitgutachter: Professor Dr. Thomas Maissen

Datum der Disputation: 08.06.2011

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
2. Forschungsstand	8
3. Material	14
4. Aufbau und Ziele	16
I. Teil Die Schweiz im Ersten Weltkrieg	18
1. Neutralität und Landesversorgung der Schweiz im Ersten Weltkrieg	18
2. Das IKRK, die Haager Landkriegsordnung und die humanitäre Tradition der Schweiz	35
II. Teil: Die Kriegsgefangeneninternierung in der Schweiz	40
1. Behandlung von kranken und verletzten Militärangehörigen	40
2. Heimschaffung von Zivilinternierten	42
3. Der Austausch von Schwerverletzten	44
4. Die Internierung von Kriegsgefangenen	50
5. Die Schweiz, der Vatikan und die Internierung	55
6. Erfolgreiche Vermittlung des Vatikans und der Beginn der Internierung	58
Der weitere Verlauf der Internierung	65
Die Abkommen von Bern und Den Haag	74
7. Verhandlungen mit Österreich-Ungarn	82
8. Verhandlungen der Schweiz mit den USA	83
9. Die Internierung nach dem Waffenstillstand	86
10. Die Organisation des Internierungsdienstes	89
Die Arbeit der Kommissionen	89
Der Transport der Internierten	93
Regionen, Sektoren, Unterkunft und Überwachung der Soldaten	96
Die Verwaltung der Internierung	104
Die zentralen Verwaltungseinrichtungen der Internierung in Bern	108
Die Auskunftsstelle	110
Die Armeesaniätsanstalt und das Deutsche Interniertenspital in Luzern	112
Die Armeesaniätsanstalt A.S.A. in Fribourg	118
Die Erweiterung der A.S.A. in Fribourg	121
Patientenzahlen in Fribourg	122

12. Verwaltung der Patienten in den Schweizer Krankenhäusern	124
<i>Die Interniertenpost</i>	125
<i>Seelsorge für die Internierten</i>	128
13. Probleme bei der Internierung	129
<i>Landesverteidigung</i>	129
<i>Disziplin und Alkoholmissbrauch</i>	130
<i>Die Straflager in Witzwil, Kalchrein und Duillier</i>	133
<i>Fluchtversuche</i>	133
<i>Die Schweizer Bevölkerung und die Internierten</i>	134
<i>Ausländische Besuche und das Zusammentreffen Internierter</i>	136
<i>Betrug bei der Internierung</i>	137
14. Interniertenarbeit und Weiterbildung	138
<i>Die deutschen Internierten</i>	138
<i>Die Deutsche Internierten Zeitung</i>	142
<i>Deutsche Interniertenschuhmacherei und orthopädische Werkstätte</i>	143
<i>Die französischen und belgischen Internierten</i>	145
<i>Die französische Interniertenzeitung</i>	148
<i>Die Arbeit der belgischen Internierten</i>	149
<i>Die belgische Interniertenzeitung</i>	149
<i>Die britischen Internierten</i>	149
<i>Die britische Interniertenzeitung</i>	150
15. Tätigkeit der Internierten in der Landwirtschaft	151
16. Die Berichterstattung in den Schweizer Zeitungen über die Internierung	152
III. Teil Orthopädie und Kriegschirurgie	156
1. Orthopädie und orthopädische Chirurgie in der Schweiz	156
2. Kriegschirurgie und Sanitätsdienst in der Schweiz	160
3. Schweizer Kriegschirurgen im 19. und 20. Jahrhundert	163
7. Schweizer Ärzte in Lazaretten auf dem Balkan 1912 und 1913 und im italienisch-türkischen Krieg von 1911 bis 1912	173
Schweizer Kriegschirurgie in Lazaretten des Balkankrieges	181
8. Schweizer Kriegschirurgie während des Ersten Weltkrieges	193

<i>9. Erfahrungen von Schweizer Ärzten in ausländischen Lazaretten und die Kriegschirurgie und Kriegsorthopädie im Internierungsdienst</i>	203
Spezielle Behandlung in den Lazaretten	217
Knochen- und Gelenkfrakturen im Internierungsdienst	242
Pseudarthrosenbehandlung in den Lazaretten und dem Internierungsdienst	248
Kopf-, Gesichts- und Nervenverletzungen im Internierungsdienst	252
Verletzungen der Ohren und der Nase in Lazaretten und dem Internierungsdienst	256
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in den Lazaretten und im Internierungsdienst	258
<i>10. Schweizer Orthopäden in Lazaretten und dem Internierungsdienst</i>	263
Orthopädische Behandlung im Internierungsdienst	265
<i>11. Die medizinische Versorgung im Internierungsdienst</i>	268
Elektrotherapie, Heliotherapie, Mechanotherapie und Hydrotherapie	271
Spezielle Kriegschirurgie in Fribourg	274
Versorgung von Internierten in anderen Spitälern	276
Ansteckende Krankheiten	277
Zahnbehandlung, Augenersatz und chirurgische Prothesen	279
Medikamente für die Internierten	281
<i>13. Die Grippeepidemie unter den Internierten</i>	281
IV. Teil (Schluss)	284
<i>1. Dankesschreiben von Internierten an die Schweiz</i>	284
<i>2. Schlussbetrachtungen</i>	287
Literaturverzeichnis	294
Archivalien	294
Gedruckte Quellen (Periodika)	294
Gedruckte Quellen vor 1945	297
Darstellungen nach 1945	312

Abkürzungsverzeichnis

AG	Kanton Aargau
AIPG	Agence internationale des prisonniers de guerre
A.S.A.	Armeesanitätsanstalt
BAR	Schweizerisches Bundesarchiv Bern
BE	Kanton Bern
Fr.	Schweizer Franken
GR	Kanton Graubünden
IKRK	Internationales Komitee des Roten Kreuzes
NE	Kanton Neuchâtel
NW	Kanton Nidwalden
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
O.S.I.A.	Orchestre Symphonique des Internes Alliés
SBB	Schweizerische Bundesbahn
SH	Kanton Schaffhausen
SICOT	Société International de Chirurgie Orthopédique
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
StaLu	Staatsarchiv Luzern
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
TG	Kanton Thurgau
u.a.	unter andere
UR	Kanton Uri
VD	Kanton Waadt
ZH	Kanton Zürich

1. Einleitung

Die Schweiz liegt im Zentrum Europas und dies nicht nur in geografischer Hinsicht. Durch die Schweiz verlaufen wichtige Verkehrsverbindungen von Nord nach Süd und von Ost nach West. Diese Lage schafft nun einerseits Möglichkeiten, bietet aber andererseits auch zahlreiche Risiken, die während des Ersten Weltkrieges zutage traten. Die Schweiz war zwar neutral und bekräftigte dies mehrfach, aber so recht sicher waren sich einige europäische Nationen nicht, denn wie sonst lässt es sich erklären, dass Einmarschpläne entwickelt wurden? Erschwert wurde die Lage für die Schweiz ab 1915, denn nun war man von den kriegführenden Parteien umgeben, welche Konzessionen im wirtschaftlichen Bereich verlangten und die ständige Bereitschaft der Schweizer Armee notwendig machten. Umso bemerkenswerter erscheint es daher, dass die Schweiz, wie schon 1871 bei der Internierung der französischen Bourbaki-Armee, ihre Grenzen für verwundete und kranke Kriegsgefangene öffnete. Durch diplomatische Vermittlung des Heiligen Stuhls in Rom und des *Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (IKRK)* wurden so von 1914 bis 1918 zunächst schwerverwundete Kriegsgefangene, welche nicht mehr dienstfähig waren, über die Schweiz ausgetauscht. Später wurden etwa 67.000 Kriegsgefangene überwiegend aus Frankreich, Deutschland, England und Belgien in der Schweiz hospitalisiert und von Schweizer Ärzten und Krankenschwestern behandelt und gepflegt. Dieses System der Internierung fand neben der Schweiz auch in Dänemark, Schweden, Holland und Norwegen statt. Aber in der Schweiz wurde die größte Zahl an Internierten untergebracht.¹ In dieser Arbeit sollen daher zunächst die Verhandlungen bis zur ersten Internierung und anschließend die Durchführung und Organisation des Internierungsdienstes unter der Führung des Armeearztes Oberst Jakob Hauser behandelt werden.

Die Voraussetzungen für eine Aufnahme und Pflege von Verwundeten waren sehr gut. Die Schweiz war um 1900 bekannt für ihre Kurorte und für eine ganze Reihe von medizinischen Einrichtungen zur Behandlung von Lungenleiden. Auch zahlreiche chirurgische und orthopädische Einrichtungen in der Schweiz waren berühmt, nicht zuletzt durch die dort tätigen Ärzte wie Theodor Kocher, Ferdinand Sauerbruch oder Carl Schlatter, um nur einige zu nennen. Die vorliegende Arbeit legt daher den Schwerpunkt auf die Kriegschirurgie und Kriegsorthopädie in der Schweiz, vorwiegend zur Zeit des Ersten Weltkrieges. Gerade diese medizinischen Disziplinen spielten bei der Versorgung und Behandlung von kriegsbedingten Verletzungen eine wichtige Rolle.

¹ Becker: *Oubliés de la Grande Guerre*, S. 208.

Die Schweiz war zwar nicht aktiv in das Kriegsgeschehen involviert, dennoch konnte sich die Schweizer Kriegschirurgie während des Ersten Weltkrieges weiterentwickeln und es waren medizinische Neuerungen zu sehen. Von Beginn an begaben sich Schweizer Ärzte im Rahmen von Rotkreuzmissionen oder auf Einladung in ausländische Lazarette der zweiten und dritten Behandlungslinie, um dort kriegschirurgische Erfahrungen zu sammeln. Diese Ärztemissionen waren keine neue Erfindung; Schweizer Ärzte waren auch schon im Krieg 1870/71 und auch während der Balkankriege 1912-13 im Ausland tätig.

Ab 1916 wurde schließlich eigens für die Internierten ein eigenes Krankenhaus in Luzern eingerichtet, die *Armeesanitätsanstalt (A.S.A.)*. Dort wurden überwiegend alte Verletzungen korrektiv oder erstbehandelt. Die Schweizer Chirurgen konnten dort kriegschirurgische und orthopädische Operationen mit einer ganz eigenen Krankengeschichte behandeln, welche sie in Friedenszeiten oder außerhalb des Internierungsdienstes nicht zu sehen bekommen hätten.

Einen bedeutenden Teil dieser Abhandlung nimmt daher die Analyse der Publikationen von Schweizer Chirurgen und Orthopäden in Rotkreuz- und Ärztemissionen während des Balkankrieges und während des Ersten Weltkrieges ein, um die Besonderheiten in der Diagnostik und Behandlung dieser kriegsbedingten Verletzungen herauszuarbeiten.

Hier sollen die spezielle Sicht und die Erfahrungen der Schweizer Ärzte bei der Behandlung in den Lazaretten im Ausland dargestellt werden. Berücksichtigt werden hier nur Darstellungen von Schweizer Ärzten oder zur Zeit des Ersten Weltkrieges in der Schweiz arbeitenden Ärzten. Dabei soll anhand von ausgewählten Verletzungsarten gezeigt werden, dass es für die Schweizer Medizin möglich war, das Beste aus der Medizin der kriegführenden Staaten zu lernen. Die je nach Land unterschiedlichen Behandlungsmethoden werden dazu vergleichend nebeneinandergestellt.

Den Abschluss findet diese Arbeit dann in einer Gegenüberstellung der operativen und therapeutischen Fälle im Internierungsdienst einerseits und in den Lazaretten andererseits. Es lassen sich hier hinsichtlich der Verletzungs- und in der Folge der Behandlungsart, aber auch der Dauer der Behandlung deutliche Unterschiede feststellen.

2. Forschungsstand

Im Gegensatz zur Neutralität und zur militärischen Verteidigung der Schweiz, welche in Werken wie *Der Weg zum Ersten Weltkrieg: Wie neutral war die Schweiz? Kleinstaat und europäischer Imperialismus* von Max Mittler, erschienen 2003, *Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung* von Hans Rudolf Fuhrer aus dem Jahr 1999, der 1976 erschienenen Dissertation *Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg. Die militärischen Beziehungen zu Frankreich vor dem Hintergrund der Schweizerischen Außen- und Wirtschaftspolitik 1914-1918* von Hans Ehrbar oder der *Geschichte der schweizerischen Neutralität* von Edgar Bonjour aus dem Jahr 1980 thematisiert wurden, ist die Zahl der Darstellungen speziell zur Internierung, Behandlung und Pflege von Kriegsgefangenen in der Schweiz während des Ersten Weltkrieges überschaubar.

Die Entstehung der Internierung und die Einrichtung des Internierungsdienstes wurden erstmals von Max Turmann 1917 in *La Suisse pendant la Guerre* beschrieben. Aber auch in den Handbüchern, welche den deutschen oder französischen Internierten gegeben wurden, wie dem *Almanach des Internés Français* oder dem *Merkbuch für die deutschen Internierten in der Schweiz*, fand sich eine Zusammenfassung der Verhandlungen und der maßgebenden Ordnungen und Einrichtungen. Speziell mit den englischen Internierten beschäftigte sich H. P. Picot in *The British interned in Switzerland* aus dem Jahr 1919.

Bislang beschränkten sich Forschungsarbeiten zum Thema Internierung mit der Skizzierung des Verlaufs der Internierung und der Darstellung anhand des offiziellen Berichts *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés. Trois volumes fait par l'ordre du colonel Hauser, médecin d'armée* von Edouard Favre aus den Jahren 1917 bis 1920. Favre selbst schrieb über die Intention seines Berichtes:

»L'internement, librement consenti par la Suisse et par les belligérants, est une institution, et c'est de cette institution, née en Suisse au cours de la guerre actuelle, que ce rapport doit retracer le fonctionnement.«²

Dieses offizielle Weißbuch der Schweizer Regierung wurde im Auftrag des Armeearztes in französischer Sprache verfasst und stellt schematisch die einzelnen Schritte der Internierung und des Verwundetenaustausches dar.

² Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés*. Premier, S. 1.

Favre war selbst an der Internierung beteiligt und war bei mehreren Konferenzen persönlich involviert, welche im Rahmen der Internierung und des Kriegsgefangenen austausches stattfanden.

Ausschließlich mit Internierung beschäftigte sich so die Lizentiatsarbeit »*Sanitätsfestung Schweiz*« *Über das Erheben der Stimme der Menschlichkeit. Internierte fremde Militärpersonen 1916-1919* von Roland Gysin aus dem Jahr 1993. Er hat sich überblickartig mit der gesamten Internierung befasst. Das Augenmerk von Gysin richtete sich dabei neben einer Darstellung des Ablaufs der Internierung vor allem auf wirtschaftliche Aspekte und auf die Einbettung der Internierung in die Neutralitätspolitik.

Eine sehr interessante Arbeit lieferte zudem Georges Schild mit *Die Internierung von ausländischen Militäreinheiten in der Schweiz 1859-1871/1916-19. Eine geschichtlich-postalische Studie* aus dem Jahr 2009. Schild orientierte sich in seiner Darstellung am Favre-Bericht und hat zudem zahlreiche originale Dokumente, Fotos, Postkarten und Briefe der Internierung zusammengetragen. Bemerkenswert ist auch die fast lückenlose Darstellung der einzelnen Post- und Zensurstempel des Internierungsdienstes. Auf die diplomatische Seite der Internierung beschränkte sich Richard Speed in *Prisoners, Diplomats and the Great War. A Study in the Diplomacy of Captivity* aus dem Jahr 1990.

Einen anderen Blick, speziell auf die Thematik der humanitären Hilfe, warf Annette Becker in ihrem Werk *Oubliés de la Grande Guerre. Humanitaire et Culture de Guerre 1914-1918* aus dem Jahr 1998. Sie forschte nach den Motiven humanitären Engagements und den praktischen Möglichkeiten humanitärer Organisationen wie dem IKRK. Ebenfalls mit Motiven und Ursachen von Internierung, speziell im Hinblick auf Zivilgefangene, hat sich Matthew Stibbe in seinem Aufsatz *The Internment of Civilians by Belligerent States during the First World War and the Response of the International Committee of the Red Cross* aus dem Jahr 2006 befasst. Stibbe zeigte dabei deutliche Unterschiede in der Wirkungsmacht von privaten Organisationen im Gegensatz zu Staaten. Einen weiteren Aspekt im Zusammenhang mit der Internierung in der Schweiz beleuchteten Karl Kistler 1974 und Fabrizio Panzera 1993, die sich mit der katholischen Kirchenpolitik in der Schweiz beschäftigten. Karl Kistler beschrieb dabei in seiner Dissertation *Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz* ausführlich die Annäherung zwischen der Schweiz und Rom, nachdem man 1873 den Nuntius aus der Schweiz ausgewiesen hatte. Kistler zeigte dabei eine Verknüpfung der vom Papst initiierten Inter-

nierung und der Entsendung eines inoffiziösen Gesandten in die Schweiz, welcher zur Unterstützung des Internierungswerkes in die Schweiz entsandt wurde, auf. Auch Panzera legte in einem Aufsatz *Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra* dar, wie die Annäherung der Kirche an die Schweiz in Verbindung mit den Verhandlungen über die Internierung nach und nach voranschritt und wies dabei besonders auf die Bedeutung des Bundespräsidenten Motta und des Bundesrates Hoffmann hin, welche maßgeblich auf eine Wiedernäherung hinarbeiteten.

Die Forschungsarbeiten über Papst Benedikt XV. selbst haben meist biografischen Charakter und beschäftigen sich vor allem mit der Friedensnote vom 1. August 1917 und der allgemeinen Tätigkeit des Papstes während des Ersten Weltkrieges, wie es beispielsweise die aktuellen Arbeiten von René Schlott *Die Friedensnote Papst Benedikts XV. vom 1. August 1917. Eine Untersuchung zur Berichterstattung und Kommentierung in der zeitgenössischen Berliner Tagespresse* aus dem Jahr 2007 oder die ausführliche und reich illustrierte Arbeit *Papa Benedetto XV. La Chiesa, le Grande Guerra, la Pace (1914-1922)* von Antonio Scottà aus dem Jahr 2009 zeigen.

Was die Kriegsgefangenschaft im Ersten Weltkrieg betrifft, ist die Forschung weiter vorangeschritten. Hier ist zunächst ebenfalls die oben erwähnte Arbeit von Richard Speed zu nennen. Einen Überblick über die Kriegsgefangenenproblematik lieferte in den letzten Jahren vor allem die Aufsatzsammlung *Kriegsgefangene im Europa des Ersten Weltkrieges*, herausgegeben von Jochen Oltmer im Jahr 2006. Darin werden unterschiedliche Aspekte der Kriegsgefangenenfrage beleuchtet. Noch ausführlicher sind die Bücher *Gefangen im Großen Krieg. Kriegsgefangenschaft in Deutschland 1914-1921* von Uta Hinz aus dem Jahr 2006 und die 1998 auch zu diesem Aspekt erschienene Arbeit *Oubliés de la Grande Guerre* von Annette Becker.

Ebenfalls gut untersucht ist die Geschichte des *Roten Kreuzes* und auch seiner Tätigkeit während des Ersten Weltkrieges. Dazu gehören die allgemeinen Darstellungen über das IKRK wie die Arbeit *Dunant's Dream. War Switzerland and the History of the Red Cross* von Caroline Moorehead aus dem Jahr 1998, *Le Comité International de la Croix-Rouge et la protection des victimes de la guerre* von François Buignion aus dem Jahr 1994 oder die etwas ältere, aber dennoch sehr ausführliche zweibändige Darstellung *Histoire du Comité International de la Croix-Rouge* von Pierre Boissier aus den Jahren 1963 und 1976.

Einen kürzeren Überblick über die Kriegsgefangenenhilfe des IKRK liefert Uta Hinz mit dem Aufsatz *Humanität im Krieg? Internationales Rotes Kreuz und Kriegsgefangenenhilfe im Ersten Weltkrieg* aus dem Jahr 2006.

Im Bereich der Medizingeschichte ist zunächst auf die allgemeinen Darstellungen zur Entwicklung der Medizin und ihrer Spezialdisziplinen hinzuweisen, wie Roy Porters *Die Kunst des Heilens* aus dem Jahr 2003, *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, herausgegeben von W. F. Bynum und Roy Porter 1993 oder die von Richard Toellner herausgegebene *Illustrierte Geschichte der Medizin*, hier besonders die Bände 2 und 3.

Für die Geschichte der Orthopädie ist vor allem auf die Arbeiten *Geschichte der Orthopädie* von Bruno Valentin aus dem Jahr 1960 und *The History of Orthopedics* von Davis Le Vay aus dem Jahr 1990 hinzuweisen. Zu wichtigen Aspekten in der Entwicklung der Orthopädie arbeiteten zudem Klaus Peter Thomann, der 1995 das Buch *Das behinderte Kind. „Krüppelfürsorge“ und Orthopädie in Deutschland 1886-1920* veröffentlichte, und auch Phillip Osten, der sich 2004 in *Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905-1933* sehr ausführlich mit der Entwicklung des Oskar-Helene-Heims beschäftigte.

Dass Kriegschirurgie auch heute ein sehr aktuelles Thema ist, zeigt der Blick in aktuelle Werke der Unfallmedizin oder auch die Publikation *Treatment of war Wounds* von M. Manring, Alan Hawk, Jason H. Calhoun und Romney C. Andersen aus dem Jahr 2009, welche im *Clinical Orthopedics*, einer medizinischen Fachzeitschrift, erschienen ist. Diese Arbeit liefert einen guten Überblick über die Entwicklung der amerikanischen Kriegschirurgie der letzten 200 Jahre.

Im Gegensatz zur allgemeinen Geschichte des Ersten Weltkrieges ist die Medizingeschichte dieser Zeit jedoch noch nicht vollständig aufgearbeitet. Einige Gründe nennt Roger Cooter in *War and modern medicine* aus dem Jahr 1993. Darüber hinaus gibt diese Arbeit einen Überblick über die Forschung. Cooter war zusammen mit Mark Harrison und Steve Sturdy Herausgeber der Aufsatzsammlung *Medicin and Modern Warfare* aus dem Jahr 1999, welche sich vor allem mit der Kriegsmedizin in Holland, England und Amerika während des Ersten Weltkrieges befasst.

Speziell mit der Verletzung und medizinischen Versorgung von deutschen Soldaten beschäftigten sich Robert Weldon Whalen in *Bitter Wounds. German Victims of the Great War, 1914-1939* aus dem Jahr 1984.

Wie auch Wolfgang U. Eckart mit *Aeskulap in the Trenches: Aspects of German Medicine in the First World War* in der von Bernd Hüppauf herausgegebenen Aufsatzsammlung *War, Violence and the Modern Condition* aus dem Jahr 1997. 2003 veröffentlichte Eckart zusammen mit Christoph Gradmann die Aufsatzsammlung *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*. Hier finden sich Arbeiten zu verschiedenen Aspekten der Kriegschirurgie und Kriegsorthopädie. Besonders wichtig für die vorliegende Arbeit war hier der Aufsatz *Die medizinische und soziale Fürsorge für die Kriegsversehrten in der ersten Phase des Krieges 1914/15* von Klaus-Dieter Thomann. Ausführlicher zu diesem Aspekt arbeitete Thomann in der bereits erwähnten Abhandlung *Das behinderte Kind. „Krüppelfürsorge“ und Orthopädie in Deutschland 1886-1920*. Thomann zeigt hier die Entwicklung der Orthopädie und Sozialfürsorge von den Anfängen der Krüppelbewegung auf. Deutlich wird hier, dass die Aufgabe der Behandlung der Kriegsinvaliden von den gleichen Ärzten und Einrichtungen übernommen wurde, wie zuvor die Krüppelfürsorge. Sabine Kienitz beschäftigte sich in ihrer Darstellung *Beschädigte Helden. Kriegsinvalidität und Körperbilder 1914-1923* aus dem Jahr 2008 vor allem mit dem Typus des Kriegsinvaliden, dem Erleben seiner neuen Situation und seiner Rückkehr in die Gesellschaft.

Die medizinhistorische Forschung in der Schweiz ist in vielen Bereichen gut aufgestellt. Neben dem medizinhistorischen Archiv in Zürich gibt es an den Universitäten eine ganze Reihe von Arbeiten, die sich mit Aspekten der Schweizer Medizin beschäftigen. Im Bereich Orthopädie finden wir die ältere Arbeit *Zur Geschichte der Orthopädie in der Schweiz* von Max Francillon aus dem Jahr 1962. Speziell zur Orthopädiegeschichte in Zürich arbeitete Beat Rüttimann in *Wilhelm Schulthess (1855-1917) und die Schweizer Orthopädie seiner Zeit* aus dem Jahr 1983.

Einzelne Orthopäden und Chirurgen wurden in Biografien gewürdigt, wie in *Der Schweizer Chirurg J.F. de Quervain (1868-1940). Wegbereiter neuer internationaler Beziehungen in der Wissenschaft der Zwischenkriegszeit* von Ulrich Tröhler aus dem Jahr 1973 oder in *Richard Scherb (1880-1955), Orthopäde und Muskelphysiologe* von Arnold Uebelhardt aus dem Jahr 1988. Zur Geschichte der chirurgischen Universitätskliniken in der Schweiz gab es eine Ausgabe der *Helvetica Chirurgia Acta* von 1964.

Im Bereich der Kriegschirurgie finden sich einige biografische Dissertationen wie *Der Knochenpathologe Emil Looser (1877-1936)* von Josip Kis aus dem Jahr 1982 oder die Arbeit von Mirjam Stegmann *Hans Brun und die Knochenchirurgie* aus dem Jahr 1992 über Schweizer Ärzte. Im Hinblick auf die Tätigkeit in Lazaretten oder dem Internierungsdienst waren diese jedoch nicht ergiebig. Einen chronologisch angelegten Überblick über die Kriegschirurgie in der Schweizer Armee lieferte *Die Feldchirurgie im Schweizerischen Gefechtssanitätsdienst* von Jacob Dubs aus dem Jahr 1941. Dubs, der selbst während des Ersten Weltkrieges als Assistent unter Sauerbruch tätig war, arbeitete hierin die Entwicklung des Armeesanitätswesens in der Schweiz auf.³

Einen weiteren interessanten Beitrag zu diesem Aspekt lieferte Christoph Mörgeli in seinem Aufsatz *Ein Chirurg politisiert: der Sauerbruch-Skandal von 1915* aus dem Jahr 1988, in welchem er die Tätigkeit von Ferdinand Sauerbruch in der Schweiz und in deutschen Lazaretten kritisch untersucht.

Für die Orthopädietechnik in der Schweiz ist vor allem auf das umfangreiche Werk von René Ruepp zu verweisen, welcher in *Orthopädie-Technik in der Schweiz. Chronik eines medizinischen Handwerks* aus dem Jahre 2002 einen Überblick über die Entwicklung der Orthopädietechnik in der Schweiz gibt. Die Interniertenschuhmacherei in Stansstadt und ihre weitere Entwicklung werden darin ebenfalls erwähnt.

³ Mörgeli, Christoph: Ein Arzt politisiert: Der Sauerbruch-Skandal von 1915, S. 126.

3. Material

Die Quellenlage zur Schweiz im Ersten Weltkrieg ist gut. Die Quellenbestände, die im Schweizer Bundesarchiv in Bern lagern, sind für diesen Zeitraum weitestgehend erschlossen und zugänglich. Die vorliegende Abhandlung stützt sich zu einem großen Teil auf die Quellen, welche sich dort befinden. Das Quellenkorpus zur Internierung findet sich unter E 27, dem Dossier für die Landesverteidigung. Dennoch fehlen manche Unterlagen, auf welche sich der Favre-Bericht stützt. Diese gingen vermutlich im Rahmen des Umzuges der Internierungsunterlagen nach Ende des Internierungsdienstes verloren.

Ebenfalls von Bedeutung waren die Überlieferungen über das *Rote Kreuz*, welche sich im Bundesarchiv unter BAR E 2001(A) finden ließen. Hier lagern vor allem die Briefe, welche das IKRK an die Schweizer Regierung bezüglich der Internierung richtete.

Wichtig war aber auch die Korrespondenz, welche die Schweiz mit dem Vatikan bezüglich der Entsendung von Gesandten und später der Wiedererrichtung der Nuntiatur führte. Diese findet sich im Bundesarchiv unter BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11. Dort ist auch die originale Ernennungsurkunde des Nuntius Maglione. Bilder der Protagonisten von vatikanischer Seite, wie des päpstlichen Gesandten Marchetti-Selvaggiani, aber auch von Internierten in der Schweiz finden sich in *Cor Paternum*, einem von Guiseppe Quirico zusammengetragenen und 1920 erschienenen Bildband über die Hilfstätigkeit des Vatikans während des Ersten Weltkrieges.

Patientenakten von verwundeten oder verletzten Soldaten fanden sich im Bundesarchiv in Bern keine. Diese konnten auch nicht an anderer Stelle lokalisiert werden. Ich führe dies darauf zurück, dass nach dem Ende der Internierung viele Akten nicht weiter gelagert oder den Patienten mit in die Heimat gegeben wurden. Hinsichtlich der Quellen zur Internierung war auffällig, dass einzelne Aktenstücke im Internet gehandelt werden, wie Rapportbögen oder Interniertenkarten, die eigentlich Teil der Internierungsakten sein sollten.

Das Material zur Chirurgie und Orthopädie von 1900 bis zum Ersten Weltkrieg ist sehr umfangreich. Neben zahlreichen medizinischen Artikeln in Fachzeitschriften finden sich auch Berichte von Ärzten über ihre Tätigkeit in biografischer Form.

Für die Schweizer Medizin sieht hier die Lage ähnlich aus. Neben Unterlagen über die Rotkreuztätigkeit während der Balkankriege und des Ersten Weltkrieges, welche sich im Bundesarchiv in Bern unter BAR E 2001 (A) 1000/45 finden, gibt es zahlreiche Publikationen von

Schweizer Ärzten, welche in Lazaretten auf dem Balkan tätig waren. Viele dieser Schweizer Ärzte und weitere Kollegen waren später während des Ersten Weltkrieges in Frankreich, Belgien, Österreich und Deutschland tätig. Da sich hier eine direkte Kontinuität des Einsatzes von Schweizer Ärzten in ausländischen Lazaretten zeigt, wurden die wissenschaftlichen Publikationen über die Tätigkeit während des Balkankrieges ebenfalls Teil der Untersuchung.

Als letzte Quellenkategorie wurden Zeitungen und Zeitschriften in die Untersuchung miteinbezogen. Hierbei sollte vor allem untersucht werden, wie die Internierten und verletzten Kriegsgefangenen in der Schweiz empfangen wurden. Durchgearbeitet wurden dabei die Jahrgänge von 1914 bis 1920 der Zeitschrift *Schweizer Illustrierte*, wo sich umfangreiches Bildmaterial finden ließ, die Jahrgänge von 1914 bis 1920 der *Neuen Zürcher Zeitung* und die entsprechenden Jahrgänge der Genfer Tageszeitung *Journal de Genève*.

Zudem wurden für die Internierten spezielle Zeitungen herausgegeben. Für die deutschen Internierten war dies die *Deutsche Internierten Zeitung*, für die französischen Internierten das *Journal des Internés Français*, für die britischen Internierten das *British Interned Magazine* und für die belgischen Internierten die Zeitung *Le Beffroi, bulletin pour les internés et la colonie belge en Suisse* in französischer und *Het Belfort* in flämischer Sprache. Die beiden erstgenannten, recht unterschiedlichen Zeitungen wurden hinsichtlich der Beschreibung des Alltags der Internierung sowie der speziellen Internierungseinrichtungen, wie der Armeesanktationsanstalten in Fribourg und Luzern, ausgewertet.

4. Aufbau und Ziele

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich einerseits mit staatlichen, überwiegend bilateralen Verhandlungen und Beziehungen der Schweiz mit den kriegführenden Mächten des Ersten Weltkrieges. Diese ebneten den Weg zu einer Internierung in der Schweiz und begleiteten diese aber auch kontinuierlich bis zum Ende des Krieges, da es laufend Nachverhandlungsbedarf gab. Andererseits thematisiert die Arbeit aber auch den Aufbau einer speziellen Verwaltungsstruktur innerhalb des Schweizer Sanitätsdienstes mit dem Ziel, Kriegsgefangene aufzunehmen und zu behandeln.

Der Schwerpunkt der Abhandlung liegt aber zweifellos auf der Kriegschirurgie und Kriegstherapie in der Schweiz zur Zeit des Ersten Weltkrieges und den Möglichkeiten und Entwicklungen, welche sowohl durch den Krieg als auch den Internierungsdienst in medizinischer Hinsicht für die Schweizer Ärzte geboten wurden. Die Arbeit gliedert sich daher in fünf Teile.

Im ersten Teil sollen zunächst die Situation der Schweiz während des Krieges und die damit verbundenen Problematiken betrachtet werden. Im Bereich der Neutralität der Schweiz orientiert sich die Arbeit daher an der politischen Geschichte. Ziel ist es, die Schweizer Situation während des Weltkrieges grob darzustellen, um die grundlegenden Probleme der Schweizer Außen- und Innenpolitik, innerhalb welcher sich der Internierungsdienst bewegte, aufzugreifen. Innenpolitische Probleme wie der Konflikt zwischen der französischen und der deutschen Schweiz sowie der Landesstreik finden in dieser Arbeit indes keine Berücksichtigung, da sie sich nicht auf den Internierungsdienst auswirkten.

Einen breiten Raum wird dann der zweite Teil einnehmen. Hier folgen die Verhandlungen und Abkommen zum Verwundeten austausch und zu dem Internierungsdienst und schließlich die Einrichtung des Internierungsdienstes als Institution und die Wechselwirkungen mit anderen Schweizer Einrichtungen und Verwaltungseinrichtungen, wie beispielsweise Post, Polizei oder Krankenhäusern. Hier wird zum einen die diplomatische und staatliche Organisation im Sinne der politischen Geschichte bearbeitet, die Internierung selbst hingegen vor allem institutionengeschichtlich. Ziel dieses Teils soll sein, herauszufinden, was die Motive für die Schweiz waren, die Internierung durchzuführen, und weshalb sich der Vatikan und das IKRK für dieses Vorhaben einsetzten.

Im medizinhistorischen vierten Teil der Abhandlung wird einerseits – bei Fortschrittsentwicklung im Bereich der Medizin und auch zur Darstellung der Medizin in der Schweiz – biogra-

fisch, zum anderen aber auch institutionengeschichtlich gearbeitet und zwar speziell bei der Darstellung von einzelnen Einrichtungen, wie den orthopädischen Instituten. Bei der Analyse der wissenschaftlichen Arbeiten der Schweizer Ärzte wird hingegen zunächst komparativ gearbeitet. Ziel ist ein Vergleich der medizinischen Techniken und Erkenntnisse in den verschiedenen Institutionen. Darüber hinaus wird auch wissenschaftsgeschichtlich gearbeitet, denn sowohl Ärzte als auch Institutionen, wie die Schweizer Armee, hatten ein Erkenntnisinteresse hinsichtlich neuer Methoden, der Praxistauglichkeit von Medikamenten und der Übung ihrer Ärzte unter Extrembedingungen, um nur einige Faktoren anzusprechen. Auch die Idee der Körperbilder, wie sie beispielsweise von Sabine Kienitz beschrieben werden, nahm Einfluss auf diese Arbeit. Denn der offensichtlich körperlich Verletzte, der Leidende und Kranke, wurde den Schweizer Bürgern zugeführt, welche selbst keine direkten Kriegserfahrungen machten. Die ankommenden Soldaten, gleich welcher Nation, zeigten so den Schweizer Bürgern die Folgen des Krieges. Zudem motivierten sie die Ärzteschaft zu zeigen, was sie zu leisten imstande war, und man präsentierte die Ergebnisse nicht ohne Stolz der Fachwelt. Aber anders als in Deutschland, Frankreich, Belgien oder England musste sich die Schweiz nach dem Krieg nicht mit der Reintegration der Verletzten befassen. Mit der Repatriierung der letzten Internierten war das Kapitel Kriegsfürsorge für die Schweiz abgeschlossen.⁴

Im letzten Teil der Dissertation folgt die Zusammenfassung der Ergebnisse.

⁴ Kienitz: Beschädigte Helden, S. 16ff.

I. Teil Die Schweiz im Ersten Weltkrieg

1. Neutralität und Landesversorgung der Schweiz im Ersten Weltkrieg

Am 20. November 1815 wurde die schweizerische Neutralitätsakte auf dem Wiener Kongress verabschiedet.⁵ Damals gab man der Schweiz eine neue Grundlage für ihre Neutralität, um eine Zusammenarbeit mit den benachbarten Großmächten in der Außenpolitik möglich zu machen.⁶ Doch schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde von den Kongressmächten das Bemühen der Schweiz, Neutralität und Souveränität als eigene Leistungen darzustellen, in Frage gestellt. Die Neutralität wurde als ein verliehenes Privileg gedeutet.⁷ Die Gestaltung der Schweizer Neutralität war durch die Wiener Schlussakte bestimmt. Die Großmächte erkannten die immerwährende Neutralität der Eidgenossenschaft an und verpflichteten sich darüber hinaus zu ihrer Gewährleistung. Verfassungsrechtliche Grundlage war der Art. 85 Ziff. 6 Bundesverfassung, aber diese Formulierungen waren bereits in ähnlicher Form in der schweizerischen Verfassung von 1815 und 1848 enthalten.⁸

Für die Schweiz wurde es daher immer wieder notwendig, die eigenen Ansprüche zu formulieren und durchzusetzen. Dies vor allem gegenüber Frankreich und dessen Ambitionen in der Nähe der schweizerischen Grenze. Denn die Pflicht zur Neutralität trat nicht erst im Kriegsfall ein, sondern bereits im Frieden. Der dauernd neutrale Staat musste glaubwürdig machen, dass das neutrale Gebiet im Kriegsfall nicht in die Hände eines Gegners fallen konnte. Die dauernde Neutralität wurde somit vor allem als eine militärische Neutralität gesehen. Zudem war es dem neutralen Staat untersagt, in Verpflichtungen einzutreten, welche ihn in einen Krieg verstricken konnten. Außerdem durfte er nichts unternehmen, was im Konfliktfall die Bewahrung seiner vollständigen integralen Neutralität verhindern konnte.⁹

Nach dem Beginn des Weltkrieges ließen die Landesregierung und das Parlament keine Zweifel darüber aufkommen, dass man neutral bleiben wolle. Am 4. August 1914 wurden Neutralitätserklärungen an alle am Wiener Kongress 1815 vertretenen Mächte gesandt. Darüber hinaus wurde sie einigen anderen Staaten, darunter auch Italien, zugestellt.¹⁰

»Der Bundesrat hat folgende Neutralitätserklärung beschlossen: Angesichts des zwischen mehreren europäischen Mächten ausgebrochenen Krieges hat die schweizeri-

5 Bonjour: Geschichte der schweizerischen Neutralität. Drei Jahrhunderte eidgenössischer Außenpolitik, S. 138ff.

6 Dame: Continuity and Change in Swiss Neutrality from 1815 to 1980. An Analysis, S. 136.

7 Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg: Wie neutral war die Schweiz?, S. 13.

8 Majer/Diemuth: Neutralitätsrecht und Neutralitätspolitik am Beispiel Österreichs und der Schweiz, S. 16f.

9 Ebd., S. 27ff.

10 Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg: Wie neutral war die Schweiz?, S. 628f.

sche Eidgenossenschaft, getreu ihrer Jahrhunderte alten Überlieferung, den festen Willen, von den Grundsätzen der Neutralität in keiner Weise abzugehen, die dem Schweizervolke so unsäglich teuer sind und so sehr seinen Bestrebungen, seiner inneren Einrichtung, seiner Stellung gegenüber den anderen Staaten entsprechend und welche die Vertragsmächte vom Jahre 1815 ausdrücklich anerkannt haben. [...] Diese Erklärung ist denjenigen Staaten, die 1815 die Unverletzbarkeit und Neutralität der Schweiz anerkannt haben, sowie einigen anderen Staatsregierungen amtlich mitgeteilt worden.«¹¹

Mit Frankreich war man sich allerdings nicht darüber einig, wie man im Falle Nord-Savoyens verfahren sollte. Die Schweiz bezog das Gebiet in ihre Neutralität ausdrücklich mit ein.¹²

Keiner in Europa ging zunächst von einer längeren Auseinandersetzung aus, in der Schweiz rechnete man mit einer Kriegsdauer von höchstens sechs Monaten.¹³ Aber mit der Zeit wurde es für die Aufrechterhaltung der Neutralität immer bedeutsamer, die wirtschaftlichen Aspekte zu regeln. Für die Schweiz wurde so der Außenhandel mit Ein- und Ausfuhr von Produkten und wichtigen Gütern zum wichtigsten Gegenstand der Außenpolitik. Denn man musste die wirtschaftliche Versorgung, vor allem mit Nahrungsmitteln und Brennstoffen, sicherstellen, um nicht in eine vollständige wirtschaftliche Abhängigkeit von einer der Kriegsparteien zu geraten.¹⁴ Dabei zeigte sich, dass die schweizerische Versorgung keinesfalls sichergestellt war. Die Schweiz hätte daher sehr bald auch in den Krieg eintreten oder zumindest einen Partner finden müssen, welcher die Versorgung übernommen hätte.¹⁵ Da Frankreich zur Sicherung der Westgrenze und um einen deutschen Vormarsch durch die Schweiz zu vermeiden, an einer neutralen Schweiz gelegen war, sicherte man von französischer Seite eine Getreideversorgung über die französischen Atlantikhäfen Bordeaux, St. Nazaire und Nantes zu.¹⁶ Mit der gleichen Intention garantierte auch Deutschland der Schweiz die Versorgung mit Kohlen und Getreide.¹⁷

Die Haager Konvention von 1907 gab jedem neutralen Staat das Recht auf Handel. Dies ließ sich jedoch nur schwer mit der Logik des Weltkrieges verbinden, der als ein Ziel das Abschneiden der Versorgungsverbinding für den Feind hat, und der Handel erlebte so mit dem

11 NZZ Nr. 1199 vom 7. August 1914.

12 Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg: Wie neutral war die Schweiz?, S. 628f.

13 Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 23.

14 Bonjour: Geschichte der schweizerischen Neutralität. Drei Jahrhunderte eidgenössischer Außenpolitik, S. 344ff.; Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 313.

15 Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 24.

16 Sprecher: Generalstabschef Theophil Sprecher von Bernegg, S. 414; Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 37, S. 72.

17 Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg: Wie neutral war die Schweiz?, S. 633ff.

Kriegsverlauf zahlreiche Einschnitte. Zu Beginn des Krieges stand für die Schweiz der Weg über das neutrale Italien offen, doch durch englischen Druck wurde auch hier der Warenverkehr zugunsten der Zentralmächte immer stärker beschränkt.¹⁸

Die Schweiz musste sich im weiteren Verlauf des Krieges darüber hinaus nicht mehr nur um Getreide und Kohle kümmern, sondern um praktisch alle Waren, da es zahlreiche Ausfuhr- und Transitverbote der kriegführenden Staaten zu beachten galt. Die Wirtschaftsblockade, welche die Entente gegen die Mittelmächte aufbaute, traf die Schweiz empfindlich. »Zudem galt für alle beteiligten Staaten der Grundsatz, dass die in neutrale Staaten exportierten Güter nicht dem Feind zugutekommen durften.«¹⁹ Für die Schweiz stellte es sich als Vorteil dar, dass die Großmächte mit ihren Verböten auch die eigene Wirtschaft trafen und die verhängten Verbote und Bewilligungen willkürlich waren.²⁰

In der Schweiz sprach man beim Ersten Weltkrieg von einem unvermeidlichen Krieg und dachte dabei vor allem an eine deutsch-französische Auseinandersetzung. Auch der Schweizer General Ulrich Wille und der Schweizerische Generalstab waren schon vor Beginn davon überzeugt, dass es zu einem Krieg kommen werde.²¹ Oberst Arnold Keller (1841-1934), der von 1890 bis 1905 Chef der Generalstabsabteilung der Schweizerischen Armee war, hatte Denkschriften für alle möglichen Kriegsfälle ausarbeiten lassen.²² Er unterschied zwischen einem direkten und einem indirekten Krieg. In Ersterem war die Schweiz das eigentliche Operationsziel, in Letzterem war die Schweiz nur beteiligt, da der Feind lediglich den kürzeren Weg über die Schweiz nutzen wollte. In allen Fällen ging Keller als Grundannahme aber davon aus, dass die Neutralität der Schweiz nicht berücksichtigt werde.²³ Keller sprach der Schweiz beim Eintreten dieser Situation das Recht zu, ein Bündnis zum eigenen Schutz zu schließen, um sich gegen den Aggressor zur Wehr zu setzen.²⁴ Zugleich beschäftigte man sich mit einem Ausbau von Befestigungsanlagen und weiteren kriegswirtschaftlichen Vorbereitungen.

18 Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg, S. 639.

19 Ebd.

20 Ebd..

21 Ebd., S. 598.

22 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 25; Linder: Arnold Keller (1841-1934). Generalstabschef der schweizerischen Armee 1890-1905, S. 40ff., S. 47ff.

23 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 26.

24 Ebd., S. 53f.; Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 19.

Zu diesem Zweck fand 1907 eine Militärorganisation und 1911 eine Truppenorganisation statt. Aber eine Einigung, welches Verteidigungskonzept für die Schweiz angewendet werden könne, war bis Kriegsbeginn nicht erzielt worden.²⁵

Als der Erste Weltkrieg am 29. Juli 1914 mit der Kriegserklärung Österreich-Ungarns an Serbien begann, war die erste Reaktion eine am 30. Juli veröffentlichte Forderung nach der Piktstellung der Armee durch die Generalstabsabteilung. Bundesrat Decoppet und Oberstkorpskommandant Sprecher verlangten hingegen nach einer Teilmobilmachung. Die Mobilmachung der ganzen Schweizer Armee erfolgte dann am 3. August.²⁶ Theophil Sprecher war dabei durch den deutschen Generalstabschef General von Moltke und den deutschen Feldmarschall Conrad informiert worden, dass kein Vorgehen durch die Schweiz in Richtung Frankreich geplant werde. Darüber hinaus wurde bekräftigt, dass deutschen Zusagen, welche wohl anlässlich des deutschen Kaiserbesuches in der Schweiz 1912 getroffen wurden, eingehalten werden. Eine weitere Bestätigung gab von Moltke auch bei einem Treffen an den Schweizer Botschafter in Berlin, Claparède. Er sicherte der Schweiz zudem zu, Deutschland werde im Falle eines französischen Angriffes der Schweiz zur Hilfe kommen.²⁷

Am 4. August wurde der bisherige Korpskommandant Ulrich Wille zum General der Schweiz ernannt. Diese Wahl war nicht widerspruchsfrei verlaufen, denn Theophil Sprecher, der Generalstabschef wurde, hatte eigentlich in der Armee die Fäden in der Hand. Besonders aus der Westschweiz gab es Bedenken gegen eine Wahl Willes zum General; man hätte dort lieber Sprecher als den als deutschfreundlich geltenden Wille gewählt. Dennoch wurde Wille von Bundesrat Hoffmann als einziger Kandidat vorgestellt. Bei der anschließenden Debatte in der Bundesversammlung erschien die Wahl von Wille zunächst unwahrscheinlich. Nach einer privaten Besprechung mit Wille zog Sprecher seine Kandidatur zurück.²⁸

Am Tag seiner Wahl erhielt der General vom Bundesrat die strategische Zielsetzung. Diese sah vor, mit Hilfe der Streitkräfte die volle staatliche Souveränität und Unabhängigkeit gegenüber außen zu bewahren und das Gebiet der Schweiz gegen jede feindliche Verletzung zu schützen. Sein Handlungsspielraum wurde dabei nicht eingeschränkt. Die Aufgabe der Landesverteidigung konnte von ihm sowohl defensiv als auch offensiv erfüllt werden.

25 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 56ff.

26 Ebd., S. 115f.

27 Ebd., S. 116f.

28 Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg: Wie neutral war die Schweiz?, S. 621ff.; Sprecher: Generalstabschef Theophil Sprecher von Bernegg, S. 313ff.

Die Schweizer Armee ging nun hinter einer relativ schwachen Grenzbefestigung in Stellung, mit einer Schwergewichtsbildung der Mobilmachungsaufstellung in nordwestlicher Richtung, also gegen Frankreich. Das Hauptquartier der Armee wurde in Bern eingerichtet.²⁹

Die Schweizer Landesverteidigung sah zunächst vor, dass Fortifikationskommandos eingerichtet wurden – eines in Hauenstein und eines in Murten in Richtung Frankreich sowie ein Drittes in Bellinzona mit Richtung Italien. Mit dem Bau von behelfsmäßigen Befestigungsanlagen begann man bereits am 9. August 1914.³⁰

Die Mobilmachung wurde vom Schweizer Generalstab sehr weit getrieben. Ebenso wurden für den Fall eines Einmarsches in die Schweiz Zerstörungsvorbereitungen an strategisch wichtigen Positionen, wie Brücken oder Eisenbahnlinien, getroffen.³¹

Da der Schweiz ein Einmarsch von vier Seiten drohte, sah man sich gezwungen, sich für einzelne Fälle abzusichern. Die größte Gefahr schien für die Schweiz ein italienischer Einmarsch ins Tessin zu sein, daher hatte man schon früh in diese Richtung Verstärkungen und Abwehrstellungen gebaut.³² Ausschlaggebend waren hier auch die Beziehungen der Schweiz zu Italien, denn es hatte wiederholt diplomatische Verstimmungen und Schwierigkeiten gegeben.³³

Die Schweiz hatte bedeutende Nord-Süd-Verbindungen inne, über welche man den Transport nach Italien jederzeit unterbrechen konnte. Zudem fürchtete man ein militärisches Vorgehen der Schweiz gegen Italien; eine Befürchtung, welche es im italienischen Generalstab schon seit längerem gab.³⁴ Italien befürwortete daher eine sehr strikte Haltung gegenüber der schweizerischen Neutralität.³⁵ In den politischen Kreisen in Italien tauchten ab August 1914 wieder Zweifel an der schweizerischen Neutralität auf. Für Italien war es daher, mit Blick auf einen Krieg mit den Nachbarstaaten, wichtig, dass man der Schweiz bindende Zusicherungen über die Achtung der Neutralität gebe. Für die Schweiz war es ebenfalls notwendig, ein gutes Verhältnis zu Italien herzustellen, da man bereits von drei kriegführenden Staaten eingekreist war und nun die italienischen Verkehrswege und Seehäfen dringend benötigte.

29 Führer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 119.

30 Ebd., S. 120ff.

31 Rapold: Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924, S. 318.

32 Eberhardt: Zwischen Glaubwürdigkeit und Unberechenbarkeit, S. 149ff.

33 Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg, S. 737.

34 Eberhardt: Zwischen Glaubwürdigkeit und Unberechenbarkeit, S. 229f.

35 Ebd., S. 229f.

Am 4. August 1914 bat der Schweizer Vizepräsident Giuseppe Motta den italienischen Gesandten daher um eine Aufhebung des italienischen Ausfuhrverbotes und um Exportbewilligungen für dringend benötigte Güter.³⁶ Trotz dieser freundlichen Stimmung kamen in Italien, vor allem in Militärkreisen, bald wieder Zweifel an der Neutralität der Schweiz auf. Man glaubte, dass die Schweiz, aufgrund der antiitalienischen Stimmung im Land, einem italienischen Feind den Durchmarsch durch die Schweiz gestatten würde. Diese Differenzen konnten aber auf diplomatischem Wege ausgeräumt werden. Die in Bern geführten Verhandlungen brachten eine schnelle Einigung, da man sowohl in der Schweiz als auch in Italien eine rasche Einigung wünschte. In der Folge erkannte Italien nun die schweizerische Neutralität offiziell am 19. August 1914 an.³⁷

Am 26. April 1915 schloss Italien den Londoner Geheimvertrag mit der Entente, der den Kriegseintritt Italiens binnen eines Monats festlegte. Am 4. Mai kündigte Italien dann den Dreibundvertrag auf, am 22. Mai begann die italienische Generalmobilmachung und am 24. Mai erfolgte die Kriegserklärung an Österreich-Ungarn.³⁸ Als Italien 1915 in den Krieg eintrat, sorgte man sich in der Schweiz über mögliche Konsequenzen, man ordnete eine verschleierte Mobilmachung an und stationierte Truppen im Tessin.³⁹

Der Schweizer Generalstab verfasste nach dem Kriegseintritt Italiens eine »spezielle Lagebeurteilung« und schloss darin weiterhin nicht aus, dass ein Teil des italienischen Heeres gegen die Schweiz eingesetzt werden könnte. Besondere Gefahr bestand dabei für den Generalstab für das nur schwach verteidigte Münstertal.⁴⁰ Dennoch blieb die Schweiz auf ein gutes Verhältnis zu Italien angewiesen, da man die wirtschaftlichen Handelslinien nach Genua benötigte.⁴¹ Das Misstrauen zwischen der Schweiz und Italien blieb auch im Jahre 1916 aktuell.⁴² Durch die *Oberstenaffäre* kam darüber hinaus noch eine weitere Verstärkung hinzu. Man fürchtete von italienischer Seite, dass sich die Schweiz den Zentralmächten zuwenden würde.⁴³ Die Italiener rechneten, wie auch die Franzosen, mit einer südlichen Umfassung der Westfront oder mit einem Stoß gegen Italien. Da dieser Angriff durch die Schweiz erfolgen

36 Ebd., S. 55f.

37 Eberhardt: Zwischen Glaubwürdigkeit und Unberechenbarkeit, S. 56. Aber auch: Rosen: Italiens Neutralität und Intervention 1915 im Lichte der schweizerischen Gesandtschaftsberichte aus Rom, S. 290.

38 Rosen: Italiens Neutralität und Intervention 1915 im Lichte der schweizerischen Gesandtschaftsberichte aus Rom, S. 300.

39 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 73.

40 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 176f.

41 Ebd., S. 437.

42 Ebd.

43 Ebd.

könnte, begann man die noch nicht befestigten Räume zwischen den norditalienischen Seen und dem Val d'Ossola zu befestigen und die Verteidigungslinien in der Lombardei und dem Piemont auszubauen.⁴⁴ Die Schweiz selbst hingegen hatte die Befürchtung, Italien wolle das Tessin annektieren. Der Ausbau der Befestigungen auf italienischer Seite führte nun dazu, dass die Schweiz im Gegenzug größere Truppen in der Nähe der Grenze stationierte. Von französischer Seite hielt man solch einen Angriff jedoch für nicht durchführbar, da der Weg über das Schweizer Gelände zu schwierig und zu langwierig war.⁴⁵

Ab Sommer 1916 gab es erste Anfänge einer italienisch-französischen Kooperation.⁴⁶ Diese wurde auf der interalliierten Konferenz von Chantilly am 15./16.11. 1916 beschlossen.⁴⁷ Mit dem österreichisch-deutschen Vormarsch und dem Übergang über den Tagliamento im November 1917 bestand nun auch die Gefahr, dass die Mittelmächte nicht ausschließlich aus östlicher, sondern auch aus nördlicher Richtung über schweizerisches Gebiet auf Italien zumarschieren könnten.⁴⁸ Zu diesem Zweck schuf Frankreich den *Plan H'*, der einen Transport von französischen Truppen in die Schweiz aus Italien vorsah.⁴⁹ Die Planungen beschränkten sich auf französische Truppen, da die Schweiz weiterhin Vorbehalte gegen Italien hatte und man die Schweizer Armee nicht unnötig reizen wollte.⁵⁰ Darüber hinaus traf auch am 6. März 1918 der Chef der schweizerischen Operationssektion, Oberstleutnant Goumoëns, in Lyon mit Vertretern des französischen und britischen Generalstabs zusammen, um Nachrichtenunterlagen auszutauschen.⁵¹

Beim Verhältnis der Schweiz zu Frankreich ließ sich feststellen, dass man auch von französischer Seite Vorbehalte gegen die Handhabung der Neutralität der Schweiz hatte. »Das Verhältnis der beiden Länder war weitgehend vom deutsch-französischen Gegensatz bestimmt.«⁵² Man nahm von französischer Seite an, dass die Schweiz ihre Neutralität nur gegenüber einem französischen Angriff militärisch verteidigen werde, bei einem militärischen Vorgehen Deutschlands würde man hingegen eine Verständigung suchen.⁵³

44 Ebd., S. 439.

45 Ebd., S. 441.

46 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 271.

47 Rapold: Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924, S. 294; Strachan: Die Kriegführung der Entente, S. 276.

48 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 273.

49 Ebd., S. 273.

50 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 274.

51 Rapold: Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924, S. 305.

52 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 27.

53 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 22f.

In handelspolitischer Hinsicht ließ sich feststellen, dass Deutschland deutlich im Vorteil gegenüber Frankreich war, denn der Handel mit dem deutschen Reich war beinahe doppelt so groß wie der mit Frankreich.⁵⁴ Sprecher ging davon aus, dass eine Verletzung der Neutralität nur von Italien oder Frankreich erfolgen würde, nicht jedoch von Deutschland.⁵⁵ Von Seiten der Armee war man in der Schweiz überzeugt, dass die Schweiz sich niemals gegen eine Kriegspartei alleine zur Wehr setzen musste, sondern dass man im Falle eines Angriffs von der anderen Großmacht unterstützt werden würde.⁵⁶ Dabei hatte die Schweiz versucht, sich für den »militärischen Flankenschutz«, den man Deutschland und auch Frankreich zukommen lassen sollte, mit wirtschaftlichen Zugeständnissen entschädigen zu lassen.⁵⁷ Von französischer Seite aus waren die schweizerischen Probleme mit Italien deutlich zu sehen. Daher nahm man das Verhalten der Schweiz gegenüber Italien als Gradmesser dafür, wie neutral die Schweiz tatsächlich bleiben würde.⁵⁸

Der Transitverkehr mit Italien führte dann auch in der Folge zu den ersten Problemen zwischen der Schweiz und der Entente.⁵⁹ Der Warenhandel wurde zunächst beschränkt und am 18. November 1914 traten Großbritannien und Frankreich an die Schweiz heran und erklärten, dass sie in das Blockadesystem der Alliierten einbezogen werde.⁶⁰ Dennoch waren die Überwachungsmaßnahmen, welche von den Alliierten getroffen wurden, unkoordiniert und unsystematisch und waren abhängig von der Lage.⁶¹ Dies führte zu langen Wirtschaftsverhandlungen und 1915 zur Schaffung der schweizerischen Einfuhrüberwachungsgesellschaft (*Société Suisse de Surveillance Économique*).⁶² Von deutscher Seite wurde eine Überwachungsstelle erst im Mai 1915 gefordert. Da die deutschen Forderungen jedoch nicht so weit gingen wie die der Entente, konnte die *Treuhandstelle Zürich* bereits im Juli 1915 mit der Arbeit beginnen.

54 Ebd., S. 27.

55 Ebd., S. 33.

56 Ebd., S. 36.

57 Ebd., S. 37.

58 Ebd., S. 51f.

59 Ebd., S. 58.

60 Ebd., S. 59.

61 Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 210f.

62 Maissen: Geschichte der Schweiz, S. 242; Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 59.

Ab Mitte August wurde die Arbeit der Treuhandstelle auch auf Österreich ausgedehnt.⁶³ Im Ergebnis konnte die Schweiz nun jedoch keine souveräne Außenhandelspolitik mehr betreiben.⁶⁴

Im Juli 1915 fürchtete die Schweiz einen französischen Angriff, was zu einer Evakuierung von Bern und einer Verlegung der Bundesverwaltung nach Luzern führte.⁶⁵ General Wille glaubte zu dieser Zeit an einen Sieg des Deutschen Reiches und sah keinen Vorteil in einem Abkommen mit den Ententemächten.⁶⁶

Im Bereich der wirtschaftlichen Zusammenarbeit kamen die Ententemächte der Schweiz im Herbst 1915 beim Kompensationsverkehr entgegen, nachdem auf gegnerischer Seite die deutsche Treuhandstelle eingerichtet worden war.⁶⁷ Dies lag wohl auch daran, dass schweizerische Militärs und Diplomaten Ende 1915 mit einem Eintritt der Schweiz in das Kriegsgeschehen auf Seiten der Zentralmächte gedroht hatten.⁶⁸ Die nun getroffenen Abmachungen galten zunächst bis Ende 1915 und machten für das Jahr 1916 neue zähe Verhandlungen notwendig, um die Landesversorgung sicherzustellen.⁶⁹

Frankreich beabsichtigte von Anfang an, die Schweiz zu einem Hauptkriegsschauplatz zu machen, sobald man von deutscher Seite einen Vorwand dazu geliefert bekäme.⁷⁰ Es gab einen Plan vom 14. Dezember 1915, der im *Troisième Bureau* erstellt wurde.⁷¹ Frankreich kundschaftete nun die militärischen Verteidigungsanlagen der Schweiz aus.⁷² Der Plan sah eine Verladung von französischen Truppen in der Welschschweiz und einen Angriffsschwerpunkt im Mittelland vor.⁷³ Es handelte sich dabei um eine Umfassungsoperation, die über die Schweiz erfolgen sollte; dabei sollten etwa 30 Infanterie- und 6 bis 8 Kavalleriedivisionen zum Einsatz gebracht werden.⁷⁴

63 Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 201f.; Rossfeld/Straumann: Zwischen den Fronten oder an allen Fronten?, S. 34.

64 Maissen: Geschichte der Schweiz, S. 242.

65 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 75.

66 Ebd., S. 82f.

67 Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 231.

68 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 86f.

69 Ebd., S. 96.

70 Ebd., S. 92.

71 Ebd., S. 93, S. 109.

72 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 412.

73 Ebd., S. 403.

74 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 405f.

Die detaillierten Erkundungen entlang der Juragrenze waren im Februar 1916 beendet.⁷⁵ Wenig später, am 18. Februar 1916, entschied man sich jedoch auf französischer Seite, den Angriff gegen die Schweiz nicht durchzuführen. Bis zum Kriegsende wurde nun kein Überfall mehr auf die Schweiz erwogen. Die Operationsabteilung der französischen Ostarmee war zur Überzeugung gelangt, dass die militärischen Erfolgsaussichten zu gering seien, um das politische Risiko einzugehen.⁷⁶

Dennoch sah sich die Schweiz gezwungen, auch im militärischen Bereich eine Zusammenarbeit mit Frankreich ins Auge zu fassen. So startete Sprecher im Dezember 1915 einen ersten Versuch, Geschütze von Frankreich geliefert zu bekommen, die man als Ersatz für 25 bis 30 deutsche Geschütze der Firma Krupp benötigte.⁷⁷ Dies geschah, nachdem man zuvor diesbezüglich schon mit Deutschland verhandelt hatte und Anfang 1916 wider Erwarten auch tatsächlich beliefert wurde.⁷⁸

Im Umfeld der Oberstenaffäre geschah dies jedoch zu einem heiklen Zeitpunkt. Dennoch leitete man das Begehren am 12. Januar 1916 der Regierung nach Paris weiter. Der Chef des französischen Generalstabs Joseph Joffre erklärte sich am 14. Februar dazu bereit, sechs Geschützbatterien mit 120-mm-Geschützen und 500 Schuss Munition zu liefern. Die Auslieferung verzögerte sich jedoch noch bis April, zudem handelte es sich um veraltete Modelle. Diese waren zwar modernisiert worden, aber dennoch älter als die, welche man ersetzen wollte.⁷⁹

Im Januar 1916 begann in der Schweiz die zuvor bereits angesprochene Oberstenaffäre, bei der es um geheimdienstliche Tätigkeiten der Schweiz zugunsten der Zentralmächte ging. Der Schweiz wurde vorgeworfen, dass sie Meldungen über militärische Verhältnisse der Entente an die Zentralmächte übermittelte und gleichzeitig chiffrierte Telegramme der Entente, dabei im Besonderen viele russische, vom schweizerischen Generalstab dechiffriert und den Militärattachés der Zentralmächte in Bern weitergegeben worden waren.⁸⁰

75 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 112.

76 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 110ff.; Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg, S. 403ff., S. 426.

77 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 101.

78 Rapold: Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924, S. 282; Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 101; Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg, S. 787f.

79 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 103; Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 419f.

80 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 216; Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg, S. 764.

Die Hauptverantwortlichen für die Affäre, die Obersten Karl Egli, Chef des Büros für Operationen und Verantwortlicher für die Süd- und Ostfront, und Moritz von Wattenwyl, Chef des Nachrichtenbüros und Verantwortlicher für die Nord- und Westfront, wurden versetzt und nach einem Pressekrieg in den Zeitungen vor ein Militärgericht gestellt.⁸¹ Der Prozess begann am 28. Januar 1916 in Zürich.⁸² Man beschuldigte die beiden Obersten des Nachrichtenaustausches mit den Zentralmächten und der Weitergabe von geheimen Bulletins und einzelner dechiffrierter Meldungen. Dies hätte die Neutralität der Schweiz verletzt.⁸³ Durch die Argumentation Sprechers, dass der Neutrale nicht nur Pflichten, sondern auch Rechte habe, insbesondere die der Wahrung und Sicherung der eigenen Interessen, konnte er die beiden schützen und so die Affäre beenden.⁸⁴

Frankreich hatte daher auch zu diesem Zeitpunkt noch große Vorbehalte gegenüber einer Zusammenarbeit mit der Schweiz, zudem war man dort zu diesem Zeitpunkt noch mit den Planungen für einen Einmarsch in die Schweiz beschäftigt. Aber der französische Militärattaché in der Schweiz Colonel Pageot sah nach dem Geschäft über die Kanonen und einem Versuch von Oberstleutnant Fonjallaz und Major von der Weid, mit Frankreich Verbindung aufzunehmen, eine günstige Gelegenheit, um die Schweiz näher an die Entente zu bringen.⁸⁵ Daher traf sich Pageot am 8. April mit Sprecher in dessen Büro. Dabei sprach man zum ersten Mal über fremde Hilfe.⁸⁶

1916 verschlechterte sich die wirtschaftliche Lage der Schweiz erneut, zudem hatte man Kompensationsschulden bei den Zentralmächten.⁸⁷ Durch den Angriff auf Verdun am 21. Februar 1916 zeichnete sich zunächst ein Vorteil der Zentralmächte ab, daher wurde die Blockadepolitik der Entente noch verschärft.

Am 16. April 1916 überreichte Bundesrat Hoffmann daher eine Note an die Alliierten und erklärte die wirtschaftliche Notlage der Schweiz. Verbunden war dies mit der Bereitschaft zu einer militärischen Zusammenarbeit, welche jedoch von französischer Seite mit Misstrauen aufgenommen wurde.

81 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 217.

82 Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg, S. 775.

83 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 220.

84 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 220; Sprecher: Generalstabschef Theophil Sprecher von Bernegg, S. 391ff.

85 Rapold: Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924, S. 283; Mittler: Der Weg zum Ersten Weltkrieg, S. 787.

86 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 435.

87 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 119.

Man traute vor allem der Person General Wille nicht und befürchtete, dass alle Verhandlungsgegenstände der deutschen Seite mitgeteilt werden würden. Der General selbst wollte nicht mit Frankreich zusammenarbeiten, da er eine Gefahr sah, in Abhängigkeit zu geraten. Frankreich wollte der Schweiz zudem ohnehin nur sehr wenig von der eigenen Planung mitteilen.⁸⁸ Dennoch gelang es, sechs Gesprächsrunden zu lancieren, deren Ziel eine militärische Zusammenarbeit war.⁸⁹

Frankreich und Großbritannien sandten am 19. Juni 1916 eine Note, in welcher sie bestritten, sowohl wörtlich wie auch moralisch dazu verpflichtet zu sein, der Schweiz Waren für den Kompensationsverkehr mit Deutschland zur Verfügung zu stellen, wie dies von der Schweiz behauptet wurde.⁹⁰ Sie legten dar, dass künftig keine Waren aus den Ententestaaten zu Kompensationszwecken in die Länder der Zentralmächte mehr ausgeführt werden durften. Am 24. Juni 1916 trafen schließlich schweizerische Vertreter zu Verhandlungen in Paris ein.⁹¹ Die Verhandlungen scheiterten jedoch und die Schweiz durfte künftig nur noch mit eigenen landwirtschaftlichen Erzeugnissen Kompensationshandel betreiben.⁹² Daher war die Schweiz mit der deutschen Regierung in Kontakt geblieben und mit Hilfe eines deutschen Kredites gelang es der Schweiz am 2. September 1916 einen Handelsvertrag mit Deutschland abzuschließen.⁹³

Die Regularien im deutsch-schweizerischen Handelsvertrag waren sehr eng gefasst; es durften demzufolge keine Rüstungsgüter aus der Schweiz ausgeführt werden, welche man aus deutschen Rohstoffen oder mit deutschen Maschinen hergestellt hatte.⁹⁴

Von alliierter Seite konnte man diesen Handelsvertrag nicht unbeantwortet lassen und man sandte der Schweiz am 7. November 1917 die sogenannte *Schmierölnote*.⁹⁵ In dieser wurde erklärt, dass ihre Interessen durch das deutsch-schweizerische Abkommen verletzt worden seien. Unter anderem untersagte man der Schweiz die Verwendung von Ententeschmieröl bei der Herstellung von Kriegsmaterial für die Zentralmächte.⁹⁶

88 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 121ff.

89 Rapold: Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924, S. 282, S. 292, S. 295, S. 301, S. 304, S. 305.

90 Ochsenbein: Verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 261; Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 142.

91 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 142.

92 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 142ff.

93 Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 266, S. 271.

94 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 146.

95 Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918, S. 278.

96 Ebd., S. 279.

Als Folge des Vertrages stieg indes auch das italienische Misstrauen gegenüber der Schweiz wieder und man trat mit Frankreich in Verbindung, um das weitere Vorgehen gegen die Schweiz zu beraten. Frankreich und Großbritannien erhöhten, als Reaktion auf das deutsche Abkommen, im November 1916 den wirtschaftlichen Druck auf die Schweiz erneut.⁹⁷

Am 15./16. November 1916 fand eine Konferenz in Chantilly statt, auf welcher die Alliierten die Grundsätze für die Kriegsführung für das Jahr 1917 festlegten.⁹⁸ Dabei warf man der Schweiz nun vor, dass die Vollmachtenregierung eine Art Staatsstreich gewesen wäre, das Land innerlich zerrissen sei und somit keine ausreichende Wehrfähigkeit besitze, falls es angegriffen würde.⁹⁹ Ein Ergebnis dieser Konferenz war, dass eine Verbindung zwischen dem französischen und dem italienischen Generalstab aufgenommen werden sollte, »um Transportstudien und Einsatzpläne für gemeinsame Operationen zu erarbeiten«.¹⁰⁰

Denn nach den deutschen Erfolgen an der Ostfront glaubte man, dass die Zentralmächte bald große Kräfte für einen militärischen Schlag freibekommen würden, der sich auch gegen Italien richten könnte.¹⁰¹ Frankreich hatte dabei zwei mögliche Ziele im Auge: zum einen einen deutschen Angriff auf Holland, um die alliierten Versorgungsbasen an der Küste zu gefährden und günstige Häfen für die U-Boote zu bekommen, und zweitens einen Krieg gegen Italien. Frankreich glaubte dabei an einen Durchmarsch der deutschen Truppen durch die Schweiz, Italien befürchtete eher einen Angriff im Trentino.¹⁰²

Für die von Frankreich und Italien geplanten Szenarien kam es in jedem Falle zu einer Beteiligung der Schweiz, da Deutschland sich gegen Frankreich an der Westfläche schützen musste. Die einzige Reaktion gegen eine Besetzung der Zentral- und Westschweiz wäre ein französischer Einmarsch in die Schweiz. Somit wurde der *Plan H* erneut aktuell und Frankreich begann, in der Nähe der Schweizer Grenze Truppen zusammenzuziehen.¹⁰³ Diese Truppenkonzentrationen führten auf schweizerischer Seite zu einer Teilmobilmachung im Januar 1917.¹⁰⁴

97 Ebd., S. 146.

98 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 181.

99 Ebd., S. 177.

100 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 183.

101 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 452.

102 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 177ff.

103 Ebd., S. 193; Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 470ff.

104 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 398.

Zwischen 1916 und 1917 fürchtete man vor allem in Basel einen deutschen Angriff. Demgegenüber stand die Tatsache, dass sich sowohl Frankreich als auch Deutschland entschlossen hatten, ohne formellen Anlass ihren Respekt vor der schweizerischen Neutralität erneut zu bezeugen und mit entsprechenden Erklärungen auch vor die Öffentlichkeit zu treten. Frankreich wollte im Folgenden wissen, wie es tatsächlich um die Schweiz stand. Aus diesem Grund lancierte man eine Pressekampagne, um so den Schweizer Standpunkt in der Öffentlichkeit zu klären. Diese Pressekampagne weckte jedoch in der Schweiz die Angst, dass in absehbarer Zeit auf Schweizer Gebiet übergegriffen würde. Am 23. Dezember übergab der schweizerische Gesandte in Paris, Charles Lardy, eine schweizerische Friedensnote in Paris. Am 28. Dezember 1916 fand nun eine Unterredung mit dem Militärattaché Mourier statt.¹⁰⁵ Am 29. Dezember traf Mourier mit Sprecher zusammen. Man war nun von Schweizer Seite bereit, einzelne konkrete Maßnahmen zur Vorbereitung einer Kooperation ins Auge zu fassen.¹⁰⁶ Der schweizerische General Wille befürchtete hingegen eher einen französischen Angriff auf die Schweiz, um über die Schweiz nach Deutschland zu kommen, denn Frankreich hatte stärkere Truppenkonzentrationen in der Nähe der Grenze vorgenommen. Die Schweiz reagierte darauf entsetzt und besorgt. Am 4. Januar 1917 gab Frankreich die Truppenverschiebungen offen zu und erklärte gleichzeitig in aller Form, dass man die Schweizer Neutralität respektieren werde.¹⁰⁷ Am 13. Januar 1917 forderte General Wille schließlich offiziell die Mobilmachung der Armee.¹⁰⁸ Am 16. Januar wurde in einer geheimen Abstimmung die Mobilmachung genehmigt. Allerdings erfolgte hier noch keine Gesamtmobilmachung.¹⁰⁹ Am 21. Februar 1917 kam es zu erneuten Verhandlungen mit Frankreich.¹¹⁰ Der französische Oberst Mourier legte Sprecher eine ganze Reihe von Fragen vor, auf welche dieser antworten sollte. Am 12. März erklärte Sprecher dann, dass er auf die französischen Bedingungen eingehe.¹¹¹ Am 5. April traf, als Vertreter der französischen Heeresleitung, General Maxime Weygand, in Bern ein. Er war der engste Mitarbeiter von General Foch.¹¹² Generalstabschef Sprecher empfing die französische Delegation in seiner Wohnung.¹¹³

105 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 203.

106 Sprecher: Generalstabschef Theophil Sprecher von Bernegg, S. 438f.

107 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 218.

108 Ebd., S. 220.

109 Ebd., S. 222.

110 Ebd., S. 239.

111 Rapold: Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924, S. 295.

112 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 245.

113 Ebd., S. 246.

Er gab zu verstehen, dass die Schweiz bei einer Grenzverletzung den Gegner zunächst ohne fremde Hilfe abwehren wolle und die französischen Truppen erst auf ein formelles von der Schweiz gestelltes Hilfsgesuch einmarschieren dürften.¹¹⁴ Zudem lehnte er eine Zusammenarbeit mit italienischen Truppen ausdrücklich ab.¹¹⁵ Am 9. April überreichte Frankreich Sprecher eine Verbalnote über die getroffenen Vereinbarungen, die dieser entgegennahm.¹¹⁶

Ab dem Kriegsjahr 1917 traten England und Frankreich nicht mehr gemeinsam mit dem Bundesrat in Verbindung, sondern getrennt.¹¹⁷ Auf militärischem Gebiet zeichnete sich eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit Frankreich ab. Am 11. Mai einigten sich Sprecher und Mourié darauf, eine schweizerische Offiziersdelegation nach Frankreich zu schicken.¹¹⁸ Diese Mission wurde dann vom 22. August bis 9. September 1917 durchgeführt.¹¹⁹ Die Ergebnisse wurden in einem Rapport zusammengefasst, der den Kommandanten der Armeekorps zugänglich gemacht wurde. Die dort beschlossenen Änderungen sollten jedoch so bei der Truppe eingeführt werden, dass man keinen Zusammenhang zwischen diesen und der vorangegangenen französischen Militärmission herstellen konnte.¹²⁰ Oberstleutnant Goumoëns war bereits ab dem 13. August in Frankreich. Am 15. August 1917 traf er mit General Foch zusammen und später auch noch mit dessen Stabschef General Weygand und dem Kommandanten des 40. Armeekorps General Paulinier.¹²¹ Letzterer war als zukünftiger Stabschef einer Armeegruppe »*Helvétie*« mit Sitz in Beaucourt vorgesehen.¹²² Die französische Seite protokollierte das Gespräch mit Goumoëns und dieser musste sehr detaillierte Auskünfte geben. Er erläuterte den Stand der schweizerischen Vorbereitungen seit April.¹²³ Hatte Frankreich zunächst noch die Hoffnung auf einen erfolgreichen Vormarsch nach Deutschland durch die Schweiz, wünschte man sich jetzt, durch die Drohung einer deutschen Übermacht für den Fall eines deutsch-russischen Separatfriedens, eine Verteidigungsstellung.¹²⁴

114 Ebd., S. 246.

115 Ebd., S. 246; Rapold: *Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924*, S. 297.

116 Ehrbar: *Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg*, S. 248.

117 Ebd., S. 249.

118 Ebd., S. 255.

119 Ebd., S. 256; Fuhrer: *Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung*, S. 501.

120 Ehrbar: *Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg*, S. 257.

121 Ebd., S. 260.

122 Ebd., S. 267.

123 Ehrbar: *Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg*, S. 260; Fuhrer: *Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung*, S. 502; Rapold: *Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924*, S. 305.

124 Ehrbar: *Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg*, S. 263.

Diese veranlasste das französische Hauptquartier, die Zusammenarbeit mit der Schweiz zu fördern und möglichst eng zu gestalten.¹²⁵ Da General Foch am 15. Mai 1917 zum Generalstabschef der französischen Armee befördert worden war, kam er für eine Leitung der Operation mit der Schweiz nicht mehr in Frage.¹²⁶ Diese Arbeit übernahm nun Pétain. Ab September 1917 begann Frankreich eine Variante zum *Plan H* zu erarbeiten, welcher die Schweiz direkt mit in die Planungen einbezog. Man sollte von Schweizer Seite aus die Transporte innerhalb der Schweiz sicherstellen. Ende Dezember 1917 traf der beauftragte Paulinier bei einem Besuch der Schweizer Verteidigungsstellungen mit Sprecher zusammen und arbeitete die genaueren Details der Zusammenarbeit mit aus.¹²⁷

Im April 1917 gab es zudem Kontakte Sprechers mit dem österreichischen Generalstab über Mittelsmänner. In diesen wurde über das Vorgehen bei einem italienisch-französischen Angriff gegen die Schweiz gesprochen.¹²⁸ Man einigte sich auf ein Geheimabkommen am 19. Juni 1917. Die Verhandlungen sind mit denen Frankreichs vergleichbar und wurden wohl geführt, um der Gleichbehandlung, welche von einem neutralen Staat verlangt wurde, Genüge zu leisten.¹²⁹

Am 6. März 1918 fand eine Konferenz in Lyon statt, auf welcher diskutiert werden sollte, wie der Transport von französischen Truppen in die Schweiz erfolgen sollte. Sprecher hat dabei so gut wie alle Forderungen von französischer Seite erfüllt.¹³⁰ Der Bundesrat hat offiziell mit der französischen Regierung jedoch keine Defensivallianz abgeschlossen, doch es ist unverkennbar, »dass das mündliche Abkommen mit der französischen Heeresleitung aufgrund von Sprechers Verhaltensweise einer Militärkonvention zumindest sachlich sehr nahe gekommen war.«¹³¹ Die Schweiz wollte die getroffenen Abmachungen dennoch auch nach Kriegsende geheim halten.

Sprecher selbst erklärte sich 1927 dahingehend, dass die Zusicherungen, welche er von deutscher Seite erhalten habe, den Abmachungen mit Frankreich die Waage gehalten hätten.¹³²

125 Ebd.

126 Ebd.

127 Rapold: *Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924*, S. 304.

128 Fuhrer: *Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung*, S. 504.

129 Fuhrer: *Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung*, S. 508.

130 Ehrbar: *Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg*, S. 277.

131 Ebd., S. 277.

132 Ehrbar: *Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg*, S. 278; Rapold: *Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924*, S. 305.

1917 verschlechterte sich die Lage der Zentralmächte. Sie konnten nur noch mit Mühe genügend Kohlen an die Schweiz liefern, und die Position der Alliierten verstärkte sich durch den Kriegseintritt der USA. Diese waren 1916 schon der größte wirtschaftliche Lieferant der Schweiz geworden.¹³³ Zudem garantierten die USA auf Forderung der Schweiz die Respektierung der Neutralität am 27. November 1917.¹³⁴ Man war durch die Ereignisse des Krieges in militärischer Hinsicht nicht mehr auf gute Beziehungen zu Deutschland angewiesen, sondern suchte wirtschaftlich den Kontakt zu den USA. Am 5. Dezember 1917 konnte die Schweiz mit den USA eine wirtschaftliche Übereinkunft erzielen. Es schien für die Schweiz im Falle eines europäischen Friedens ratsam zu sein, ein gutes Verhältnis zu den USA zu haben, auch im Hinblick auf die Rolle der Schweiz in Europa nach dem Krieg.¹³⁵

Mit dem Generalstreik in der Schweiz Ende 1918 gab es erneute Diskussionen um mögliche Intervention von Seiten der Alliierten.¹³⁶

Die Zusammenarbeit der Schweiz mit dem deutschen Generalstab ist bislang nicht umfassend untersucht worden, da die meisten Akten zu dieser Thematik im Heeresarchiv in Berlin gelagert waren und während des Zweiten Weltkrieges verbrannt sind. Man kann jedoch davon ausgehen, dass Deutschland in ähnlicher Weise wie Frankreich mit der Schweiz verhandelt hat. Indes finden sich in der Schweiz nur wenige Dokumente, aus denen man eine Zusammenarbeit rekonstruieren könnte.¹³⁷

133 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 283.

134 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 516.

135 Ehrbar: Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg, S. 283ff.

136 Fuhrer: Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, S. 519.

137 Rapold: Zeit der Bewährung? Die Epoche um den Ersten Weltkrieg 1907-1924, S. 306.

2. Das IKRK, die Haager Landkriegsordnung und die humanitäre Tradition der Schweiz

Die Ursprünge des Roten Kreuzes liegen bei der Auseinandersetzung um Piemont 1859, bei der Schlacht von Solferino am 24. Juni 1859.¹³⁸ Unter den Personen, die sich um die Verletzten kümmerten, war auch der Genfer Geschäftsmann Henry Dunant. 1861 schrieb Dunant seine Erlebnisse nieder. Das Buch *Un Souvenir de Solferino* wurde 1862 beendet. Dunant verlegte das Buch selbst und es hatte eine sehr große und gute Resonanz.¹³⁹ 1863 wurde bereits die dritte Auflage herausgegeben.

Bedeutend für die weitere Entwicklung des Roten Kreuzes wurde nun auch der Jurist Gustave Moynier. Wenige Tage nachdem er das Buch von Dunant gelesen hatte, traf er sich mit diesem, um dessen Ideen vor dem nächsten Wohlfahrtskongress zu besprechen.¹⁴⁰

Weitere wichtige Gesprächspartner für Dunant wurden General Guillaume Henry Dufour und Louis Appia, ein Arzt, welcher ebenfalls die Schlachtfelder in der Lombardei besucht hatte, um dort die Wirkung der neuartigen Dumdumgeschosse zu studieren. Zu ihnen gesellte sich nun auch Théodore Maunoir, ein Bekannter von Appia, der ebenfalls Interesse an Dunants Idee fand. Am 17. Februar trafen sich dann diese fünf, um ein internationales Komitee für die Verwundeten zu gründen, dem Dufour als Präsident vorstehen sollte, Moynier als Vizepräsident und Dunant als Sekretär.¹⁴¹

Als im August 1863 das Gerücht aufkam, dass die Wohltätigkeitskonferenz in Berlin abgesagt werden sollte, schlug Moynier vor, dass man eine eigene Konferenz abhalten solle, zu der Gesandte aus allen Staaten geschickt werden sollten, um über die Frage der *Voluntier relief societies* zu sprechen. Dunant schlug vor, eine Tour durch die europäischen Hauptstädte zu machen, um Unterstützung durch das Militär und die königlichen Familien zu bekommen. Nach einem Gespräch mit dem holländischen Arzt S.H.C. Bastings kam Dunant auf die Idee, dass das medizinische Personal neutralisiert werden könne.¹⁴² Er wollte, dass alle Staaten darüber eine Übereinkunft erzielen, dass medizinisches Personal zu ihren eigenen Armeen zurückkehren dürfte, um für die Verwundetenversorgung weiterhin nützlich zu sein.

138 Boissier: Histoire du Comité International de la Croix-Rouge. De Solférino a Tsoushima, S. 25.

139 Moorehead: Dunant's Dream. War, Switzerland and the History of the Red Cross, S. 9.

140 Boissier: Histoire du Comité International de la Croix-Rouge. De Solférino a Tsoushima, S. 44ff.; Moorehead: Dunant's Dream. War, Switzerland and the History of the Red Cross, S. 15ff.

141 Boissier: Histoire du Comité International de la Croix-Rouge. De Solférino a Tsoushima, S. 44ff.; Moorehead: Dunant's Dream. War, Switzerland and the History of the Red Cross, S. 15ff.

142 Bünzli: Der Beitrag der Schweiz zum Zustandekommen universeller Kodifikationen des Völkerrechts, S. 44.

Diese Idee fasste Dunant in einem Brief, den er jedem der Teilnehmer für die Konferenz in Genf zusandte, zusammen. Das Treffen in Genf fand am 23. Oktober 1863 statt und dauerte vier Tage.¹⁴³ Dort gelang es den Teilnehmern zehn Artikel zusammenzustellen. Unter diesen fand sich die Etablierung eines internationalen Komitees, welches den Sanitätsdiensten der Armeen zur Seite gestellt wurde und sich in Friedenszeiten für kommende Auseinandersetzungen bereithielt; zudem die Stellung von freiwilligem medizinischem Personal für die Schlachtfelder und das Tragen von weißen Armbinden mit einem roten Kreuz für Ärzte und Helfer; darüber hinaus weitere Treffen des Komitees, um über dessen Weiterentwicklung und weitere Schritte zu beraten. Diese Einrichtungen sollten neben den Sanitätseinheiten der Armeen aufgebaut werden und diese nicht ersetzen. Die Verbindung zwischen Militär und freiwilligen Organisationen sollte vom Komitee übernommen werden.¹⁴⁴ Neben diesen Beschlüssen formulierte der Genfer Kongress drei Wünsche. Die Regierungen wurden gebeten, den sich bildenden Hilfsgesellschaften ihren Schutz angedeihen zu lassen. Zudem sollte eine »Neutralisation der Ambulanzen und Spitäler« in Kriegszeiten durchgeführt werden. Der letzte Wunsch war ein einheitliches Erkennungszeichen für die Sanitätsmannschaften aller Heere und sah die gleiche Fahne für alle Ambulanzen vor.¹⁴⁵

Nach dem Kongress von 1863 konzentrierte sich das Genfer Komitee darauf, neue Hilfsgesellschaften zu gründen und die Neutralisation der Sanitätsmannschaften voranzutreiben. Der Schweizer Bundesrat berief auf Ersuchen von Dufour und Moynier am 8. August 1864 eine Konferenz in Genf ein. Zu dieser Konferenz erschienen bevollmächtigte Vertreter von 16 Staaten. Als Verhandlungsergebnis wurde am 22. August die *Genfer Konvention betreffend die Linderung des Loses der im Felddienst verwundeten Militärpersonen* von 12 Staaten unterzeichnet.¹⁴⁶

Die erste Genfer Konvention wurde in mehreren Kriegen erprobt und angewendet. Im Preußisch-Österreichischen Krieg von 1866, im Deutsch-Französischen Krieg von 1870/71, im Russisch-Türkischen Krieg von 1877, im Serbisch-Bulgarischen Krieg von 1885, im Chinesisch-Japanischen Krieg von 1894, im Spanisch-Amerikanischen Krieg von 1898 und zuletzt im Russisch-Japanischen Krieg von 1904/05.

143 Ebd., S. 40.

144 Haug: Rotes Kreuz. Werden – Gestalt – Wirken, S. 23; ders.: La Neutralité comme Principe fondamental de la Croix-Rouge; Moorehead: Dunant's Dream. War, Switzerland and the History of the Red Cross, S. 20f.

145 Haug: Rotes Kreuz. Werden – Gestalt – Wirken, S. 23f.

146 Ebd., S. 25f.; Spieker: Der Beitrag des Roten Kreuzes zur Verbreitung und Entwicklung des humanitären Völkerrechts, S. 53.

Dabei zeigten sich jedoch auch Schwächen der bisherigen Vereinbarungen und 1906 berief der schweizerische Bundesrat in Genf eine Konferenz zur Revision der Konvention ein. Eine wichtige Neuerung nach dieser Konferenz war nun die ausdrückliche Erwähnung der nationalen Hilfsgesellschaften, welche zur Unterstützung des Heeressanitätsdienstes zugelassen werden sollten.¹⁴⁷

Neben der Entwicklung des Roten Kreuzes gab es aber auch noch eine Veränderung im Völkerrecht. So wurde 1874 als ein erster Vorläufer der Haager Landkriegsordnung die *Deklaration von Brüssel* erarbeitet, die allerdings nicht ratifiziert wurde.¹⁴⁸ 1899 wurde auf der Internationalen Friedenskonferenz in Den Haag die *Convention concernant les lois et costumes de la guerre sur terre / Internationale Übereinkunft betreffend die Gesetze und Gebräuche des Landkrieges* verabschiedet. Diese Deklaration umfasste im Ganzen 60 Artikel, durch welche die Belange des Landkrieges einer Regelung unterworfen werden sollten. Dieses Regelwerk wurde ohne Diskussion von der Konferenz angenommen.¹⁴⁹

Am 15. Juni 1907 wurde in Den Haag nach 1899 die zweite Friedenskonferenz abgehalten. Diese Konferenz stand unter Leitung von Nelidov, dem damaligen russischen Botschafter in Paris. Die gesamte Konferenz dauerte bis zum 18. Oktober und führte zu 14 Konventionen und einer Schlussakte. Weite Teile der Konvention befassten sich mit dem Seekrieg.¹⁵⁰ In der ersten Sektion gab es auch ein eigenständiges Kapitel über Kriegsgefangene. Es unterteilte sich in 14 Einzelkapitel, welche Unterbringung, Versorgung, Eigentumsverhältnisse von Kriegsgefangenen, Möglichkeit und Grenzen der Verpflichtung zur Arbeit, Fragen zu Disziplin und Bestrafung und die Bedingungen zur Freilassung abhandelten. Dieses Gefangenenkapitel war nicht vollständig neu erarbeitet worden; Grundlage war die *Deklaration von Brüssel*.¹⁵¹

Für die Schweiz und andere Staaten besonders bedeutend wurde das *Abkommen Nr. V* betreffend Rechte und Pflichten der neutralen Mächte und Personen im Falle eines Landkrieges.

147 Bürkler-Giussiani: Die rechtliche Stellung der Rotkreuzformationen nach schweizerischem Recht und nach Völkerrecht, S. 24.

148 Bugnion: L'arrivée des „Bourbaki“ aux Verrières, S. 198.

149 BAR E 2020 1000/130 Bd. 112: *Convention de la Haye*; Hinz: Gefangen im Großen Krieg. Kriegsgefangenschaft in Deutschland 1914-1921, S. 49.

150 Dülffer: Regeln gegen den Krieg? Die Haager Friedenskonferenzen von 1899 und 1907 in der internationalen Politik, S. 300ff.

151 Hinz: Gefangen im Großen Krieg. Kriegsgefangenschaft in Deutschland 1914-1921, S. 50.

Hier wurden dem neutralen Land die Ausfuhr und Durchfuhr von Waffen, Munition und anderen Kriegsgütern gestattet; unter der Bedingung, dass Durch- oder Ausfuhrverbote auf alle Kriegführenden gleichmäßig angewendet werden.¹⁵²

Artikel 12 der Genfer Konvention von 1906 schlug den Austausch von Angehörigen des Sanitätsdienstes und dem Personal von Hilfsdiensten vor, wenn diese nicht für die Versorgung der Kriegsgefangenen benötigt werden.¹⁵³ Artikel 9 der Genfer Konvention schloss zudem die Gefangennahme von Sanitätspersonal aus.¹⁵⁴

In der Schweiz, welche auf den internationalen Konferenzen vertreten war, entwickelte sich dann neben der Neutralität ab Mitte des 19. Jahrhunderts die »Idee des humanitären Wirkens« und wurde in die Sendungsidee aufgenommen.¹⁵⁵ Die Humanität verband sich in der Folge mit der Neutralität und entwickelte sich in der weiteren Folge zu einem leitenden Grundsatz der schweizerischen Außenpolitik.¹⁵⁶ Diese Verbindung von Neutralität und Humanität gab es bereits in der bundesrätlichen Botschaft vom 8. Dezember 1870 bezüglich »der Wahrung der Neutralität der Schweiz während des Kriegs zwischen Frankreich und Deutschland«.¹⁵⁷ So wurde die Schweiz 1870/71 bereits in Hilfsaktionen tätig und näherte sich so auch dem Internationalen Komitee des Roten Kreuzes (IKRK) in Genf an.¹⁵⁸ Bundesrat Numa Droz bezeichnet die Schweiz dann auch als »*soer de charité*« von Europa.¹⁵⁹ So war man 1871 dann auch bereit, einen Teil der französischen Armee in der Schweiz aufzunehmen, der unter der Leitung von General Charles Bourbaki stand. Dies war für die Schweiz keine Pflicht, sondern eine freiwillige Leistung, deren Bedingungen die Schweiz diktierte.¹⁶⁰

Der Erste Weltkrieg ermöglichte der Schweiz dann, diese Gedanken in die Tat umzusetzen.¹⁶¹

»Bereits im deutsch-französischen Krieg und im Balkankrieg hat das Internationale Rote Kreuz nach dieser Seite hin helfend und versöhnend eingegriffen. Und als ob man unbestimmt geahnt hätte, das der nächste Krieg ein Weltkrieg ohnegleichen sein

152 Ochsenbein: Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918. Methoden ausländischer Wirtschaftskontrollen über die Schweiz, S. 51.

153 Becker: Oubliés de la Grande Guerre, S. 200.

154 NZZ 136, Nr. 571 vom 11. Mai 1915.

155 Soiron: Der Beitrag der Schweizer Aussenpolitik zum Problem der Friedensorganisation am Ende des Ersten Weltkrieges, S. 17.

156 Thüerer: Humanität und Neutralität, S. 280.

157 Zit. n. ebd., S. 292.

158 Soiron: Der Beitrag der Schweizer Aussenpolitik zum Problem der Friedensorganisation am Ende des Ersten Weltkrieges, S. 17.

159 Zit. n. Soiron, R.: Der Beitrag der Schweizer Aussenpolitik zum Problem der Friedensorganisation am Ende des Ersten Weltkrieges, S. 17.

160 Bünzli: Der Beitrag der Schweiz zum Zustandekommen universeller Kodifikationen des Völkerrechts, S. 201.

161 Ders., S. 18.

und auch dem Roten Kreuz ganz neue und unerhörte Aufgaben stellen werde, wurde bereits im Jahr 1912, anlässlich der Washingtoner Konferenz des Internationalen Komitees des Roten Kreuzes in bezug auf die Kriegsgefangenen festgesetzt: es sollen die Gesellschaften dieses letzteren schon während der Friedenszeit eine Spezialkommission organisieren, welche die Hilfsdienste zu beraten habe, die im Kriegsfall den Kriegsgefangenen in jeder Beziehung geleitet werden könnten und es sei mit der Durchführung dieser Spezialarbeit das Internationale Komitee in Genf zu betrauen.«¹⁶²

Mit dem Kriegsbeginn begann bereits die Hilfe für die militärischen und zivilen Opfer. Das IKRK in Genf richtete dabei einen Appell an alle neutralen Staaten, an der Hilfe für die Verwundeten und Kranken mitzuwirken.¹⁶³ Diese Zusammenarbeit wurde von den kriegführenden Staaten auch vor dem Hintergrund geführt, dass man sich um die eigenen Verwundeten und Kriegsgefangenen sorgte. Neben privaten Institutionen und staatlicher Hilfe durch neutrale Staaten wie die Schweiz waren das IKRK und die *Agence internationale des prisonniers de guerre (AIPG)*, die Auskunft- und Hilfsstelle in Genf, die größten Einrichtungen.¹⁶⁴ Die Entwicklung und das Tätigkeitsfeld der AIPG sind dokumentiert und erforscht. Die Gründung der AIPG erfolgte bereits im August 1914, als das IKRK an alle Gesellschaften einen Aufruf zur Mitarbeit geschickt hatte. Von da an korrespondierte die AIPG über die nationalen Rotkreuzgesellschaften mit den kriegführenden Staaten. Die Aufgaben der AIPG waren das Auskunftswesen, Informations- und Aufklärungstätigkeiten und materielle Hilfeleistungen für die Soldaten selbst.¹⁶⁵

Es erreichten zwischen 1914 und 1918 etwa 2.000 bis 18.000 schriftliche Anfragen pro Monat die AIPG. Daher wurde der Dienst im Laufe der Zeit weiter ausdifferenziert. Die Anfragen über die vermissten Soldaten wurden dann in einer Kartei angelegt, die Informationen über die Gefangenen in einem getrennten System. Das Ziel war, die beiden Karteikarten zusammenzubringen und die Informationen, die man bereits hatte, an die Auskunftssuchenden weiterzuleiten. Die Kartei umfasste so bis Kriegsende 4.895.000 Karteikarten. Für die AIPG war es von Anfang an wichtig, dass die Staaten Informationen über die Kriegsgefangenen bereitstellten. Dazu dienten auch die Berichte von Gesandten des IKRK, welche selbst Gefangenenlager besucht hatten.

162 Nagel: Die Liebestätigkeit der Schweiz im Weltkriege, S. 26.

163 Riesenberger: Für Humanität in Krieg und Frieden, S. 61; Hinz: Humanität im Krieg? Internationales Rotes Kreuz und Kriegsgefangenenhilfe im Ersten Weltkrieg, S. 219ff.

164 Riesenberger: Für Humanität in Krieg und Frieden, S. 62; Hinz: Humanität im Krieg? Internationales Rotes Kreuz und Kriegsgefangenenhilfe im Ersten Weltkrieg, S. 219ff.

165 Hinz: Humanität im Krieg? Internationales Rotes Kreuz und Kriegsgefangenenhilfe im Ersten Weltkrieg, S. 219ff.

Die AIPG in Genf war für ihre Arbeit auf die Hilfe anderer Rotkreuzgesellschaften angewiesen. In Kopenhagen richtete das Dänische Rote Kreuz eine Kriegsgefangenenstelle ein, wo man insbesondere die Gefangenen der Ostfront erfasste und so eine Kartei einrichtete, die etwa 3 Millionen Karten umfasste. Vom ebenfalls neutralen Dänemark aus bereisten Rotkreuzdelegierte ab 1915 Lager in Deutschland, Österreich und Russland. Zudem wurden ähnlich wie in der Schweiz ein Austausch und die Internierung von mehreren Zehntausend schwerverwundeten Gefangenen der Ostfront durchgeführt.¹⁶⁶

Das IKRK erreichte ab dem Frühjahr 1915 die Erlaubnis zu Besuchen in deutschen und französischen Kriegsgefangenenlagern. Zudem erreichte man, dass diplomatisches Personal neutraler Staaten regelmäßig die Kriegsgefangenenlager besuchen durfte, um sich dort ein Bild der Lage zu machen.¹⁶⁷

II. Teil: Die Kriegsgefangeneninternierung in der Schweiz

»Die Unterbringung kranker oder verwundeter Kriegs- und Zivilgefangener in neutralem Auslande zum Zwecke ihrer Heilung ist eine der bedeutendsten Erscheinungen, die der gegenwärtige Krieg auf charitativem Gebiet gezeitigt hat.«¹⁶⁸

1. Behandlung von kranken und verletzten Militärangehörigen

Es gab von Beginn des Ersten Weltkrieges an die Möglichkeit für Angehörige der kriegführenden Staaten, sich in der Schweiz behandeln zu lassen und die dortigen Einrichtungen, wie beispielsweise Sanatorien, zu besuchen. Bereits 1914 wurde über die britische Gesandtschaft in Bern angefragt, ob man britische Offiziere in Zivil in die Schweiz entsenden dürfe.¹⁶⁹

Diese Anfrage wurde vom Bundesrat bejaht, da man sich bei Personen in Zivilkleidung nicht informieren könne, ob und welchen militärischen Rang diese bekleideten.¹⁷⁰ Die NZZ äußerte sich zu diesem Thema:

»Es ist die Frage aufgeworfen worden, ob Angehörige kriegführender Staaten, die im Krieg verwundet wurden oder erkrankten, zu ihrer Heilung oder Rekonvaleszenz schweizerische Kurorte besuchen oder sich in der Schweiz in Familienpflege begeben können, ohne befürchten zu müssen, interniert zu werden, vorausgesetzt natürlich, dass diese Personen Zivilkleidung tragen. Der Bundesrat hat diese Frage bejaht, da eine Verpflichtung, darüber Nachforschungen anzustellen, ob Leute, die das Schweizerge-

166 Ebd., S. 225ff.; Becker: *Oubliés de la Grande Guerre*, S. 183f.

167 Hinz: *Humanität im Krieg? Internationales Rotes Kreuz und Kriegsgefangenenhilfe im Ersten Weltkrieg*, S. 228.

168 Abteilung für Gefangenenfragen der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft in Bern (Hrsg.): *Die deutschen Kriegsgäste der Schweiz. Ein Gedenkblatt an die Hospitalisierung deutscher Kriegs- und Zivilgefangener*, S. 5.

169 BAR E 2001 (A) 1000/45 Nr. 817: Brief der brit. Gesandtschaft an Bundespräsident Hoffmann vom 24. November 1914.

170 Ebd.: Pressemitteilung »*Aufenthalt verwundeter Kombattanten in der Schweiz zu Heilungszwecken*«, 19. Oktober 1914.

biet in Zivilkleidung betreten, Angehörige eines kriegführenden Staates sind oder nicht, nicht anerkannt wird. Überdies ist sich der Bundesrat bewusst, dass er den kriegführenden Staaten einen Dienst leistet, wenn er ihren Angehörigen ohne formelle Schwierigkeiten und Weiterungen die gewünschte Pflege ermöglicht und ihnen zur Gesundheit verhilft.«¹⁷¹

Über die schweizerische Gesandtschaft in Großbritannien gelangte auch eine Anfrage von Lord Onslow an das Politische Departement, der zufolge man gerne von englischer Seite eine Reihe von Offizieren zur Erholung in Wengen unterbringen würde.¹⁷² Am 2. November 1914 richtete das Kaiserlich Deutsche Konsulat ein Schreiben an den Kurort Moosegg, ob man dort nicht für den Zeitraum von vier Wochen deutsche rekonvaleszente Soldaten aufnehmen könnte.¹⁷³ Ähnliche Anfragen gab es auch in St. Moritz.¹⁷⁴ Für den Transport wurden Vereinbarungen mit den schweizerischen Bundesbahnen getroffen, welche Fahrpreismäßigungen für die betroffenen Personen einräumten.¹⁷⁵

In diesem Zusammenhang gründete sich in der Schweiz die *Schweizer Vereinigung für Kriegsrekonvaleszenten*, die 1915 etwa 400 Mitglieder zählte. Dieses »Liebeswerk« sollte allen Nationalitäten offenstehen und man erhoffte sich vom Bundesrat die notwendige Unterstützung, um dieses Vorhaben umzusetzen.¹⁷⁶

Wichtig war bei dieser Unterbringung von Schweizer Seite jedoch die Tatsache, dass die genannten Personen in Zivil in der Schweiz weilten und keine Uniform trugen. Daher galten sie als Zivilisten und wurden auch nicht wie Internierte behandelt.¹⁷⁷ Zudem wurde betont, dass die Schweizer Orte neutral waren und Gästen aller Nationalität offenstanden.¹⁷⁸

171 NZZ 135, Nr. 1433 vom 19. Oktober 1914.

172 BAR E 2001 (A) 1000/45 Nr. 817: Schweizer Gesandtschaft in Großbritannien an den Bundesrat vom 1. Februar 1915.

173 Ebd.: Brief des Kaiserlich Deutschen Konsulats an den Kurort Moosegg vom 2. November 1914.

174 Ebd.: Telegramm des Kurvereins St. Moritz vom 15. November 1914.

175 Ebd.: Schweizerische Bundesbahnen an J.H.Weigel, Vertreter des Deutschen Roten Kreuzes, 31. Dezember 1915.

176 BAR E 27 13981: *Schweizer Vereinigung für Kriegsrekonvaleszenten* an den Bundespräsidenten vom 15. April 1915.

177 BAR E 2001 (A) 1000/45 Nr. 817: Brief des IKRK an das Politische Departement vom 20. September 1915.

178 NZZ 136, Nr. 33 vom 10. Januar 1915.

2. Heimschaffung von Zivilinternierten

Die Internierung von Zivilpersonen der gegnerischen Kriegspartei war 1914 keine neue Erscheinung. Bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts gab es Lager für Zivilpersonen in Kuba und Südafrika. Ebenso auch in den Balkankriegen von 1912 und 1913. Dennoch lassen sich gravierende Unterschiede in der Situation zu 1914 erkennen. Denn die Menge der Zivilisten, die interniert wurden, war viel größer, da durch die allgemeine Wehrpflicht nahezu jeder Mann ein potentieller Feind werden konnte. Zudem wurden in allen kriegführenden Ländern Pressekampagnen gegen Spionage und Sabotage geführt, welche Vorurteile gegen Minoritäten schürten. Ferner wurden von den Zentralmächten und Russland Deportation und Gefangennahme von Zivilisten auch als Strafmaßnahmen durchgeführt.¹⁷⁹

Zu Beginn des Krieges, im Herbst 1914, einigten sich Deutschland und Frankreich darauf, dass man nicht mobilisierbare Zivilinternierte, wie Frauen, Kinder und Männer unter 18 und über 50 Jahren, austauschen werde. Die Initiative bei diesem Austausch lag beim Schweizer Bundesrat Arthur Hoffmann und wurde von der deutschen wie der französischen Regierung grundsätzlich befürwortet.¹⁸⁰

In Bern wurde, durch Bundesratsbeschluss vom 22. September 1914, für diesen Zweck ein *Bureau zur Heimschaffung internierter Zivilpersonen* eingerichtet. Aufgabe des Bureaus, unter der Leitung von Herrn Röthlisberger,¹⁸¹ war der Empfang eines Personenverzeichnisses über die zur Heimschaffung vorgesehenen Personen. Die Personen wurden dann an Grenzstationen gesammelt und durch die Schweiz nach Hause transportiert. Verpflegt wurden die Internierten vom SRK, aber für die Kosten des Transportes wurde den kriegführenden Staaten eine Rechnung gestellt. Verpflegung und Unterkunft in der Schweiz sollten zu Lasten der Gemeinnützigkeit gehen.¹⁸² Diese Vereinbarungen wurden am 13. Oktober 1914 auch auf Österreich-Ungarn ausgedehnt.

Das *Bureau für die Heimschaffung Zivilinternierter* sollte seine Tätigkeit zunächst mit dem 24. Dezember 1914 beenden; da jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht alle Internierten nach Hause zurückgekehrt waren, wurde der Zeitraum verlängert. Nun beendete es seine Tätigkeit auf den 1. März 1915.

179 Stibbe: *The Internment of Civilians by Belligerent States*, S. 8.

180 BAR E 27 14040: Brief an Minister Romberg vom 23. September 1914.

181 Ebd., Prof. Dr. E. Röthlisberger, *Les Victimes de la Guerre*, Genève 1914.

182 BAR E 27 14040: Reglement vom 22. September 1914; *NZZ 135*, Nr. 1457 vom 26. Oktober 1914.

Im Ganzen wurden 20.475 Internierte in 186 Transporten durch die Schweiz geleitet. Dabei handelte es sich um 10.845 Franzosen, 7650 Deutsche, 1980 Österreicher und Ungarn. 332 Personen durften in der Schweiz bleiben. Die französischen Internierten wurden nach Genf, die deutschen Internierten von Genf nach Singen transportiert und die Österreicher und Ungarn nach Rorschach-St. Margarethen.¹⁸³

Zudem setzte man sich in der Schweiz, wie auch in anderen neutralen Staaten, als Vermittler für die Zivilpersonen ein. Die USA übernahmen die Vertretung britischer Interessen in Deutschland und deutscher Interessen in Großbritannien bis zum Februar 1917, dann wurde dies von den Niederlanden und der Schweiz übernommen. Zudem übernahm die Schweiz die Vertretung deutscher Interessen in Frankreich.¹⁸⁴

Ab Januar 1915 widmeten sich zudem der Papst und das IKRK dem Austausch der Zivilinternierten. Dieser sollte drei Kategorien umfassen: Frauen und kleine Mädchen, Jungen unter 17 und Männer über 55 Jahren sowie Ärzte und Priester. Der Austausch fand wiederum über die Schweiz statt. Im Februar 1916 wurde wieder ein *Büro zur Heimschaffung von Zivilinternierten* in Bern eröffnet. Dieses unterstand der direkten Kontrolle des Politischen Departements.¹⁸⁵

183 BAR E 27 14040: Schweizerisches Bureau für Heimschaffung internierter Zivilpersonen in Bern; BAR E 27 14040: Bericht an das Politische Departement betreffend die Heimschaffung franz. Internierter und Evakuierter vom 22. März 1915.

184 Stibbe: *The Internment of Civilians by Belligerent States*, S. 9.

185 Becker: *Oubliés de la Grande Guerre*, S. 244.

3. Der Austausch von Schwerverletzten

»Wenn wir die Frage beantworten sollen, von wo und von wem die erste Anregung zu einem der bekanntesten und wichtigsten Teile des großen Samariterdienstes der Schweiz, zum Austausch der Schwerverwundeten, ausgegangen ist, so ergeht es uns wie den Menschen des Altertums mit dem großen Dichter Homer: Sieben Städte Griechenlands stritten sich um die Ehre, seine Vaterstadt zu sein.

Auch hier erheben eine Reihe von Ländern und Personen den Anspruch, als die Ersten den Anstoß zum großen Liebeswerk gegeben zu haben. [...] Tatsache ist, dass Anfang November des vorigen Jahres eine einfache, bescheidene Frau in Winterthur [...] eine Reihe von Briefen an hervorragende Persönlichkeiten und Amtsstellen des In- und Auslandes, sowie an das Internationale Komitee des Roten Kreuzes in Genf geschrieben hat, dahingehend, es möchten bei den maßgebenden Stellen der kriegführenden Staaten [...] Schritte getan werden zu einem Austausch der sogenannten Kriegsinvaliden. [...] Die Anregung fand ein Echo. Prof. Dr. Fleiner [...] anerbote sich, die Anregungen in großen Mitteldeutschen Zeitungen zu vertreten, Pfarrer Matter schrieb einen Artikel in das „Stuttgarter Tageblatt“, der Kommandant der Heilsarmee in Paris besorgte die Veröffentlichung des Gedankens in französischen Zeitungen und eine edle Französin, Mme. Dombre in Nîmes [...] brachte[n] die Angelegenheit vor das französische Kriegsministerium. Von Bedeutung war es, dass der Papst das Gewicht seines Ansehens zugunsten der Anregung in die Waagschale legte.«¹⁸⁶

Dieses Zitat weist auf die Idee und auf die Anregungen zum Austausch der Schwerverletzten hin und hebt die Rolle der Schweiz in diesem »großen Samariterdienst« hervor.

Da Artikel 2 der Genfer Konvention von 1906 den Austausch von Schwerverletzten und schwerkranken Militärangehörigen vorsah, versuchte das IKRK eine Ratifikation dieser Bestimmungen zu erreichen.¹⁸⁷

Ende Oktober 1914 beschloss der Schweizer Bundesrat, auf Initiative des IKRK unter dessen Präsidenten Gustave Ador, dass man mit Frankreich und Deutschland Verhandlungen führen werde. Ziel war, dass unter Vermittlung der Schweiz verwundete Soldaten ausgetauscht werden konnten.

Ador hatte das Wort an Bundespräsident Hoffmann gerichtet, da eine ganze Reihe von Anfragen beim IKRK eingegangen war, in welchen Familien um einen Austausch von Gefangenen baten. Man hatte zunächst das Rote Kreuz in Berlin und in Bordeaux angeschrieben, bekam jedoch keine Antwort.

186 Reichen: Der Samariterdienst der Schweiz im Weltkrieg, Heft 1, S. 6f.

187 Becker: Oubliés de la Grande Guerre, S. 201f.

Nun hoffte man durch eine Initiative der Schweiz, welche sich bereits um den Austausch der Zivilinternierten bemüht hatte, die

»L'autorisation de r[e]patrier en nombre égal cette catégorie de blessés, reconnus défénite[ve]ment impropres au service, elle rendrait un nouveau et signal[is]é service à la cause humanitaire et aux pays belligérants, qui n'ont aucun intérêt à conserver chez eux ce genre de blessés.«¹⁸⁸

Dabei lag der Schwerpunkt bei »Grandes blessés«, also Schwerstverletzten, denen es nicht mehr möglich war, ins Kriegsgeschehen einzugreifen (*incapables de servir*).¹⁸⁹ Dass dieser Austausch für die Schweiz nicht nur im humanitären Sinn einen hohen Wert hatte, sondern auch politisch wichtig war, stellte der schweizerische Gesandte in Paris Lardy gegenüber Bundesrat Hoffmann fest:

»Il y a là, non seulement une tâche humanitaire d'ordre général, mais il y a aussi un intérêt politique, pour notre pays, à essayer de frapper un peu l'opinion publique sous la forme d'un service rendu par la Suisse à un cause humanitaire pendant la guerre actuelle.«¹⁹⁰

Lardy hatte sich mit den für diese Fragen zuständigen Politikern in Frankreich getroffen und war auf zahlreiche Vorbehalte gestoßen. Besonders die mögliche Verwendung von Offizieren, die nicht mehr kriegstauglich, aber dennoch geistig in der Lage wären, am Kriegsgeschehen teilzunehmen, erregte Missfallen. Zudem war es bedenklich, dass feindliche Ärzte darüber entscheiden durften, wer für den Austausch in Frage käme und wer nicht. Lardy formulierte dies so: *»vous voyez que la question touche des nerfs sensibles«*.¹⁹¹ Im Dezember 1914 reiste Gustave Ador nach Berlin und erreichte dort die Zustimmung Deutschlands, während man von französischer Seite weiterhin zögerte.

Am 2. August 1914 richtete Papst Pius X. kurz vor seinem Tod einen Mahnruf an alle Katholiken des Erdkreises. Sein Nachfolger Benedikt XV. erließ am 8. September 1914 einen Friedensappell und wandte sich direkt an die Regierungen der Kriegsparteien, den Krieg zu beenden.¹⁹² Am 1. November ließ er seine Antrittsenzyklika folgen, in welcher er auf die Kriegsgreuel hinwies und die Kriegsparteien erneut zum Frieden aufrief.¹⁹³

188 BAR E 27 14044: Brief von Gustave Ador an Bundespräsident Hoffmann vom 12. November 1914.

189 Austauschbedingungen für den Schwerverwundeten austausch zwischen Deutschland und Frankreich, in: Favre, L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 2, S. 202-204.

190 BAR E 27 14044: Brief des Gesandten Lardy an Bundesrat Hoffmann vom 19. Dezember 1914.

191 Ebd.

192 Favre, Edouard: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 32ff.

193 Schlott: Die Friedensnote Papst Benedikts XV. vom 1. August 1917, S. 27f.

Der Papst hatte sich so als moralische Instanz ins Spiel gebracht und bezog in fast allen Schreiben und Ansprachen den Kriegsverlauf mit ein.¹⁹⁴ Dennoch fand der Papst nicht den erwünschten Zuspruch und auch in der Schweiz glaubte man nicht an einen Erfolg der päpstlichen Friedensbestrebungen.¹⁹⁵

Der Papst bezog die Schweiz ganz konkret in seine Friedensbemühungen mit ein und hoffte, eine Friedenskonferenz in der Schweiz abhalten zu können. Die Schweiz selbst wurde durch den Gesandten bei der italienischen Regierung über die politischen Schritte der Kurie informiert.¹⁹⁶

Im Dezember 1914 leitete der Papst nun eine humanitäre Initiative in die Wege. Er richtete das Wort zunächst an den englischen König, den russischen Zaren, den französischen Ministerpräsidenten Poincaré und an den deutschen Kaiser, um ihnen den Gefangenenaustausch von nicht mehr dienstfähigen Kriegsgefangenen vorzuschlagen.¹⁹⁷

Der Kaiser antwortete zustimmend und nach anfänglicher Ablehnung aus Frankreich konnte der Schweizer Gesandte Lardy vermelden, dass man nun auch von französischer Seite bereit wäre, in engere Verhandlungen zu treten.¹⁹⁸ Ebenfalls zustimmend äußerte sich der englische König.¹⁹⁹ Eine Zusammenarbeit mit dem IKRK fand zu dieser Zeit jedoch noch nicht statt.²⁰⁰

Am 11. Januar übermittelte der Papst zudem über den vatikanischen Staatssekretär Kardinal Pietro Gasparri eine Note an die kriegführenden Staaten, in welcher er um eine Befreiung und einen Austausch von Zivilgefangenen warb.²⁰¹

Am 9. Januar teilte Bundesrat Hoffmann dem Bundesrat mit, welche Schritte das Politische Departement bislang unternommen hatte. Seinem Antrag folgend erhielt das Politische Departement die Ermächtigung, sich mit dem Roten Kreuz in Verbindung zu setzen, um den Austausch zu vermitteln.²⁰²

194 Favre, Edouard: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 35.

195 Ebd., S. 36.

196 Ebd., S. 37.

197 Vanneufville: *Initiatives et interventions charitables du St. Siège pendant la guerre*, S. 811; Scottà: *Papa Benedetto XV. La Chiesa, la Grande Guerra, la Pace (1914-1922)*, S. 100.

198 BAR E 27 14044: Telegramm von Lardy an Bundesrat Hoffmann vom 5. Januar 1915; ebd.: Brief von Lardy an Bundesrat Hoffmann vom 4. Januar 1915; Panzera: *Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra*, S. 321f.

199 Lama: *Papst, Kurie und Weltkrieg*, S. 56f.

200 Stibbe: *The Internment of Civilians by Belligerent States*, S. 15.

201 Panzera: *Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra*, S. 322.

202 BAR E 27 14044: Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Schweizerischen Bundesrates vom 9. Januar 1915.

Zudem erklärte sich die Schweiz dazu bereit, das *Schweizerische Rote Kreuz* und die Sanitätszüge der Armee zur Verfügung zu stellen.²⁰³ Am 16. Februar 1915 wurde schließlich eine Liste veröffentlicht, auf welcher die Voraussetzungen für eine Repatriierung festgelegt wurden. Dies waren beispielsweise der Verlust eines oder mehrerer Glieder, eine Bewegungsunfähigkeit aufgrund von Gelenkversteifung, Lähmung, Muskelatrophie oder Pseudarthrosen, Verletzungen an den Augen, schwere Gesichtsverletzungen, Verletzungen am Thorax oder am Bauchbereich, Tuberkulose oder nervliche sowie mentale Schäden, welche eine Heilbehandlung in einer speziellen Institution verlangen.²⁰⁴

Am 23. Februar 1915 erklärte der französische Botschafter in der Schweiz, Beau, in einer Verbalnote, dass man in den Verhandlungen mit Deutschland im Laufe der Woche zu einem Abschluss kommen würde. Der Austausch könnte dann bereits am 26. oder 27. Februar beginnen.²⁰⁵ Der Transport der Schwerverletzten wurde Aufgabe des *Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK)* unter der Leitung von Oberst Carl Bohny. Dieser arbeitete zusammen mit seiner Frau Mary, welche die Oberleitung über das weibliche Personal, den Küchen- und Verpflegungsdienst und die Instandstellung der Züge bekam, von 1915 bis zum Kriegsende an den Transporten mit. Zur Pflege der Kranken unterstanden dem SRK 900 Krankenschwestern. Diese stammten aus den Diakonissenhäusern Riehen, Bern und St. Loup, den Klöstern Waldegg und Ingenbohl, der Pflegerinnenschule Zürich, dem Lindenhof Bern, dem Rotkreuz Fluntern, La Source in Lausanne sowie Samariterinnen und nichtdiplomierten »Rotkreuzdamen«.²⁰⁶

Als Austauschstationen hatte man die Grenzstädte Konstanz und Lyon ausgewählt. Die Züge mit den Kriegsverletzten durchfuhren die Schweiz bei Nacht, das Wagenmaterial wurde von der SBB gestellt. Der Beginn der Austauschaktion war am 1. März 1915. Dabei wurden im ersten Durchgang 2579 Schwerverletzte durch die Schweiz transportiert.²⁰⁷

Die Ersten der zu Repatriierenden wurden von Austauschkommissionen in Konstanz und Lyon ausgewählt und von Oberst Hauser und Oberst Bohny abgeholt. Der zweite Transport erfolgte dann im Juli 1915.

203 BAR E 27 14044: *Mitgeteilt*.

204 Ein Abdruck der gesamten Liste findet sich in: Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 202f.; sowie ferner in: „*Austauschbedingungen für den Schwerverwundeten-Austausch zwischen Deutschland und Frankreich*“, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 1. November 1916, S. 6-7.

205 BAR E 27 14044: Verbalnote des französischen Botschafters in Bern vom 23. Februar 1915.

206 Bohny: *Nächstenliebe im Weltenbrand*. Aus dem Tagebuch einer Frau, S. 25; *NZZ* 136, Nr. 245 vom 2. März 1915.

207 BAR E 27 14044: Brief der SBB an das Politische Departement vom 31. Mai 1915.

Die Transporte sollten nun regelmäßig, im Abstand von ein bis zwei Monaten, erfolgen. Allerdings kam es wiederholt zu Schwierigkeiten, weil Gefangene zurückgehalten wurden, Termine nicht eingehalten werden konnten und weil man sich zunächst nicht auf die Austauschbedingungen von Offizieren und Unteroffizieren einigen konnte.²⁰⁸

Im Oktober 1916 wandte sich der britische Gesandte in Bern, Horace Rumbold, an Bundesrat Hoffmann, um einen Austausch von britischen Verwundeten in gleicher Weise zu ermöglichen.²⁰⁹ Die Schweizer Bevölkerung nahm die Transporte überwiegend mit Begeisterung auf. Viele Menschen standen an den Bahnhöfen und übergaben den Soldaten eine Fülle von Liebesgaben. Vereinzelt gab es aber auch Unmutsäußerungen. Im weiteren Verlauf der Transporte mäßigte sich die Begeisterung allerdings und auch die Zahl der Liebesgaben nahm ab. Gegen Ende des Krieges wurde dann vor allem gegen deutsche Soldaten Unmut geäußert.²¹⁰

Der Verwundetenaustausch konfrontierte die Schweizer Bevölkerung zunehmend mit der Grausamkeit des Krieges:

»Das Schauspiel gehört zu den Kriegsepisoden, die an Dramatik nichts vermissen lassen, die einem das Herz bis in die Tiefe erschüttern und wohl zu denjenigen Kriegserscheinungen gehören, die unauslöschlich bleiben.«²¹¹

Gustave Ador erhielt für das IKRK ein Dankeschreiben von Papst Benedikt XV., welches in der Presse veröffentlicht wurde:

»Gustav Ador, der Präsident des Internationalen Komitees des Roten Kreuzes, hat vom Papst ein Schreiben erhalten, in dem ihm sowie dem Roten Kreuz von Genf die Glückwünsche und das Lob des Heiligen Vaters für sein Werk der Menschlichkeit zur Milderung der Leiden der Familien der Verwundeten und Gefangenen übermittelt werden. Der Papst gibt dem Wunsche Ausdruck, er werde in ihm stets einen Mitarbeiter in den Werken der Barmherzigkeit finden.«²¹²

Eingebunden in die Transporte der Schwerverletzten wurde ab Juli 1915 auch der Austausch von Sanitätsmannschaften durch Vermittlung der Schweiz.²¹³ Denn Artikel 12 der Genfer Konvention von 1906 schlug den Austausch von Angehörigen des Sanitätsdienstes und dem Personal von Hilfsdiensten vor, wenn diese nicht für die Versorgung der Kriegsgefangenen benötigt werden.²¹⁴

208 BAR E 27 14044, Bd. 1.

209 BAR E 27 13984: Brief von Horace Rumbold an Bundesrat Hoffmann vom 30. Oktober 1916.

210 NZZ 137, Nr. 213 vom 9. Februar 1916.

211 NZZ 136, Nr. 190 vom 17. Februar 1915.

212 NZZ 136, Nr. 249 vom 2. März 1915.

213 BAR E 27 14044: An den Chef des Territorialdienstes vom 5. Juli 1915.

214 Becker: Oubliés de la Grande Guerre, S. 200.

Artikel 9 der Genfer Konvention schloss zudem die Gefangennahme von Sanitätspersonal aus.²¹⁵ Bereits 1914 ließen sich Artikel in den Zeitungen, wie der NZZ, finden, die davon sprachen, dass sich Sanitätspersonal und Ärzte, welche in Gefangenschaft gerieten, durch die Schweiz auf den Weg in ihre Heimat machten.

»Am Sonntagvormittag durchzog eine Abteilung von etwa 175 französischen Soldaten die Stadt. Es handelte sich um Sanitätsmannschaften, die in den Bereich der deutschen Feldarmee geraten waren und von dieser, da nach der Genfer Konvention das Sanitätspersonal nicht gefangen genommen wird, bei Otterbach in der Nähe von Leopoldshöhe, an die Schweizergrenze geführt wurden. Die Leute wurden durch Schweizer Militär in Empfang genommen und zum Bundesbahnhof begleitet, um von dort, nachdem sie gepflegt wurden, über Puntrutt in ihre Heimat zurückbefördert zu werden. Man bemerkte im Zuge etwa fünfzig Sanitätsoffiziere und drei Feldprediger.«²¹⁶

»Heute Mittag reisten hier drei französische Ärzte durch, die einen Verwundetentransport nach Deutschland gebracht hatten. Beim Betreten des Schweizerbodens wurden sie von einem Schweizeroffizier in Empfang genommen, der sie nach Genf begleitete. Die drei Franzosen reisen nach Mâcon.«²¹⁷

Der Austausch von Gefangenen erfolgte jeweils in beiden Richtungen.²¹⁸

Die deutsche und die französische Regierung einigten sich über den Austausch von Militärärzten und Sanitätsmannschaften, die in Kriegsgefangenschaft geraten waren. Dieser Austausch fand auf der Grundlage der Genfer Konvention statt. Der Rücktransport erfolgte durch die Schweiz in Begleitung von Schweizer Soldaten. Diese Transporte fanden während des gesamten Krieges statt und wurden später, auch im Rahmen der Abkommen über die Internierung und die Repatriierung von verletzten Soldaten, aufgenommen. Das Abkommen wurde im August 1918 geschlossen und England und Belgien schlossen sich diesen Abmachungen an.²¹⁹

Im November 1916 wurden die Transporte dann auch auf Österreich und Italien ausgedehnt. Oberst Bohny verhandelte zu diesem Zweck in Como und in Buchs, so dass man sich auf Como-Monza und Feldkirch-Dornbirn als Austauschstationen einigen konnte.²²⁰

215 NZZ 136, Nr. 571 vom 11. Mai 1915.

216 NZZ 135, Nr. 1273 vom 30. August 1914.

217 Ebd.

218 NZZ 135, Nr. 1407 vom 12. Oktober 1914; Nr. 1386 vom 6. Oktober 1914.

219 BAR E 27 13969, Bd. 8; *Passage des Sanitaires*, in: *Journal des Internés Français*, No. 5, vom 23. November 1916, S. 82; NZZ 136, Nr. 1008 vom 4. August 1915; NZZ 137, Nr. 1571 vom 4. Oktober 1916; Nr. 1642 vom 16. Oktober 1916.

220 BAR J.2.15/519 Z-b/258: *Das schweizerische Rote Kreuz während der Mobilisation 1914-1919*, Bern 1920. NZZ 137, Nr. 665 vom 27. April 1916; Nr. 1917 vom 29. November 1916; Nr. 1932 vom 1. Dezember 1916; NZZ 138, Nr. 1484 vom 13. August 1917.

4. Die Internierung von Kriegsgefangenen

Die Hospitalisierung von Kriegsgefangenen wurde erstmals vom Schweizer Journalisten Louis de Tscharner ins Gespräch gebracht. Er schlug 1913 im *Berner Tagblatt* vor, dass sich die Schweiz um eine gleiche Zahl von verwundeten Soldaten aller Nationen kümmert, falls es zu einem Krieg kommen sollte. Wenn diese geheilt waren, sollten sie wieder nach Hause geschickt werden. Im Gegenzug sollten die kriegführenden Staaten die schweizerische Neutralität anerkennen.²²¹ Aufgegriffen wurde das Thema dann erneut von Gustave Ador, dem Präsidenten des IKRK. Im Januar 1915 sprach er mit Alexandre Millerand, dem französischen Kriegsminister, über einen Vorschlag, dass man leichtverletzte Kriegsgefangene austausche. Millerand war besorgt, dass die Gefangenen, wenn auch nicht frontnah, wieder zum Einsatz kommen würden, wenn sie geheilt und in die Heimat zurückgebracht worden wären. Ador schlug daher vor, dass man die Gefangenen in der Schweiz interniere, damit sie nicht mehr in den Krieg eingreifen konnten.²²² Am 11. Januar ließ Gasparri Gustave Ador wissen, dass man sich von päpstlicher Seite um die Unterbringung einer bestimmten Anzahl von Personen in der Schweiz bemühe und dass das apostolische Werk dazu diene, die Leiden der Gefangenen und Verletzten zu lindern.²²³ Ador schrieb am 4. Februar 1915 an Bundesrat Hoffman:

»J'ai suggéré alors l'idée, qui a été très favorablement accueillie, d'interner cette catégorie de blessés en Suisse, moyennant l'engagement d'honneur de rester en Suisse pendant la durée de la guerre. Cette mesure serait, il va sans dire appliquée également aux militaires allemands.«²²⁴

Ador schrieb erneut am 28. Februar 1915 an Bundesrat Hoffmann, der sich dann um die weitere Vermittlung bemühte.²²⁵ Frankreich schickte diesbezüglich am 18. Februar 1918 einen Vorschlag über spanische Diplomaten an Deutschland.²²⁶ Die Idee entwickelte sich nun schrittweise weiter und am 6. März richtete das IKRK einen Brief an den Bundesrat, in welchem Gustave Ador höflich darum warb, dass man den kriegführenden Parteien offiziell vorschlagen solle, dass *»la réalisation du projet dont je vous ai entretenu, consistant à interner en Suisse les officiers blessés qu'on ne voudrait pas restituer à leur pays d'origine«²²⁷*

221 Speed: Prisoners, Diplomats and the Great War, S. 33; Picot: The British interned in Switzerland, S. 26.

222 Speed: Prisoners, Diplomats and the Great War, S. 33f.

223 Panzera: Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra, S. 322.

224 BAR E 27 14044: Brief von Gustave Ador an Bundesrat Hoffmann vom 4. Februar 1915.

225 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 3.

226 Speed: Prisoners, Diplomats and the Great War, S. 34.

227 BAR E 27 13981: Brief des Präsidenten des IKRK Gustav Ador an das Politische Departement vom 6. März 1915; Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916, S. 188.

Die Antwort des Bundesrates folgte am 8. März 1915 und man teilte Ador mit, dass man bereits von französischer Seite den Wunsch vernommen hatte, über diese Dinge zu beraten. Man wies Ador aber auch darauf hin, »*la réponse du Gouvernement allemand elle ne nous a pas encore été communiquée*«. ²²⁸

Der französische Botschafter Jean-Baptiste-Paul Beau schrieb am 3. März 1915 an Bundesrat Motta und signalisierte die grundsätzliche Bereitschaft Frankreichs zu einer »*internée en Suisse jusqu'à la fin des hostilités*«. ²²⁹ Zudem reichten einige französische Staatsbürger beim Bundesrat ein Gesuch ein, »die Schweiz möchte die deutschen und französischen Kriegsgefangenen bei sich aufnehmen, sie internieren und verpflegen«. ²³⁰

Zur gleichen Zeit sprachen Kardinal Gasparri und der Erzbischof von Paris, Kardinal Amette, bei der französischen Regierung vor, ob man von französischer Seite bereit wäre, ein solches Projekt anzugehen und ob man einen Plan zur praktischen Durchführung aufstellen könnte. ²³¹ Mitte März richtete Amette das Wort an Gasparri und lud den Vatikan ein, dass er sich dafür einsetzte, dass man verletzte und kranke, aber noch wehrtaugliche Kriegsgefangene in einem neutralen Land unterbringe. Zudem bemühte er sich, die französische Regierung dazu zu bringen, einem Vorschlag des Papstes in dieser Richtung zuzustimmen. Da der Vatikan mit Frankreich zu dieser Zeit keine diplomatischen Beziehungen unterhielt, schlug Amette vor, dass man sich an den Präsidenten der Schweiz und an Königin Wilhelmina von Holland wende, damit durch ihre Fürsprache die Initiative zugunsten der schwerverletzten Kriegsgefangenen auch auf weitere Kategorien ausgedehnt werden konnte. ²³²

Die Diskussion wurde daraufhin aufgenommen und man führte erste Verhandlungen. Bereits am 3. April wurde von französischer Seite eine erste Liste mit Kategorien vorgelegt, die eine Internierung ermöglichen könnten. ²³³ Dabei war von französischer Seite besonders wichtig, wie die Versorgung der Tuberkulose-Erkrankten organisiert werden sollte. ²³⁴

228 Ebd., S. 187ff.; sowie: BAR E 27 13981: Brief des Politischen Departements an den Präsidenten des IKRK Gustav Ador vom 8. März 1915.

229 BAR E 27 13981: Brief des französischen Botschafters Beau an Bundesrat Motta vom 9. März 1915.

230 BAR E 27 13981: Brief von Bundesrat Hoffmann an den Generalstab der Armee vom 28. März 1918.

231 Vanneufville: Initiatives et interventions charitables du St. Siège pendant la guerre S. 812f.; Becker: Oubliés de la Grande Guerre, S. 205f.

232 Panzera: Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra, S. 322.

233 BAR E 27 13981: Brief des französischen Gesandten Lardy an das Politische Departement vom 3. April 1915.

234 BAR E 27 13981: Brief des französischen Botschafters Beau an Bundesrat Hoffmann vom 5. April 1915.

Am 28. April 1915 kündigte Kardinal Gasparri den Besuch eines Abgesandten des Vatikans, Graf Carlo Santucci, in der Schweiz an. Santucci war der Präsident der *Banco di Roma* und bevollmächtigt, im Auftrag des Papstes mit Bundespräsident Guiseppe Motta zu sprechen.²³⁵ Santucci traf sich Anfang Mai zu einer Reihe von Besprechungen mit Motta, dem Chef des Politischen Departements Arthur Hoffmann und Alphonse Dunant, welcher ebenfalls im Politischen Departement tätig war.²³⁶ Am 1. Mai 1915 stellte Santucci »le project« des Papstes Benedikt XV. vor. Der Papst nahm sich dabei der »*misérables prisonniers malades ou blessés*« an und schlug vor, dass diese der »*noble tradition d'hospitalité*« der Schweiz als ein »*ouvre pacifique et humanitaire*« interniert werden sollen. Dabei schlug er vor:

1. *»La Suisse devrait recevoir et hospitaliser dans son territoire un nombre assez élevé de malades et des blessés qui se trouvent parmi les prisonniers des deux [...], possiblement un nombre à peu près égal de part et d'autre.*
2. *On pourrait exclure les maladies contagieuses.*
3. *Pour le [...] des individus (officiers, sous-officiers, soldats) on pourrait s'entendre directement avec deux groupes des belligérants.*
4. *Chaque gouvernement devrait rembourser au gouvernement Suisse tous les frais d'entretien, de soins, de transport, de surveillance, et en général absolument tous les frais.*
5. *Si les médecins et chirurgiens suisses ne suffisaient pas, les deux parties belligérantes pourraient supplier par des médecins et chirurgiens [...].*
6. *Puisque la Suisse devrait prendre la responsabilité de la garde des prisonniers qui lui seraient confiés, la France d'un côté, d'accord avec les alliés, l'Allemagne de l'autre avec l'Autriche, devraient garantir que si [...] des dits prisonnier s'évadait, il serait rendu à la Suisse afin qu'elle puisse le garder et le rendre à son tour au gouvernement qui le lui aurait livré [...].*
7. *L'internement en Suisse des blessés ou des malades dans les sens [...] n'empêche pas que l'on puisse en même temps réaliser l'autre projet d'interner en Suisse les officiers et sous-officiers devenus invalides pour le service de campagne, mais capable pour le service de garnison ou de bureau.*
8. *Les détails d'organisation du projet devraient être [sigles] directement entre la Suisse et les puissances belligérants mais le Saint Siège, une fois la [...] en principe du projet, se chargerait des négociations [...] avec les puissances en cause.»²³⁷*

Zudem schlug er vor, dass man neben den Tuberkulösen, Invaliden und den in ihrer Bewegungsfähigkeit Eingeschränkten zahlreiche weitere Kategorien von Krankheiten und Verletzungen in die Liste aufnehmen sollte.

235 BAR E 27 13981: Brief von Kardinal Gasparri an Bundespräsident Motta vom 28. April 1915; Kistler: Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz, S. 60f.; Pollard: The Unknown Pope, S. 114.

236 Panzera: Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra, S. 323.

237 Ebd.: Brief von Carlo Santucci an Bundespräsident Motta vom 1. Mai 1915.

Zuletzt empfahl er außerdem, dass man die Beschränkung auf Offiziere aufhebe und auch gewöhnlichen Soldaten eine Internierung in der Schweiz ermöglichen sollte.²³⁸ In einer konzipierten Antwort, welche jedoch den Vermerk »nicht abgesandt« trägt, fiel dann von Schweizer Seite erstmals der Begriff »*petits blessés*«.²³⁹ Dabei setzte sich der Bundesrat auch mit der Erweiterung des Projektes durch den Papst auseinander. Die Zahlen, die genannt worden waren, waren deutlich höher als die der Schweiz. In einer von Motta ergänzten und abgesandten Antwort wurde Gasparri mitgeteilt, dass man das vom Papst vorgeschlagene Projekt unterstützen wolle. Die Schweiz wolle dabei in Etappen vorgehen und eine bedeutende Zahl Kranker und Verletzter internieren.²⁴⁰ Am 5. Mai 1915 wurde dann schließlich an den Bundesrat ein Antrag gestellt, leichtverwundete Soldaten in der Schweiz zu internieren. Der französische Botschafter hatte dem Bundesrat bereits Zustimmung signalisiert. Am 7. Mai gab der Bundesrat bekannt, dass man sich dazu bereit erkläre, ein Programm in die Wege zu leiten, wenn die daran interessierten Regierungen ihre Zustimmung geben.²⁴¹ Man bestand jedoch von Schweizer Seite darauf, dass man bereits vor der Initiative des Papstes in Verhandlungen stand.²⁴²

»Es muss daher einmal deutlich gesagt werden, dass die Initiative zu diesem Werk [...] nicht von Rom ausging. Es ist ein schweizerisches Werk – in seinem Ursprung, seiner ersten Ausführung und seiner tieferen Psyche. [...] Die Initiative dazu ging vom „Rom jenseits der Berge“, vom „calvinistischen Rom“ aus – von Genf.«²⁴³

Santucci meldete dann am 7. Mai an Gasparri, dass die Schweiz bereit wäre, das vom Papst vorgeschlagene Projekt zu vermitteln.²⁴⁴

Die begonnenen Verhandlungen kreisten zunächst um die Frage der Bewachung der Internierten, denn sowohl der Bundesrat als auch die Armee waren nicht bereit, einen Teil der Schweizer Truppen für die Bewachung abzuziehen.²⁴⁵ Man befürchtete eine Schwächung der Landesverteidigung. Vom schweizerischen Gesandten in Paris Charles Lardy war bereits der Vorschlag gemacht worden, diese »*sous le code militaire suisse*« zu stellen.²⁴⁶

238 Ebd.: Santucci fasste die Ergebnisse der Besprechung mit dem Bundespräsidenten handschriftlich zusammen; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1916. Premier Rapport, S. 5.

239 BAR E 27 13981: Brief an Kardinal Gasparri. Nicht abgesandt. Datiert Mai 1915.

240 Kistler: *Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz*, S. 62f.

241 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1916. Premier Rapport, S. 5.

242 BAR E1004.1/1000/9 Nr.259/1915: 42. Sitzung des Schweizerischen Bundesrates vom 7. Mai 1915.

243 *NZZ* 139, Nr. 1097 vom 21. August 1918.

244 Panzera: *Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra*, S. 323.

245 BAR E 27 13981: Brief des Chefs des Generalstabes der Armee an Bundesrat Hoffmann vom 29. März 1915; ebd.: Brief des Chefs des Armeestabes an das Politische Departement vom 27. August 1915; *Journal de Genève* vom 28. Oktober 1915.

246 BAR E 27 13981: Brief des französischen Gesandten Lardy an das Politische Departement vom 3. April 1915.

Die Internierten wurden so unter ein militärisches Ehrenwort gestellt.²⁴⁷ Diese Freilassung auf Ehrenwort findet sich auch in Art. 10 der *Convention concernant les lois et costumes de la guerre sur terre* von 1899. In juristischer Hinsicht basierte die Kriegsgefangeneninternierung jedoch nicht auf den bereits gemachten Erfahrungen mit der Internierung der französischen Bourbaki-Armee 1871, wo etwa 85.000 französische Soldaten in der Schweiz interniert und gepflegt wurden,²⁴⁸ oder der Internierung von ausländischen Militärangehörigen, welche sich auf Schweizer Territorium begeben hatten.

»La Situation des militaires internés en Suisse pendant la guerre de 1914-18 était différente. Il s'agissait en réalité de prisonniers de guerre que certains pays belligérants envoyèrent en Suisse, et ce par suite de conventions conclues à l'époque et auxquelles la Suisse avait adhéré.«²⁴⁹

Auch Favre äußerte sich zu der neuen Situation der Internierung:

»[...] nous n'ayons pas fait état de l'article 2 de la Convention de Genève de 1906; la raison en est que l'internement prévu par cet article est absolument différent de l'internement pratiqué en Suisse dès 1916, qui ne dépend pas du bon vouloir d'un des belligérants, mais d'un accord entre belligérants et qui prévoit un rapatriement méthodique durant le cours des hostilités.«²⁵⁰

»The conditions under which the internment was effected during the Great War of 1914-1918 were, however, wholly different; for whereas in 1871 the internment was imposed on Switzerland as a neutral State, in accordance with the rulings of international law, in 1915 it was voluntarily offered by the Swiss Government, and was accepted by the belligerent States in accordance with the terms of a Convention to which Switzerland, France, England and Germany had given their adherence. There was also a further and important difference, viz., whereas in 1871 the Swiss Government was called upon to exercise over an armed body of fit men, in 1916 they were given the guardianship of Ps. of W., composed exclusively of the sick and wounded.«²⁵¹

Zudem war man sich bis zum Ende der Internierung nicht ganz einig, welcher Gerichtsbarkeit man die Internierten unterwerfen musste. Disziplinarisch unterstanden sie der Militärgerichtsbarkeit, in steuerrechtlicher Hinsicht konnte man jedoch nicht vollständig festlegen, wie ihre Arbeitsleistung versteuert werden musste. Aber auch im Bereich des Zivilrechts, wie bei einer Ehe eines Internierten mit einer Schweizerin, mussten die betreffenden Regelungen erst geschaffen werden.²⁵²

247 Speed: *Prisoners, Diplomats and the Great War*, S. 34.

248 Deicher: *Die Internierung der Bourbaki-Armee 1871*.

249 Carrard: *A propos des internés militaires en Suisse. Une question de droit international public*, S. 547.

250 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés. Troisième Rapport*, S. 223ff.

251 Picot: *The British interned in Switzerland*, S. 83f.

252 *NZZ* 139, Nr. 619 vom 11. Mai 1918.

5. Die Schweiz, der Vatikan und die Internierung

In der Schweiz gab es seit 1873 keine Nuntiatur mehr. Durch die Zerwürfnisse im Zusammenhang mit dem Kulturkampf in der Schweiz und der Abreise des damaligen Nuntius Agnozzi wurde die päpstliche Vertretung aufgehoben.²⁵³ Doch schon ab 1878 bemühte man sich in der Schweiz wieder um eine Annäherung an den Vatikan. Dies wurde durch das Ausscheiden Beteiligter des Kulturkampfes aus politischen Ämtern und ein Erstarren der katholisch-konservativen Opposition möglich. Doch der Bundesrat wollte keine regelmäßigen Beziehungen zum Vatikan mehr aufnehmen und wies alle Gesuche und Anregungen zurück.²⁵⁴ Alle Fragen wurden durch Gelegenheitsmissionen erledigt; kleinere laufende Geschäfte wurden durch die schweizerische Gesandtschaft in Rom erledigt, dabei handelte es sich meist um Notifikationen und Glückwünsche anlässlich der Regierungswechsel.²⁵⁵ Die Nachrichten vom Vatikan in die Schweiz wurden über die Nuntiatur in München vermittelt. Als dann die Botschaften des Deutschen Reiches und Österreich-Ungarns beim Vatikan mit dem Kriegseintritt Italiens aus Rom abgezogen werden mussten, ließen diese sich in Lugano in der Schweiz nieder.²⁵⁶

Der Tessiner und Katholik Motta und Bundesrat Hoffmann hatten jedoch die Absicht, eine eigene päpstliche Vertretung in der Schweiz wieder aufleben zu lassen.²⁵⁷ Dies teilte Motta in einem Gespräch dem deutschen Gesandten beim Vatikan, von Mühlberg, mit. Dabei dachte man zunächst an eine inoffizielle Vertretung durch einen Laien.²⁵⁸ Durch Vermittlung von Peri Morossini, dem Apostolischen Administrator des Tessins, wurde diese Absicht auch Benedikt XV. zur Kenntnis gebracht und dieser entsandte einen Vertreter in offiziöser Mission in die Schweiz.²⁵⁹ Die Verhandlungen der Schweiz mit dem Vatikan waren allerdings unter strenger Geheimhaltung erfolgt. Nicht einmal der schweizerische Gesandte für Italien in Rom wurde informiert.²⁶⁰ Im Juli wurde dann Monsignore Francesco Marchetti-Selvaggiani, der in der Nuntiatur in München beschäftigt war, als offizieller Vertreter des Heiligen Stuhls nach Bern abgesandt.²⁶¹

253 Kistler: Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz (1920), S. 16f.; Candrian: Quelques réflexions sur les Relations diplomatiques de la Suisse avec le Saint-Siège, S. 1065f.

254 Kistler: Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz (1920), S. 19.

255 Kistler: Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz (1920), S. 91.

256 Ebd.; Pollard: The Unknown Pope. Benedict XV (1914-1922) and the Pursuit of Peace, S. 98f., S. 114.

257 Kistler: Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz (1920), S. 94.

258 Ebd., S. 92.

259 Kistler: Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz, S. 93ff.

260 Ebd., S. 100.

261 Ebd., S. 100; Vanneufville: Initiatives et interventions charitables du St. Siège pendant la guerre, S. 813.

In den schweizerischen, italienischen und holländischen Zeitungen wurde seine Mission als päpstlicher Vermittler für die Kriegsgefangenen angekündigt, allerdings immer mit dem Zusatz »*Mission extraordinaire*«. ²⁶² Die *Wiener Reichspost* bezeichnete seine Ankunft in der Schweiz als offizielle und provisorische Repräsentanz des Heiligen Stuhls in der Schweiz. ²⁶³ Marchetti-Selvaggiani kam am 5. Juli in Bern an, mit einem Brief des Kardinals Gasparri an Bundesrat Hoffmann, in welchem er die geplante »*ospitalizzazione dei prigionieri di guerra nella Novile Nazione Svizzera*« ansprach und Marchetti-Selvaggiani als »*Rappresentante uffizioso*« vorstellte. Auf diesen Brief gab es keine Antwort von Schweizer Seite, da man sich über den offiziösen Charakter der Mission von Marchetti-Selvaggiani bewusst war. ²⁶⁴

Marchetti-Selvaggiani zog sich dann zunächst für mehrere Wochen nach Fribourg zu den *Prêtres de l'Oratoire* zurück, wo er sich mit Motta und Hoffmann traf. ²⁶⁵ Im September 1915 war er allerdings wieder in Bern. ²⁶⁶ Marchetti-Selvaggiano arbeitete auch mit von Mühlberg zusammen. Beide hielten einen dauerhaften Kontakt mit der deutschen und der französischen Gesandtschaft aufrecht. ²⁶⁷

Etwa zeitgleich mit den Gesprächen zwischen dem Vatikan und der Schweiz schlug John Duncan Gregory, der erste Sekretär der britischen Mission beim Heiligen Stuhl, eine »Allianz« der neutralen Staaten vor, deren Führung der Papst übernehmen könnte. Hier wurde die Schweiz mit einbezogen. ²⁶⁸

Fabrizio Panzera machte in seinen Ausführungen sehr deutlich, dass es bei den Verhandlungen zwischen Marchetti-Selvaggiani und Motta auch um die Frage einer päpstlichen Repräsentanz in der Schweiz ging. Hoffmann selbst sprach im Oktober 1915 davon, dass der Vatikan die offiziöse Mission gerne in eine offizielle Vertretung oder zumindest in eine offizielle Mission umwandeln wolle. ²⁶⁹ Auch die Berichte des schweizerischen Gesandten Planta an Bundesrat Hoffmann vom Oktober 1915 zeigen eindeutig die Richtung auf, in welche man die Verhandlungen führte.

262 BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11: Politischer Bericht Nr. 70 des Schweizerischen Gesandten in Italien Planta vom 14. Juli 1915.

263 Panzera: *Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra*, S. 330.

264 BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11: Brief von Kardinal Gasparri an Bundesrat Hoffmann vom 1. Juli 1915; ebd.: Brief von Bundesrat Hoffmann vom 19. Oktober 1915; ebd.: Bericht *Mission du Vatican en Suisse* vom 16. April 1918; Kistler: *Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz* (1920), S. 101.

265 BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11: Brief von Marchetti an das Politische Departement vom 15. Juli 1915.

266 BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11: *Extrait du Procès-verbal de la séance du conseil fédéral Suisse*, 17. September 1915.

267 Becker: *Oubliés de la Grande Guerre*, S. 206.

268 Panzera: *Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra*, S. 330.

269 BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11: Brief von Bundesrat Hoffmann vom 19. Oktober 1915; Kistler: *Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz* (1929), S. 103.

Doch durch den Kriegseintritt Italiens veränderte sich die politische Situation des Vatikans. War man während der ersten Monate des Krieges noch bei einer neutralen Nation zu Gast, fand man sich nun von einem Kriegsteilnehmer eingekreist.²⁷⁰ Daher fragte Planta beim italienischen Außenminister Baron Sidney Sonnino (1847-1922) an, ob es von italienischer Seite Bedenken gebe gegen eine Interimsnuntiatur in der Schweiz.²⁷¹

Planta übermittelte später an Hoffmann:

»[...] dass die italienische Regierung fest entschlossen sei, die Unabhängigkeit und Freiheit des Papstes in seinem Verkehr mit auswärtigen Staaten zu respektieren und dass sie auf diesem Boden absolut nichts einzuwenden habe und natürlich auch nicht einwenden werde, wenn es dem Papst gefalle, einen Nuntius dauernd oder vorübergehend bei der Schweizer Regierung zu akkreditieren[...].«²⁷²

Allerdings äußerte Planta auch Bedenken gegenüber Marchetti, den man als deutschfreundlich empfand, und wies auf die Probleme hin, die die Errichtung einer holländischen Spezialmission beim Vatikan auf die Presse der Entente ausgeübt hatte. In der Folge wurde die Errichtung der Interimsnuntiatur zunächst verschoben.²⁷³ Marchetti-Selvaggiani wurde 1918 in eine Interimsnuntiatur nach Venezuela entsandt und vom Vatikan durch Monsignore Luigi Maglione aus Neapel ersetzt.²⁷⁴ Auch Maglione wurde durch einen Brief von Kardinal Gasparri vom 28. Februar 1918 vorgestellt.²⁷⁵ Maglione wurde als »*délegué du St. Siège pour l'hospitalisation des prisonniers*« bezeichnet.²⁷⁶ Beide Delegierten sind jedoch von der Schweiz offiziell nie anerkannt worden, sie hatten die Aufgabe, »die infolge des Krieges gestörte Verbindung zwischen dem deutschen und dem österreichisch-ungarischen Episkopat und dem Heiligen Stuhl zu unterhalten«. ²⁷⁷ Erst 1920, nach Klärung der rechtlichen Stellung des Nuntius im Vergleich mit anderen Ländern, entschied der Bundesrat darüber, dass die offiziöse Mission des Vatikans in der Schweiz in eine offizielle Vertretung umgewandelt werden sollte.²⁷⁸

270 Pollard: *The Unknown Pope*, S. 95; Kistler: *Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz (1929)*, S. 91.

271 Hirschfeld/Krumeich/Renz: *Enzyklopädie Erster Weltkrieg*, S. 855f.

272 BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11: Brief des Schweizerischen Gesandten in Italien Planta an Bundesrat Hoffmann vom 29. Oktober 1915.

273 Ebd.: Brief von Planta an Bundesrat Hoffmann vom 8. November 1915.

274 Kistler: *Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz (1929)*, S. 110.

275 BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11: Brief von Kardinal Gasparri an den Bundespräsidenten der Schweiz vom 28. Februar 1918; ebd.: Bericht *Mission du Vatican en Suisse* vom 16. April 1918.

276 Ebd.: Brief an das Departement für Polizei und Justiz vom 9. April 1918.

277 Ebd.: Bundesratsbeschluss vom 18. Juni 1920 betr. die Wiederaufnahme der diplomatischen Beziehungen zum Heiligen Stuhl; Kistler: *Die Wiedererrichtung der Nuntiatur in der Schweiz (1929)*, S. 115.

278 BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11: Bundesratsbeschluss vom 18. Juni 1920 betr. die Wiederaufnahme der diplomatischen Beziehungen zum Heiligen Stuhl; zudem ebd.: Bundesratsbeschluss vom 17. August 1920 betr. Errichtung einer Nuntiatur in

Der Vatikan übertrug die Stelle des Nuntius in der Schweiz dem bisherigen Gesandten Maglione.²⁷⁹ Am 8. November 1920 wurde Maglione vom Bundesrat offiziell empfangen.²⁸⁰

6. Erfolgreiche Vermittlung des Vatikans und der Beginn der Internierung

Am 24. August 1915 erklärte der Kaiser in einer offiziellen Depesche, dass er persönlich das vom Papst vorgeschlagene Prinzip der Internierung akzeptiere. Im Oktober erklärte dann auch die deutsche Regierung, dass sie mit der Internierung einverstanden sei. Nicht einig war man sich jedoch bezüglich der Kategorien und der Internierung zu gleicher Zahl.²⁸¹

Man wollte von Schweizer Seite auch eine Klärung erreichen, welche Krankheiten zur Internierung berechtigten und welche bereits von den Abkommen über den Verwundeten austausch abgedeckt wurden. Frankreich wollte dabei lieber Kategorien festlegen,²⁸² wohingegen Deutschland sich mehr auf die Zahl konzentrieren wollte, welche der Papst in seinem ersten Projekt genannt hatte. Dies bedeutete 10.000 deutsche Kriegsgefangene und dieselbe Anzahl französischer Kriegsgefangener.²⁸³

Im November wurden erneut Fürsprecher aktiv. Papst Benedikt XV. schrieb an den deutschen Kaiser, dass er sich persönlich darum bemühen werde, die Differenzen zu überwinden.²⁸⁴ Zudem unterbreitete Monsignore Marchetti-Selvaggiani die Idee der neutralen medizinischen Kommissionen, welche in die Gefangenenlager gehen würden, um die zu Internierenden zu mustern. Marchetti-Selvaggiani war besonders darum bemüht, Deutschland zu überzeugen, dieses System zu übernehmen.²⁸⁵ Am 21. November 1915 machte ein schweizerischer Sanitätsoberst dem Politischen Departement den Vorschlag, dass man das Prinzip der Kategorien beibehalten sollte, denn es war festzustellen, dass man Heilungserfolge bei den Lungenkranken und Tuberkulösen hatte. Frankreich und Deutschland sollten Unterkunft, Verpflegung, Behandlung und die Medikamente für ihre Internierten bezahlen und sich zudem verpflichten, entflozene Internierte zurückzubringen.

Bern; ebd.: *Questions de la Préséance et du Decanat de Nonce*; die Korrespondenz der Schweizer Gesandtschaften mit Berichten aus Länder mit einer Nuntiatur befindet sich ebenfalls unter BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11.

279 Ebd.: Beglaubigungsschreiben für Monsignore Maglione durch Papst Benedikt XV. vom 10. Oktober 1920 adressiert an Bundespräsident Joseph Motta; ebd.: Brief des Politischen Departements an Kardinal Gasparri vom August 1920; ebd.: Brief von Kardinal Gasparri an Bundespräsident Motta vom 31. Oktober 1920.

280 Ebd.

281 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 6.

282 Ebd.: Brief des französischen Botschafters Beau an Bundesrat Hoffmann vom 5. April 1915.

283 Ebd.: Brief von Carlo Santucci an Bundespräsident Motta vom 1. Mai 1915; ebd.: Brief der Schweizerischen Gesandtschaft in Frankreich an das Politische Departement vom 28. August 1915.

284 Scottà: *Papa Benedetto XV. La Chiesa, la Grande Guerra, la Pace (1914-1922)*, S. 105.

285 Almanach des Internés Français 1918, S. 102; Picot: *The British interned in Switzerland*, S. 29f.

Die Bewachung sollte von den Sanitätsmannschaften und kantonalen Ordnungsbehörden übernommen werden. Es sollte zwei Kategorien von Internierten geben, zum einen Offiziere und zum anderen Unteroffiziere und Soldaten. Der gesamte Internierungsdienst sollte der Oberaufsicht durch das Politische Departement unterstellt werden.

Die Leitung des Internierungsprojektes sollte dem Armeearzt übertragen werden sowie dem Sanitätsdienst der Schweizer Armee. Das Armeekommando beteiligte sich nur insoweit an der Internierung, als dass es die Regionen vorgab, in welchen man keine Internierten unterbringen durfte.²⁸⁶

Im Dezember konnte man zwischen Deutschland, Frankreich und der Schweiz Einigkeit über die Kategorien und die neutralen Austauschkommissionen erreichen. Die vatikanische Nachrichtenagentur *La Corrispondenza* meldete:

»Der päpstliche Vorschlag, eine limitierte Zahl kranker und verwundeter Kriegsgefangener verschiedener Nationen in der Schweiz unterzubringen, habe gute Aussicht, in nächster Zeit verwirklicht zu werden.«²⁸⁷

Am 4. Januar 1916 schrieb der Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement, dass es nun möglich sei, fast 2000 Internierte in Davos, Montana und Leysin aufzunehmen.²⁸⁸

Das Politische Departement schlug im Januar 1916 vor, dass man zunächst versuchsweise 1000 Deutsche und 1000 Franzosen interniere. Dies sollten in erster Linie Tuberkulosekranke sein, aber wenn die vorgegebene Zahl nicht erreicht werde, könnten auch andere Leidende aufgenommen werden. Dieser Vorschlag ging auf die kriegführenden Staaten zurück und man machte am 26. Januar 1916 den ersten Versuch einer Internierung mit 100 deutschen und 100 französischen tuberkulosekranken Soldaten.²⁸⁹ Die ankommenden französischen Internierten wurden zunächst in Konstanz von Oberst Bohny in Empfang genommen. In der Schweiz stieg der französische Botschafter Beau mit in den Zug und begleitete die Internierten bis nach Aigle, wo sie von einer Menschenmenge erwartet wurden.²⁹⁰

286 BAR E 27 13950: Protokoll über die Konferenz vom 1. August 1916 betreffend das Verhältnis des Internierungsdienstes zur Armee; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 7; BAR E 27 13981: Internierung von Kriegsgefangenen Kranken und Verwundeten in der Schweiz von Armeearzt Oberst Hauser vom 21. November 1915.

287 NZZ 136, Nr. 1639 vom 3. Dezember 1915.

288 BAR E 27 13981: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 4. Januar 1916.

289 Ebd.: Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Schweizerischen Bundesrates vom 15. Januar 1916; NZZ 137, Nr. 111 vom 22. Januar 1916; Nr. 103 vom 21. Januar 1916.

290 NZZ 137, Nr. 134 vom 26. Januar 1916; Nr. 136 vom 27. Januar 1916.

Die ankommenden deutschen Internierten wurden in Genf vom deutschen Generalkonsul in Empfang genommen und fuhren weiter nach Landquart und Davos, wo sie ebenfalls von einer Menschenmenge, darunter den Angehörigen der deutschen Kolonie, begrüßt wurden.²⁹¹

Die Ankunft der deutschen Soldaten in Davos wurde von der *Neuen Zürcher Zeitung* kommentiert:

»Wie manches denkt man sich schwierig und ungewöhnlich, das sich zum Schluss simpel und selbstverständlich abwickelt! [...] Es war merkwürdig still, als am vergangenen Mittwoch der Extrazug der Rhätischen Bahn mit dem ersten Kriegertransport in Davos einfuhr. [...] Schon ein paar Tage sind die Feldgrauen bei uns, und alles geht famos.«²⁹²

Am 12. Januar 1916 beantragte Oberst Hauser beim Generalstab der Armee die Schaffung einer besonderen Stelle für die Kontrolle der Internierten und zur Korrespondenz. Ebenso schlug er vor, dass Sanitätsoffiziere für die Regionen eingeteilt werden, die zur Meldung an die Zentralstelle verpflichtet würden. Der Sanitätsoffizier sollte für jeweils 60 Patienten einen Arzt bestimmen, wenn möglich unter den ortsansässigen Ärzten. Im Falle eines Ärztemangels würden Armeeärzte die Behandlung übernehmen.²⁹³ Am 25. Januar 1916 wurde die Verordnung *Organisations de l'internement des malades et blessés prisonniers de guerre en Suisse* herausgegeben. Hier wurde festgeschrieben, dass der Armeearzt und der Sanitätsdienst der Schweizer Armee verantwortlich für die Internierung waren.²⁹⁴ Der Armeearzt stand an der Spitze einer hierarchischen Gliederung und war dem Politischen Departement gegenüber direkt verantwortlich. Zudem sollte eine zentrale Kontrolle durch den Sanitätsdienst eingerichtet werden.²⁹⁵ In einem Befehl vom 8. Februar 1916 wurde das konkrete Vorgehen präzisiert. Der Armeearzt verlangte nun eine Meldung über »sämtliche Fälle, bei denen spezialistische Behandlung nötig ist«.²⁹⁶ Am 8. Februar 1916 erklärte Belgien, dass es sich den Absprachen zwischen Deutschland, Frankreich und der Schweiz zu den gleichen Bedingungen anschließen werde.²⁹⁷ Dem stimmte Deutschland bereits wenig später zu.²⁹⁸

291 NZZ 137, Nr. 135 vom 26. Januar 1916; Nr. 136 vom 27. Januar 1916.

292 NZZ 137, Nr. 165 vom 1. Februar 1916, *Die Feldgrauen in Davos*.

293 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1916. Premier Rapport, S. 8, S. 190.

294 Abteilung für Gefangenenfragen der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft in Bern (Hrsg.): *Die deutsche Kriegsgäste der Schweiz*. Ein Gedenkblatt an die Hospitalisierung deutscher Kriegs- und Zivilgefangener, S. 7; aber auch: Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1916. Premier Rapport, S. 8.

295 Ebd.

296 Ebd., S. 197f.

297 BAR E 27 13982: Brief der französischen Botschaft an Bundesrat Hoffmann vom 8. Februar 1916.

298 Ebd.: Brief der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft B. 3088 an den Bundesrat vom 3. März 1916.

Am 17. März 1916 stellte auch Großbritannien eine Anfrage an die Schweiz, ob es möglich wäre, englische Kriegsgefangene in der Schweiz unterzubringen.²⁹⁹ Auch hier stimmte Deutschland zu.³⁰⁰ Anders als bei den Abkommen zwischen Frankreich und Deutschland schloss man hier jedoch kranke und verletzte Zivilgefangene aus.³⁰¹

Am 14. Februar 1916 wurden schließlich die ersten 883 Franzosen, darunter 104 Offiziere, in den Regionen Montana, Montreux, Leysin und dem Berner Oberland interniert. Im Gegenzug wurden 364 deutsche Soldaten, darunter 7 Offiziere, in der Region um den Vierwaldstättersee und in Davos interniert.³⁰²

Die Internierung konnte nun anlaufen. Man war sich im Prinzip der Internierung einig, es mussten jedoch weiterhin noch zwei wichtige Punkte geklärt werden. Zunächst musste die Liste der zur Internierung zugelassenen Krankheiten überarbeitet und festgelegt werden. Die erste Liste vom Januar 1916 hatte 12 Kategorien, die vom 16. Februar 1916 wurde erweitert auf 20 Kategorien. Diese Liste wurde nun auf internationalen Konferenzen im Juni und Juli 1916 in Bern auf 18 Kategorien reduziert. Die Liste wurde im September veröffentlicht und dann auch den Nachlesekommissionen mit auf den Weg gegeben. Keine Berücksichtigung fanden in dieser Liste nervöse Verletzungen und Störungen, welche eine Spezialbehandlung notwendig machen würden, denn diese Soldaten wurden schon von den Abmachungen über die Repatriierung erfasst. Ebenso nicht zur Internierung zugelassen wurden Kriegsgefangene die an chronischem Alkoholismus litten oder an ansteckenden Krankheiten »*dans la période de leur transmissibilité*«.³⁰³

Klärung bedurfte ebenfalls die Frage nach der Organisation der Nachlesekommissionen (*Commissions itinérantes*). Diese wurden aus Schweizer Ärzten zusammengestellt, welche nach Deutschland und Frankreich reisen sollten, um die für eine Internierung in Frage kommenden Soldaten auszuwählen, denn das bisherige Verfahren, nach welchem die Soldaten von den Kommandanten der Lager ausgewählt wurden, war unzulässig. Der Bundesrat veröffentlichte eine Order, in welcher angekündigt wurde, dass sich schweizerische Sanitätskommissionen auf den Weg in die Kriegsgefangenenlager in Frankreich und Deutschland machen. Deren Arbeitsgrundlage war die Liste der Krankheiten vom 16. Februar 1916.

299 BAR E 27 13983: Brief von Duff an Bundesrat Hoffmann vom 17. März 1916.

300 Ebd.: Brief der britischen Gesandtschaft an Bundesrat Hoffmann vom 3. Mai 1916.

301 Ebd.: Brief der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft G. 5934 I. an das Politische Departement vom 22. Dezember 1916.

302 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 8, S. 206ff.

303 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 9. Abdruck der Listen: ebd., S. 189f., S. 208f.

Am selben Tag wurde eine *Instruction aux commissions sanitaires suisses pour le choix á faire dans les camps de prisonniers de guerre de France et d'Allemagne* herausgegeben. In dieser wurde festgelegt, dass sich zunächst jeweils zehn Kommissionen auf den Weg nach Frankreich und zehn weitere nach Deutschland aufmachen sollten. Fünf Kommissionen waren als zusätzliche Reserve aufzustellen.

Die Soldzahlung der Kommissionsmitglieder sollte dabei von der Schweiz übernommen werden, die Reise und Unterkunft sollten von Frankreich oder Deutschland unterstützt werden. Des Weiteren wurde festgelegt, dass spätestens fünf Tage vor ihrer Ankunft in den Gefangenenlagern die Gefangenen beim Appell oder mit Anschlägen auf das Kommen der Kommission aufmerksam gemacht werden mussten. Diejenigen Soldaten, die für eine Internierung in Frage kamen, sollten auf einer Liste vom schweizerischen Armeearzt zusammengeschrieben werden, nachdem dieser sich darüber mit den Kriegsministern der beiden Staaten abgestimmt hatte. Diese Liste wurde von den Nachlesekommissionen bei ihren Inspektionen mitgeführt.

Nach ihrer Ankunft in den Lagern meldeten sich die Schweizer Kommissionen beim Lagerkommandanten an und führten ihre Untersuchungen zusammen mit dem zuständigen Lagerarzt durch. Zu den Untersuchungen durften sich zusätzlich auch Soldaten anmelden, welche nicht auf der Liste standen, aber in der Schweiz behandelt werden wollten. Im Anschluss an die Untersuchung wurde das Ergebnis in die offizielle Liste eingetragen. Die fertig ausgefüllten Listen wurden nach Ablauf der Inspektionsreise der Kommissionen dem schweizerischen Armeearzt geschickt. Das Ende der Arbeit war sofort telegrafisch dem französischen oder deutschen Kriegsminister zu melden.

Alle diejenigen Männer, die zu einer Internierung von den Nachlesekommissionen zugelassen wurden, begaben sich nach Lyon beziehungsweise Konstanz, wo eine Kontrollkommission die letzte Entscheidung über die Internierung und den Ort der Internierung traf. Ein wichtiger Punkt war auch, dass kein Gefangener dafür bestraft werden durfte, dass er sich bei einer Kommission zur Untersuchung angemeldet hatte, auch nicht wenn das Ergebnis negativ ausfiel.³⁰⁴

304 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 211f.; BAR E 27 13968: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 17. Februar 1916. In der Anlage befinden sich die Instruktionen für die Schweizerischen Sanitätskommissionen.

Ebenfalls am 24. Februar 1916 wurden die Grundzüge der Internierung dem Generalstab der Armee mitgeteilt. Hier wurden noch einmal die wesentlichen Punkte fixiert und bekräftigt. Neben den bereits oben erwähnten Kompetenzen und Aufgaben finden sich hier nun konkrete Zuweisungen, wer welche Funktion übernehmen sollte und wie der Ablauf der Internierung zu erfolgen hatte.

Der Transport der Gefangenen unterstand dem Kommando von Oberst Dr. Bohny, dem Chefarzt des *Schweizer Roten Kreuzes*. Die Unterkunft, Pflege und Behandlung der Internierten sollten in Hotels, Pensionen, Sanatorien und den weiteren von den Sanitätsoffizieren ausgewählten Orten erfolgen.³⁰⁵

Den Internierten wurde von ihrem Heimatland ein Sold bezahlt, ebenso die Effekten, wie Wintermäntel und Kleidung. Tuberkulosekranken wurden zudem wollene Decken gestellt. Zu den wesentlichen Punkten zählte auch, dass es den Internierten gestattet war, mit ihren Familien zu korrespondieren. Zudem durften die Familien die Internierten in der Schweiz besuchen. Diese Besuchsrechte wurden erst 1918 auf die engsten Angehörigen beschränkt, da man in der Schweiz nicht genügend Lebensmittel hatte.³⁰⁶ Jeder Internierte erhielt bei der Ankunft an seinem Internierungsort eine Postkarte, mit welcher er seiner Familie den Aufenthaltsort und seinen Gesundheitszustand mitteilen konnte.³⁰⁷ Zudem musste jeder Internierte bei seiner Ankunft in der Schweiz eine Karte in vier Ausfertigungen ausfüllen. Ein Exemplar wurde an den Armeearzt, eines an den dirigierenden Sanitätsoffizier, eines an die Gesandtschaft des Heimatstaates und eines an die Feldpostdirektion geschickt. Diese Karte verlangte genaue Angaben von den Soldaten zu Name, Geburtsdatum, Wohnort im Heimatland, Familienstand, Dienstgrad, Regiment/Ersatztruppenteil, Kampfplätzen, Gefechten, Truppenteil und Ort der Gefangennahme, Gefangenenlazarett/Gefangenenlager, über die Gefangenschaft im Feindesland, die bisherige Besoldung und zuletzt über die Verletzung oder Krankheit. Die Karten hatten nach Nationalität unterschiedliche Farben; die für deutsche Internierte war grau, die für belgische Internierte braun, die für französische Internierte rot, die für englische Internierte blau, die für österreichische Internierte gelb.³⁰⁸

305 BAR E 27 13953: Armeestab Pressebüro Mitteilung: Hospitalisierung von Kranken und verwundeten Kriegsgefangenen in der Schweiz vom Juni 1916.

306 NZZ 139, Nr. 223 vom 14. Februar 1918.

307 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1916. Premier Rapport, S. 10f.

308 BAR E 27 13957: Brief Nr. 3534 von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 24. Mai 1916. In der Anlage befinden sich unausgefüllte Originale der Karten; *Journal des Internés Français*, No. 5 vom 23. November 1916, S. 78.

Am 25. Februar 1916 schrieb der Armeearzt an die dirigierenden Sanitätsoffiziere der Kriegsgefangenen-Internierung in der Schweiz. Die Mitteilung spricht konkret von Soldaten, welche eine Arm- oder Beinprothese benötigen oder einer chirurgischen Behandlung bedürfen. Ferner wurde festgelegt, wer die Aufgabe der wohlthätigen Unterstützung für die Internierten übernahm. Dies wurde von der *Zentralstelle für Soldatenfürsorge »Pro Captivitis«*, dem *Verband Soldatenwohl*, der *Commission romande des prisonniers malades*, dem *Christlichen Verein Junger Männer*, der *Kriegsgefangenenfürsorge* und *Bücherzentrale für deutsche Kriegsgefangene*, der *Kriegsgefangenenfürsorge für französische Kriegsgefangene* und den für die Kriegsgefangenen zuständigen Pfarrern und Rabbinern übernommen. Aber der Armeearzt stellte bereits zu diesem Zeitpunkt Mängel fest. So rügt er unter Punkt 9 die mangelhafte Meldung der Krankenzahlen an das zentrale Bureau.³⁰⁹

Am 21. April 1916 gab der Armeearzt eine erneute Anweisung, *Instruction sur la marche générale de l'internement en Suisse des malades et blessés prisonniers de guerre*, heraus. In dieser ausführlichen Aufstellung wurden zunächst die 15 Regionen mit den verantwortlichen Sanitätsoffizieren und der Zahl der aufzunehmenden Soldaten benannt. Als Sanitätsinspektoren wurden Oberst de Montmollin für die französischen Internierten, Oberstleutnant Aepli für die deutschen Internierten und Hauptmann Schwyzer für die englischen Internierten bestimmt.³¹⁰

309 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport*, S. 198f. 310 Ebd., S. 218.

Der weitere Verlauf der Internierung

Nachdem die Internierung angelaufen war, kamen bis Ende Juni 1916 13.417, bis Ende Oktober 1916 bereits 18.563 Internierte in der Schweiz an.³¹¹ Ende Januar 1917 befanden sich 28.042 Internierte in der Schweiz. Armeearzt Oberst Hauser sah die Möglichkeit, »mit Leichtigkeit« noch etwa 20.000 weitere Internierte unterzubringen, jedoch war nicht geregelt, nach welcher Maßgabe man die Geheilten repatriieren konnte, damit Platz für die Hospitalisation neuer Gefangener gemacht werden konnte.³¹²

Armeearzt Hauser schrieb an Bundesrat Hoffmann, nach einer Unterhaltung mit dem deutschen General Friedrich und dem französischen Minister Manneville vom 2. und 3. März 1917, dass die Internierung in gewissem Maße an einem »toten Punkt« angekommen sei. Hauser wies darauf hin, dass man die Kategorien für die Internierung verändern müsse. Denn je länger der Krieg dauere, desto mehr müsse die Internierung erweitert werden, denn es gab täglich neue Gefangene und auch die Gesundheit der bisherigen verschlechterte sich von Tag zu Tag.³¹³

Der Armeearzt zählte eine Reihe von Maßnahmen auf, um dieses Ziel zu erreichen. Das Ziel war, einen Teil der Internierten zu repatriieren und dafür neue Gefangene zu internieren. So wollte man die größtmögliche Zahl von Kriegsgefangenen durch die Schweiz führen. Dieses Prinzip nannte Hauser die »*Suisse Passage*«.³¹⁴

Hauser schlug eine Komplementärinternierung zur letzten Internierungswelle, die von Dezember 1916 bis Januar 1917 stattfand, vor. Für die zusätzliche Internierung waren alle die Fälle zu untersuchen, bei welchen eine Reklamation eingegangen war, sowie alle zweifelhaften Fälle, die sich unter Beobachtung oder nach ihrer Ablehnung durch die Kontrollkommission in den »*Camps d'inaptes*« befanden. Zudem auch noch die Personen, welche dem Armeearzt gesondert als zur Internierung geeignet gemeldet wurden.³¹⁵

311 BAR E 27 14034: Presserklärung von Armeearzt Oberst Hauser *Hospitalisation des internés malades et blessés en Suisse* vom Juni 1916; BAR E 27 14032: *Präsenzzahl der am 21. Oktober 1916 in der Schweiz sich befindenden kriegsgefangenen Internierten*.

312 BAR E 27 13966: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 29. Dezember 1916; Zusammenstellung der Zahlen bei Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917*. Second Rapport, S. 37. Sowie: BAR E 27 14022: Bericht von Armeearzt Oberst Hauser an den Generalstabschef vom 1. Februar 1917.

313 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917*. Second Rapport, S. 3. BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an Bundesrat Hofmann vom 6. März 1917.

314 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917*. Second Rapport, S. 3.

315 BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an Bundesrat Hofmann vom 6. März 1917.

Die Gefangenen, welche in den Genuss dieser zusätzlichen Internierung kommen sollten, wurden nicht mehr von einer Nachlesekommission untersucht, aber sie sollten in bestimmten Lagern zusammengefasst werden, wo eine Kontrollkommission eingerichtet wurde. In den zweifelhaften Fällen sollte die Stimme eines erfahrenen Schweizer Arztes – mit höherem Dienstgrad – den Ausschlag geben. Die Zahl dieser Internierten sollte dabei keine Rolle spielen, die Entscheidung sollte nur anhand der Kategorien getroffen werden.³¹⁶

Der durch eine Vermittlung des Vatikans über den Vertreter in Bern Monsignore Marchetti-Selvagiani und Monsignore Tiberghien in die Wege geleiteten probeweisen Internierung von 100 Familienvätern, welche mehr als 18 Monate in Gefangenschaft verbracht hatten und Väter von drei oder mehr Kinder waren, sollte zugestimmt werden.³¹⁷ Hauser empfahl dabei eine Quote von 10% bei den Offizieren. Die strengen Vorgaben bezüglich der Zahlen für die Repatriierung sollten schrittweise herabgesetzt werden, bis man die maximale Kapazität der Schweiz erreicht hatte.³¹⁸

Des Weiteren empfahl Hauser die Repatriierung von Tuberkulosekranken, die klinisch geheilt waren, von Internierten, denen eine Hand oder ein Fuß amputiert worden war oder denen die Nutzung eines Gliedes dauerhaft unmöglich war; ferner von Internierten mit einem dauerhaften schweren Nerven- oder Organleiden. Diese Kategorien wären seiner Ansicht nach ohne weiteres noch erweiterbar.

Als vierten Punkt sprach Hauser die Internierung von Offizieren und Unteroffizieren an, die 18 Monate oder länger in Gefangenschaft waren und eine Stacheldrahtpsychose (französisch »*Psychose du fil de fer*« oder »*psychasthénie des prisonniers de guerre*«) entwickelt hatten. In diese Kategorie fielen nach Hauser besonders die Intellektuellen, die Familienväter und die sehr jungen Soldaten.

316 BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an Bundesrat Hofmann vom 6. März 1917; BAR E 27 14034: *Mitgeteilt an die Presse* vom 18. Juli 1917.

317 NZZ 138, Nr. 702 vom 3. Februar 1917; BAR E 27 13969: Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Schweizerischen Bundesrates vom 1. September 1916; ebd.: Telegramm an das Politische Departement vom 27. Dezember 1916; ebd.: Note der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft G. 5977 I. vom 26. Dezember 1916 an das Politische Departement; *Conseil Fédéral. Procès-verbal de la séance du 1er septembre 1916*, in: *Diplomatische Dokumente der Schweiz*, Bd. 6, S. 396-398.

318 BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an Bundesrat Hofmann vom 6. März 1917; ebd.: Ergebnis der Besprechungen zwischen Generalmajor Friedrich, Major Pabst von Ohain und dem schweizerischen Armeearzt Oberst Hauser in Bern am 2. und 3. März 1917.

Da man jedoch nicht unbegrenzt Soldaten aufnehmen konnte, sollte sich die Priorität einer Internierung hier an der Dauer der Gefangenschaft festmachen.³¹⁹ Für die gewöhnlichen Soldaten bis zum Grad eines Wachtmeisters, welche 18 Monate oder länger in Gefangenschaft, Väter von drei oder mehr Kindern waren und die eine Stacheldrahtpsychose hatten, empfahl er einen direkten Austausch von Land zu Land. Gerechnet werden sollte dabei Mann für Mann.³²⁰

Schließlich empfahl der Armeearzt eine Ausweitung der Kategorien, die für den Austausch der Schwerverletzten und Schwerkranken vorgegeben waren. Zudem bestand Hauser bei all seinen Überlegungen darauf, dass sich die kriegführenden Staaten verpflichteten, die Repatriierten weder im Feld noch in der Etappe einzusetzen.³²¹

Um diese Ziele durchzusetzen, schlug Hauser eine Konferenz der Militärärzte der beteiligten Staaten vor. Dabei wies er auch auf die Notwendigkeit einer internationalen Konferenz hin, auf welcher diese Fragen vertieft und intensiver diskutiert werden sollten.³²²

Nach einem Treffen mit Generalmajor Friedrich in Frankfurt am 18. März 1917 erweiterte der Armeearzt in einem Brief an das Politische Departement seine Vorschläge erneut. Der direkte Austausch sollte nun auch Offiziere und Unteroffiziere oberhalb des Rangs eines Wachtmeisters umfassen, welche Mann für Mann ausgetauscht werden. Er schlug eine Proportion von 10% Offizieren und 20% Unteroffizieren unter den Auszutauschenden vor. Dabei sollte innerhalb der Unteroffiziere nicht mehr nach Rang unterschieden werden, im Gegensatz zu den Offizieren. Hier sollte eine Unterscheidung getroffen werden zwischen Generaloffizieren, höheren Offizieren und Hauptmännern einerseits und untergeordneten Offizieren andererseits. Diese sollten in gleicher Zahl beim Austausch vertreten sein. Konkret schlug Hauser den Austausch von 5000 Soldaten jeder Seite vor.³²³

Im April 1917 traf Hauser in Bern mit dem französischen Delegierten de Panafieu, einem Abgesandten des Außenministeriums, und mit Georges-Cahen, einem Vertreter des französischen Kriegsministers, zusammen. Ende des Monats traf er auf der Gegenseite mit dem deutschen General Friedrich zusammen.

319 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 5.

320 BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an Bundesrat Hofmann vom 6. März 1917.

321 BAR E 27 13966: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 14. August 1917; BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an Bundesrat Hofmann vom 6. März 1917.

322 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 3ff.

323 BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an Bundesrat Hofmann vom 18. März 1917; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 3.

Im Anschluss an diese Besprechungen stellte Hauser dem politischen Departement und den beiden Regierungen ein neues Projekt vor, das die Kategorien genau festlegte:

- »1. Direkter Austausch von Gefangenen, die 18 Monate oder länger in Gefangenschaft waren, ohne Rücksicht auf die Anzahl und den Dienstgrad unter der Bedingung:
 - a) Offiziere, die ein bestimmtes festes Alter erreicht hatten (beispielsweise 55 Jahre).
 - b) Unteroffiziere und Soldaten, die ein festes Alter erreicht haben (beispielsweise 48 Jahre).
 - c) Familienväter, die mindestens drei Kinder hatten und das vierzigste Lebensjahr erreicht hatten.
2. Direkter Austausch unter der Bedingung einer Gefangenschaft von mindestens 18 Monaten, Kopf gegen Kopf und Grad gegen Grad unter der Bedingung:
 - a) Unteroffiziere und Mannschaften (darunter 10% Unteroffiziere).
 - b) Offiziere. Der Rest der Offiziere, der nicht mehr zum Austausch kommt, weil die auf der anderen Seite vorhandene Zahl erschöpft ist, sollte interniert werden.
3. Gefangene, die eine schwere Stacheldrahtpsychose haben. Diese stellen eine neue Kategorie für die Repatriierung dar. In die Heimat zurückgeschickt werden sollen die Fälle, bei denen nach einer Internierung von drei Monaten keine Verbesserung eingetreten ist.
4. Die Zivilinternierten werden den Mannschaften eingegliedert.
5. Alle diejenigen Soldaten und Internierten, welche ab dem 17. April 1917 repatriert werden, dürfen weder an der Front noch in der Etappe eingesetzt werden.«³²⁴

Die Internierten sollten gruppenweise repatriert werden. Grundlage sollten Kategorien sein, welche noch festzulegen waren, wie beispielsweise eine Unterscheidung zwischen der Komplementärinternierung und der normalen Repatriierung.³²⁵

Die Komplementärinternierung bezeichnete die Internierung von Gefangenen, die Opfer eines Fehlers bei der Untersuchung oder Ähnlichem geworden sind. Diese wurden von den Lagerärzten benannt und zusammengefasst. Anschließend wurden sie einer Austauschkommission vorgeführt. Diese begann ihre Arbeit ab dem 1. Mai 1917 und arbeitete auf der Grundlage von neuen Kategorien, die noch festzulegen waren. In den Kommissionen saßen drei Ärzte des Staates, in welchem sich die Gefangenen befanden, und drei Schweizer Ärzte, die einen höheren Dienstrang bekleideten und mehr Erfahrung hatten.

324 BAR E 27 13969: Brief des Armeearztes Oberst Hauser vom 15. April 1917.

325 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 7; BAR E 27 13969: Brief des Armeearztes Oberst Hauser vom 15. April 1917.

Daher sollte deren Stimme in Zweifelsfällen mehr Gewicht haben. Alle diejenigen Gefangenen, welche nicht von den Kommissionen ausgewählt wurden, sollten in ein Beobachtungslager transferiert und nach vier Wochen erneut der Kommission vorgestellt werden.³²⁶

Die Internierung und Repatriierung nahmen nun wieder ihren gewöhnlichen Kurs auf, mit dem folgenden Unterschied, dass die neuen, erweiterten Kategorien zur Anwendung kamen und die Kandidaten nun durch die Lagerärzte ausgewählt wurden.

Am 20. April arbeitete der Armeearzt Generalinstruktionen (*»Instructions Générales«*) für die Kommissionen und den Dienst der Repatriierung aus. Dieses Projekt wurde von deutschen und französischen Ärzten begutachtet und erlaubte Modifikationen. In einer endgültigen Form wurden die Instruktionen dann am 26. Mai 1917 veröffentlicht.³²⁷

Am 3. Mai ließ die deutsche Regierung das Politische Departement wissen, dass es im Großen und Ganzen das Arrangement akzeptierte, so wie es am 20. April festgelegt wurde. Man reservierte sich jedoch, gewisse Altersgrenzen festzulegen.³²⁸

Am 12. Mai signalisierte die französische Regierung dem Bundesrat die Zustimmung, falls auf Vorschläge eingegangen würde. Neben den vom Armeearzt genannten Kriegsgefangenen sollten den Austauschkommissionen vorgestellt werden:

- a) Alle Kriegsgefangenen, die von den Nachlesekommissionen für eine Internierung ausgewählt und zurückgeschickt wurden.
- b) Diejenigen Kriegsgefangenen, die aufgrund von Fehlern nicht vorgestellt wurden oder sich den medizinischen Kommissionen nicht präsentieren konnten.
- c) Die Kriegsgefangenen, die von den Ärzten des Landes, in dem sich die Gefangenen befanden, ausgewählt wurden, weil sie unfähig waren zu arbeiten, oder wegen ihres schlechten Gesundheitszustandes.
- d) Die Kriegsgefangenen, welche auf den Listen des Armeearztes aufgeführt waren.

326 Ebd.

327 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 8; BAR E 2010 1000/130 Bd. 112: *Instructions générales pour les Commissionnes Médicales au Service du Rapatriement et de l'Internement* vom 16. Mai 1917 (Kopie).

328 BAR E 27 13969: Note der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft Kr. I. B. 2325 an das Politische Departement vom 3. Mai 1917; BAR E 27 13980: Betreffend die Frage der Verwendung von repatriierten Gefangenen im Heeresdienst.

Die französische Note präzisierte zudem die Arbeit der Austauschkommissionen, betreffend die Komplementärinternierung im Juni. Diese müssten gemäß den neuen Vorschriften alle Kriegsgefangenen untersuchen, die:

- a) von den Lagerärzten für eine Repatriierung oder Internierung vorgesehen wurden
- b) sich in den Beobachtungslagern befanden

Von französischer Seite bevorzugte man den direkten Austausch, ohne die Zahl oder den Dienstgrad in Rechnung zu stellen. Aber man akzeptierte auch den Austausch Mann für Mann und Grad für Grad für Unteroffiziere und Soldaten. Für die Offiziere forderte man eine Internierung und keinen Austausch.³²⁹ Von deutscher Seite kam die Antwort, dass man, wenn Frankreich nicht bereit sei, den Austausch von Offizieren zu akzeptieren, dem Austausch von Familienvätern über 40 Jahren nicht zustimme, so dass diese interniert bleiben müssten. Der Armeearzt reiste daraufhin nach Paris, wo er vom 11. bis zum 18. Juni mit Panafieu und Georges-Cahen die prinzipiellen Einwände von französischer Seite bezüglich der Kriegsgefangenen in Deutschland besprach. Diese betrafen vor allem drei Punkte:

- 1) Austausch von Sanitätspersonal.
- 2) Handhabung der Nahrungsmittel, welche an Kriegsgefangene geschickt wurden.
- 3) Die Kommunikation derjenigen Gefangenen mit ihren Familien, die sich in den besetzten Gebieten befanden, und die Kontrolle der Lager in den besetzten Gebieten durch neutrale Kommissionen.³³⁰

Am 30. Juli machte der Armeearzt, um einen Kompromiss zwischen Deutschland und Frankreich zu finden, nach einer langen Besprechung mit General Friedrich erneut Vorschläge:³³¹

1. Die Offiziere, die sich bereits 18 Monate oder länger in Gefangenschaft befanden, durften nicht repatriert werden, sondern nur interniert.
2. a. Die Unteroffiziere und Soldaten, die 18 Monate oder länger in Gefangenschaft waren und das 48. Lebensjahr erreicht hatten, sollten direkt von Land zu Land ausgetauscht werden, ohne Rücksicht auf die Gesamtzahl oder den Dienstrang.
2. b. Die Unteroffiziere und Soldaten, die seit 18 Monaten oder länger in Gefangenschaft waren, Väter von drei oder mehr Kindern waren und das 40. Lebensjahr erreicht hatten, sollten von Land zu Land ausgetauscht werden. Dabei Mann für Mann und Dienstgrad für Dienstgrad. Falls die Zahl auf der Gegenseite erschöpft war, sollten die restlichen Gefangenen interniert werden.

329 BAR E 27 13969: Brief der französischen Botschaft an das Politische Departement vom 16. Mai 1917; ebd.: Verbalnote der französischen Botschaft an das Politische Departement vom 24. Mai 1917.

330 BAR E 27 13969: Protokoll von Armeearzt Oberst Hauser über die Besprechung mit Panafieu und Georges-Cahen am 15. Juni 1917; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1917. Second Rapport, S. 11.

331 BAR E 27 13969: Programm der Verhandlungen mit General Friedrich, Juli 1917.

3. Alle Bedingungen für den direkten Austausch sollten auch Anwendung auf die Internierten in der Schweiz finden. So konnte ein Teil der Internierten nach Hause geschickt werden, um Platz für die Neuankommenden zu schaffen. Zusammen mit den neuen Kategorien, die für eine Repatriierung zulässig waren, blieben die alten Kategorien gültig und auch die Tuberkulösen, die klinisch geheilt waren, sollten repatriiert werden.
4. Die übrigen Bestimmungen der Vorschläge vom 19. beziehungsweise 20. April 1917 blieben bestehen.
5. Oberst Hauser stellte einen Transportplan auf, um eine Gleichmäßigkeit der Transporte zu erreichen.³³²

Am 2. Juli ließ der britische Gesandte in Bern, Horace Rumbold, den schweizerischen Bundesrat Gustave Ador wissen, dass sich Großbritannien und Deutschland in Den Haag bezüglich des Austausches und der Repatriierung von Kriegsgefangenen geeinigt hätten. Das Abkommen umfasste 22 Punkte:

- »I. Wiederaufnahme der bereits vereinbarten Austauschtransporte [...].
- II. Entlassung kranker und verwundeter Kriegsgefangener und deren Internierung in neutralen Ländern [...].
2. Entlassung von tuberkulosekranken Kriegsgefangenen in die Heimat.
3. Neue Listen von Krankheiten und Gebrechen.
4. Stacheldrahtkrankheit.
5. „Komplementärinternierung“ nach der neuen Liste von Krankheiten und Gebrechen.
6. Entlassung internierter Kriegsgefangener in die Heimat.
7. Weitere Untersuchungen nach den neuen Listen.
8. Untersuchungen für die Entlassung in die Heimat aus einem neutralen Staate.
9. Unmittelbare Entlassung in die Heimat.
10. Verbot der Beschäftigung von in die Heimat entlassenen Kriegsgefangenen.
- III. Internierung der nicht weniger als 18 Monate gefangen gehaltenen Offiziere und Unteroffiziere in einem neutralen Lande [...].
- VI. Entlassung von bisher zurückgehaltenem Sanitätspersonal [...].«³³³

Dieses Abkommen war den bisherigen Ergebnissen mit Frankreich und Deutschland nicht unähnlich. Viele Punkte deckten sich sogar vollständig. Um in der Schweiz für neue Internierte Platz zu schaffen, sollten alle britischen und deutschen Internierten in der Schweiz im Hinblick auf eine Repatriierung untersucht werden.

332 Ebd.: Vorschläge von Armeearzt Hauser vom 30. Juli 1917; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1917. Second Rapport, S. 13.

333 BAR E 27 13983: *Draft of an Agreement between the British and German Governments concerning combatant and civilian prisoners of war*; ebd.: Brief von Horace Rumbold an Bundesrat Gustave Ador vom 2. August 1917; BAR E 27 13983: Brief von Vischer an Paravicini vom 10. August 1917; BAR E 27 13983: Vereinbarung zwischen der Deutschen und der Großbritannienischen Regierung über Kriegs- und Zivilgefangene vom 2. Juli 1917.

Diese Untersuchung sollte durch schweizerische Ärzte vorgenommen werden oder durch eine Ärztekommision. Zudem sollten alle Tuberkulosekranken, deren Tuberkulose geheilt war, nach Hause entlassen werden. Ein weiterer wichtiger Punkt dieses Abkommens war die Tatsache, dass Holland 16.000 Kriegsgefangene zur Internierung aufnehmen sollte.³³⁴

Bei einer Untersuchung der aktuellen Zahlen der untersuchten Kriegsgefangenen für die Monate Juni bis Oktober 1917 stellte der Armeearzt fest, dass die Zahl der belgischen und französischen Internierten, gemessen an der Zahl der Kriegsgefangenen, welche sich in Deutschland befanden, viel zu gering war.³³⁵ Dies war die Folge einer falschen Interpretation der Anweisungen des Armeearztes. In Deutschland hatte man die Komplementärinternierung mit der parallel weiterlaufenden regulären Internierung vermischt. Zudem schlugen die Lagerärzte nur sehr wenige Kriegsgefangene vor. Der Armeearzt hatte jedoch keinen Einfluss darauf, wen die Lagerärzte für die Internierung oder Repatriierung empfahlen, daher machte er den Vorschlag, dass man neutrale Ärzte in die Lager schicken sollte, um dort zu kontrollieren.³³⁶

Zu dieser Zeit schien es also, als ob sich die Internierung in einer Sackgasse befand. Dem Briefwechsel zwischen Frankreich, Deutschland und der Schweiz kann man entnehmen, dass vor allem kleine Details nicht ausreichend geklärt waren und beide Seiten Vorbehalte geltend machten, von denen sie nicht abweichen wollten, wie beispielsweise der Definition der Verwendung der Repatriierten.³³⁷ Zudem waren die Repatriierung und die dazugehörigen Bedingungen noch nicht hinreichend geklärt, vor allem die Art und Weise der Abschlussuntersuchungen für die zu Repatriierenden war sehr umständlich, da die zuständigen Militärärzte aus den jeweiligen Staaten erst anreisen mussten. Für englische Internierte und deutsche Internierte aus englischer Gefangenschaft galten zudem lange Zeit andere Bedingungen als für die restlichen Internierten, nämlich die älteren zwischen Frankreich und Deutschland ausgehandelten Bedingungen vom April 1916. Dies änderte sich erst ab September 1917.³³⁸

334 Ebd.

335 BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser Nr. 48224 an das Politische Departement vom 21. November 1917.

336 Ebd.

337 Teile des Briefwechsel finden sich in BAR E 27 13969; BAR E 27 13980: Betreffend die Frage der Verwendung von repatriierten Gefangenen im Heeresdienst.

338 BAR E 27 13969: Brief von Rumbold an Bundesrat Ador vom 23. Juli 1917; BAR E 27 13969: Telegramm des Politischen Departements an die Schweizerische Gesandtschaft Berlin vom 14. September 1917.

Die Komplementärinternierung und die reguläre Internierung waren verspätet angelaufen und erzielten nicht die Resultate, die man sich erhofft hatte. Zudem hatte man in der Schweiz den Eindruck, als ob beide Seiten Kriegsgefangene zurückbehielten, die für eine Internierung oder Repatriierung in Frage kommen würden. Dieser Eindruck verstärkte sich, als einige der wenigen Transporte im letzten Moment gestrichen wurden.³³⁹ Darüber hinaus gab es Berichte, nach welchen repatriierte Soldaten auf beiden Seiten erneut im Kriegseinsatz verwendet wurden, was von der Gegenseite mit Protestschreiben an die Schweiz beantwortet wurde.³⁴⁰

339 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 14f.; BAR E 27 13969: Brief der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft Kr. Z. B. 4767 an den Armeearzt Oberst Hauser vom 21. August 1917.

340 BAR E 27 13980: Brief des Schweizer Armeestabes an das Politische Departement vom 2. März 1918; ebd.: Brief der Schweizerischen Gesandtschaft in Berlin an das Politische Departement Nr. F IX Gen. 6 25741 vom 17. Juli 1918; *NZZ* 139, Nr. 1085 vom 18. August 1918.

Die Abkommen von Bern und Den Haag

Im November kam wieder Bewegung in die festgefahrene Situation. Am 8. November 1917 kündigte René Besnard, der französische Minister für die Kolonien, in einer Verbalnote die Ankunft einer Delegation an, um die Fragen bezüglich der Internierung und Repatriierung zu regeln. Eine Kopie dieser Note wurde ebenfalls an Deutschland geschickt.³⁴¹ Die angekündigte französische Delegation kam am 1. Dezember in Bern an. Noch am selben Tag trafen Minister de Panafieu, der Abgesandte des Außenministeriums, und Georges-Cahen, der Chef der Abteilung für Kriegsgefangene beim Kriegsministerium, den Schweizer Armeearzt und Minister Arthur de Pury, den Repräsentanten des schweizerischen Politischen Departements.³⁴²

Am 4. Dezember traf im Gegenzug eine deutsche Delegation ein. Dies waren Generalmajor Friedrich, der Gesandte des kaiserlichen Büros für auswärtige Angelegenheiten Major von Keller und Major Pabst von Ohain.³⁴³

Bei den Verhandlungen, deren Vorsitz der damalige Chef des Politischen Departements Gustave Ador innehatte, wurden zunächst die Positionen ausgetauscht. Die Sitzungen fanden gleichzeitig in zwei verschiedenen Sälen des Bundeshauses statt und Ador, Pury oder Hauser wechselten mehrfach die Säle, um Vorschläge zu machen. Ebenfalls an den Verhandlungen beteiligt war der Leiter des historischen Dienstes der Internierung Major Edouard Favre.³⁴⁴

Man einigte sich darauf, dass auf der Tagesordnung folgende Punkte behandelt werden sollten:

- Der Austausch von Sanitätsmannschaften.
- Die Behandlung der sehr jungen Kriegsgefangenen, der unbewaffneten Offiziere und der Soldaten in den Arbeitskommandos.
- Arbeitsunfälle.
- Tuberkulose, Wechselfieber und psychische Leiden.
- Disziplinarstrafen.
- Dringende Repatriierungen und Internierungen.

Am 5. Dezember sollte die Frage des großen Gefangenenaustausches erörtert werden.³⁴⁵

341 BAR E 27 13969: Brief der französischen Botschaft vom 9. November 1917; ebd.: Notiz vom 10. November 1917.

342 BAR E 27 13981: *Programme des conférences établi par le Médecin d'Armée et le Département politique. Pièce I.*

343 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 14f.

344 Ebd.

345 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 17.

Im Abschlussprotokoll wurden die Punkte, in denen man eine Übereinkunft erzielt hatte, festgehalten:

- 1) Für die Internierung und die Repatriierung werden die Nachlesekommissionen wieder eingerichtet, denn die Entscheidung der Lagerärzte war nicht zulässig und nicht ausreichend. Dazu sollten neue Kategorien festgeschrieben werden. Die Stachel-drahtneurose wurde als Krankheit, welche für die Internierung berechnigte, anerkannt.
- 2) Direkter Austausch von Gefangenen, die älter als 48 Jahre sind.
- 3) Austausch der Sanitätsmannschaften.
- 4) Allgemeine Verbesserung der Behandlung der Kriegsgefangenen.

Im Schlussprotokoll blieben jedoch einige Fragen reserviert, wie die bezüglich der Zivilinternierten.³⁴⁶

Am 19. Januar schickte Frankreich dem Bundespräsidenten und dem Chef des Politischen Departements die Ratifikation des Projektes und erinnerte an den Austausch der Familienväter sowie die proportionale Internierung.³⁴⁷ Im Gegenzug schickte die deutsche Gesandtschaft am selben Tag einen neuen, umfangreichen und weiterreichenden Vorschlag mit einer Denkschrift an die Bundesregierung und stellte die deutsche Sicht für ein neues Abkommen vor. Der Armeearzt sah zwischen dem französischen Vorschlag und dem deutschen Projekt eine Parallele und machte Vorschläge, um eine Vereinbarung der Artikel zu erreichen, die sich oft allein in Details unterschieden. Schließlich forderte er den Bundesrat auf, in diesen Punkten zu vermitteln.³⁴⁸ Das Politische Departement schickte daher am 25. Januar 1918 eine Verbalnote an die französische Botschaft und die deutsche Gesandtschaft mit den Vorschlägen der Schweizer Regierung, um die Differenzen zwischen Frankreich bezüglich des Austausches, der Internierung und der Repatriierung der Kriegsgefangenen zu regeln.³⁴⁹

Nach einem weiteren Notenaustausch und mehreren Besprechungen wurde schließlich eine Übereinkunft erzielt.³⁵⁰ Am 31. Januar 1918 wurden dann die *Bedingungen für den Austausch, die Internierung und Repatriierung von Kriegsgefangenen aus Gesundheitsrücksichten, aufgestellt im Januar 1918 zwischen Deutschland und Frankreich* vorgestellt.

346 BAR E 27 13981: *Programme des conférences établi par le Médecin d'Armée et le Département politique. Pièce I.* Die weiteren Dokumente und zahlreiche handschriftliche Notizen zu den Verhandlungen im Dezember 1917 finden sich in BAR E 27 13981 in der Unterakte: *Konferenz vom Dez. 1917 in Bern zwischen EPD, Deutschland und Frankreich betr. Neugestaltung der Internierung und über Gefangenenfragen.*

347 BAR E 27 13981: Brief der französischen Botschaft an Bundespräsident Calonder vom 19. Januar 1918.

348 BAR E 27 13981: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 24. Januar 1918.

349 BAR E 27 13981: Verbalnote der des Politischen Departements vom 25. Januar 1918.

350 BAR E 27 13981.

Hier fanden sich die prinzipiellen Direktiven, nach welchen der Gefangenen austausch, die Repatriierung und die Internierung von Kriegsgefangenen zwischen Frankreich und Deutschland gehandhabt werden sollte.³⁵¹

Auf dieser Basis wurde weiter gesprochen, bis schließlich das *Abkommen vom 15. März 1918* niedergeschrieben und von beiden Regierungen ratifiziert wurde. Neben den Kapiteln I und II, welche sich mit der Internierung, Repatriierung und dem Austausch von Sanitätsmannschaften beschäftigten, folgte ein ganzes Kapitel, welches sich mit der Behandlung der Kriegsgefangenen im Allgemeinen befasste.³⁵²

Die deutsche Regierung war bereit, auf der Grundlage dieses Abkommens von Neuem in Verhandlungen zu treten, falls die Gespräche ohne Vermittler direkt geführt würden und nicht nur die Frage nach den Kriegsgefangenen umfassten, sondern auch die der Zivilinternierten. Am 12. Februar erklärte die französische Botschaft, dass man die Delegierten der Republik autorisiere, mit den deutschen Delegierten unter dem Vorsitz des schweizerischen Politischen Departements oder seiner Repräsentanten direkt in Verhandlungen zu treten. Auf diese Weise war auch die britische Regierung zu Verhandlungen bereit.³⁵³ Diese Verhandlungen fanden vom 15. März bis zum 26. April 1918 in Bern statt.³⁵⁴

Am 4. April 1918 trafen die Abgeordneten der Französischen Republik und des Deutschen Kaiserreiches zusammen. Die französische Delegation setzte sich zusammen aus Minister de Panafieu, Georges-Cahen, Oberst Girard, Konsul Alphand und Graf de Manneville. Die deutsche Delegation aus Generalmajor Friedrich, Major von Keller, Herrn Schloessing, Major Pabst von Ohain und Botschaftsrat von Hindenburg.³⁵⁵ Für die Schweiz waren Bundespräsident Felix Calonder, Minister Dinichert, Armeearzt Oberst Hauser sowie Major Favre vertreten.³⁵⁶

351 BAR E 2001 A 682: *Conditions d'Echange, d'Internement et de Rapatriement des Prisonniers de Guerre, pour Raisons de Santé, établies en Janvier 1918 par Convention entre l'Allemagne et la France* vom 31. Januar 1918; BIG EDA A 81-1: Bedingungen für den Austausch, die Internierung und Repatriierung von Kriegsgefangenen aus Gesundheitsrücksichten, aufgestellt im Januar 1918 zwischen Deutschland und Frankreich vom 31. Januar 1918.

352 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 20f.; BAR E 27 13981: Brief der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft Kr. Z.B. 1410 an Bundespräsident Calonder vom 15. März 1918; ebd.: Mitteilung des Politischen Departements an die Presse vom 18. März 1918; ebd.: Vereinbarung zwischen der Deutschen und Französischen Regierung über Kriegsgefangene.

353 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 21f.; BAR E 27 13981: Note der Britischen Gesandtschaft vom 20. April 1918.

354 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport*, S. 1.

355 BAR E 27 13981: Mitteilung des Politischen Departements an die Presse; Die Sitzungsprotokolle finden sich in BAR E 27 13981 im Unterkapitel: Vereinbarungen zwischen der kaiserl. Deutschen und der franz. Regierung über Kriegsgefangene vom 26. April 1918.

356 BAR E 27 13981.

Am Abend dieses Tages fanden eine Plenarsitzung und eine Kommissionssitzung statt, welche sich mit den Fragen bezüglich der Kriegsgefangenen beschäftigten. Schließlich gelang es am 26. April, dass sich die französische und die deutsche Delegation, Minister Dinichert, Armeearzt Hauser und Major Favre unter dem Vorsitz von Bundespräsident Calonder in einer formellen Sitzung im Salon der Nationalbank zusammenfanden. Dort wurden das Abkommen und die Protokolle signiert.³⁵⁷ Das Königreich Belgien erklärte sich bald darauf, im Juni 1916, mit dem Abkommen einverstanden und die Vereinbarungen kamen auch für die belgischen Kriegsgefangenen zur Anwendung.³⁵⁸

Das Abkommen unterteilte sich in mehrere Kapitel:

- »A. Vereinbarung zwischen der Kaiserlich Deutschen Regierung und der Regierung der Französischen Republik über Kriegsgefangene.
 - I. Entlassung der Kriegsgefangenen in die Heimat (Austausch von Land zu Land) und Internierung der Kriegsgefangenen in der Schweiz.
 - II. Einrichtung und Dienstbetrieb in den Kriegsgefangenenlagern.
 - III. Ernährung der Kriegsgefangenen.
 - IV. Gerichtliche und Disziplinarstrafen.
 - V. Veränderungen der Berner Vereinbarungen vom 15. März 1918.
 - VI. Vergeltungsmaßnahmen.
 - VII. Bekanntgabe der Bestimmungen des Abkommens.
 - VIII. Inkrafttreten der Vereinbarung.

Anhänge I und II: Minimalbedingungen für die Einrichtung und Leitung der Offiziers- und Mannschafts-Kriegsgefangenenlager.

Anhänge III und IV: Regeln für die Disziplinarstrafen für Offiziere und Soldaten in Kriegsgefangenschaft.

- B. Vereinbarungen zwischen der Kaiserlich Deutschen Regierung und der Regierung der Französischen Republik über Zivilpersonen.
 - I. Entlassung oder Heimbeförderung.
 - II. Behandlung der Bevölkerung des besetzten Gebietes.
 - III. Inkrafttreten der Vereinbarung.«³⁵⁹

357 BAR E 27 13981: Protokoll der Sitzung vom 26. April 1918; Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés. Troisième Rapport, S. 2.

358 BAR E 27 13982: Brief von Fernand Feltzer an Bundespräsident Calonder vom 31. Mai 1918.

359 BAR E 27 13981: Berner Vereinbarung zwischen der Deutschen und Französischen Regierung über Kriegsgefangene und über Zivilpersonen vom 26. April 1918.

Dieses Abkommen, welches am 15. Mai 1918 in Kraft trat, wirkte sich direkt auf die Durchführung der Internierung aus. Denn nun waren diejenigen Unteroffiziere und Soldaten aus dem Kreis der Internierten direkt zu repatriieren, ohne Rücksicht auf Dienstgrad und Gesamtzahl, welche zum Zeitpunkt des Abkommens seit 18 Monaten oder mehr in Gefangenschaft waren und bereits das 48. Lebensjahr erreicht hatten. Für Offiziere ab dem 48. Lebensjahr, für die eine Repatriierung nicht möglich war, wurde die Regelung getroffen, dass alle, die 18 Monate oder länger in Gefangenschaft waren, in der Schweiz interniert werden sollten. Diejenigen Soldaten, welche am 15. März diese Bedingungen nicht erfüllten, mussten weiterhin direkt ausgetauscht oder interniert werden, gemäß den geltenden Bestimmungen der Internierung.³⁶⁰

Ferner war entschieden worden, dass die internierten Offiziere zusammengelegt werden sollten: die Franzosen in Interlaken und die Deutschen in Engelberg. Der erste Konvoi in der Folge dieser neuen Bestimmungen erreichte die Schweiz am 29. März und setzte sich aus französischen und einigen belgischen Offizieren zusammen. Der erste Konvoi mit deutschen Offizieren kam am 30. März an.³⁶¹

Des Weiteren sah das *Abkommen von Bern* vor, dass alle Offiziere, Unteroffiziere und Soldaten ohne Rücksicht auf Dienstgrad oder Gesamtzahl zu repatriieren waren, welche vor dem 1. November 1916 in Gefangenschaft geraten waren und welche sich am Stichtag des 15. April 1918 in der Schweiz zur Behandlung befanden und nicht aufgrund von disziplinarischen Maßnahmen in der Schweiz bleiben mussten. Diese Repatriierungen sollten vor den anderen durch das Abkommen notwendig gewordenen Transporten durchgeführt werden.³⁶²

Für die Offiziere gab es nun zudem die Möglichkeit, in der Schweiz interniert zu werden, wenn sie entweder zwischen 40 und 45 Jahre alt waren und Väter von drei oder mehr Kindern waren oder wenn sie zwischen 45 und 48 Jahre alt waren.

360 *Extraits de l'Accord, dit du 15 mars 1918, entre le Gouvernement Français et le Gouvernement Allemand concernant les prisonniers de guerre*, in: Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport*, S. 267; BAR E 27 13981: Berner Vereinbarung zwischen der Deutschen und Französischen Regierung über Kriegsgefangene und über Zivilpersonen vom 26. April 1918; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport*, S. 3.

361 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport*, S. 4.

362 BAR E 27 13966: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an die Kommandanten der Internierungsregionen vom 15. Mai 1918; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport*, S. 4f.; BAR E 27 13981: Berner Vereinbarung zwischen der Deutschen und Französischen Regierung über Kriegsgefangene und über Zivilpersonen vom 26. April 1918; Stibbe: *The Internment of Civilians by Belligerent States*, S. 15.

Schließlich konnten auch Offiziere interniert werden, wenn sie in keine der zuvor genannten Kategorien fielen, wenn sie bereits 18 Monate oder länger in Gefangenschaft waren. Offiziere wurden dann Kopf für Kopf ohne Rücksicht auf den Dienstgrad interniert.³⁶³

Man kehrte zudem zum System der Kommissionen für die Auswahl der zu internierenden oder repatriierenden Soldaten zurück. Zu diesem Zweck setzte man erneut auf Nachlesekommissionen.³⁶⁴ Diese untersuchten nach den vom Armeearzt ausgegebenen Bedingungen vom 31. Januar 1918, welche bereits von Deutschland und Frankreich akzeptiert worden waren. Die Besuche der Nachlesekommissionen in den einzelnen Lagern waren für alle zwei Monate geplant worden.

Die neuen Bedingungen sahen eine deutlich umfangreichere Zahl an Verletzungskategorien vor. Besonders erweitert wurden diejenigen für die Repatriierungen, damit man in der Schweiz Platz für neue Internierte schaffen konnte.³⁶⁵

Die schweizerischen Gesandtschaften in Deutschland und Frankreich sollten die Kriegsgefangenenlager in den beiden Ländern besuchen, um Missstände innerhalb der Lager oder bei einer schlechten Behandlung der Kriegsgefangenen zu untersuchen. Dazu wurden ihnen von den Lagerältesten der Gefangenenlager Berichte zugesandt.³⁶⁶

Alle französischen und deutschen Zivilinternierten in der Schweiz wurden repatriiert oder aus dem Interniertenstatus befreit.³⁶⁷ Für die belgischen Zivilisten galt dieser Artikel zunächst nicht, wenngleich es ab dem 20. Mai 1918 einen Notenaustausch zwischen Belgien und Deutschland gab.³⁶⁸ Im August ratifizierte Belgien dann das Abkommen.³⁶⁹

363 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport*, S. 5; BAR E 27 13981: Berner Vereinbarung zwischen der Deutschen und Französischen Regierung über Kriegsgefangene und über Zivilpersonen vom 26. April 1918.

364 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport*, S. 3.

365 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport*, S. 4.

366 Beispielhaft hier: BAR E 27 13969: Bericht des Deutschen Lagerältesten des Offiziers-Gefangenenlagers Barcelonnette an die Schweizerische Gesandtschaft in Frankreich vom 18. Juli 1918; sowie ferner: BAR E 27 14048 Bd. 1.

367 BAR E 27 13966: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an die Kommandanten der Internierungsregionen vom 15. Mai 1918; BAR E 27 13969: Brief der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft Abteilung für Gefangenenfragen Sektion IX Kr.IX.A. 2350 vom 24. Mai 1918.

368 BAR E 27 13981: Berner Vereinbarung zwischen der Deutschen und Französischen Regierung über Kriegsgefangene und über Zivilpersonen vom 26. April 1918; BAR E 27 13969: Brief der belgischen Gesandtschaft Nr. 5881 an Major Favre vom 3. August 1918; ebd.: Brief von Major Favre an Victor Delille vom 6. August 1918.

369 BAR E 27 13981: Brief der belgischen Gesandtschaft an das Politische Departement vom 13. August 1918.

Das Abkommen wurde von allen Seiten begrüßt, man dankte der Schweiz für den humanitären Einsatz und bemühte sich um eine rasche Umsetzung.³⁷⁰

Nach Artikel 10 Absatz 2 sollte es zudem einen Austausch von Zivilinternierten in Lagern in Deutschland und Frankreich geben. Diese Lager sollten von Delegierten der Schweizer Gesandtschaft besucht werden.³⁷¹ Dennoch entwickelte sich diese Frage zu einem Streitpunkt, der zu einem Briefwechsel über den Internierungsdienst, als Vermittler zwischen Deutschland und Frankreich, führte. Dabei war von deutscher Seite besonders die Frage bedeutend, ob es sich um wehrpflichtige Zivilisten handelte. Von französischer Seite wurden vor allem die Verzögerungen im Ablauf der Transporte angemahnt.³⁷² Beide Seiten trugen Beschwerden vor, dass sich die Gegenseite nicht an die getroffene Abmachung halte und Gefangene zurückbehalten wurden.³⁷³

Für die englischen Kriegsgefangenen wurde am 14. Juli 1918 in Haag verhandelt. Man konnte sich dort auf einen Kompromiss über den Austausch von Kriegs- und Zivilgefangenen einigen. Die Vereinbarung wurde von deutscher Seite unter Vorbehalt unterzeichnet. Sie umfasste 60 Artikel und erweiterte die bereits getroffenen Vereinbarungen vom 2. Juli 1917. In sechs Anhängen fanden sich präzise Vereinbarungen für den Transport, die Unterkunft und die Disziplin der Gefangenen.³⁷⁴ Bemerkenswert war allerdings die Tatsache, dass sich das IKRK sowohl hier als auch beim zweiten Termin im Juli 1918 an die niederländische Gesandtschaft wenden musste, um Kopien des Abkommens zu erhalten. Das IKRK war bei diesen Verhandlungen nicht vertreten oder überhaupt als betroffene Partei in Betracht gekommen. Der Erfolg der Verhandlungen war daher hier eindeutig der Schweiz und den Niederlanden zuzuschreiben.³⁷⁵

In der Folge des *Abkommens von Bern* vom 15. April 1918 und dem *Abkommen von Haag* vom 14. Juli 1918 verließ eine große Zahl von internierten Unteroffizieren, Soldaten und Zivilinternierten die Schweiz.

370 BAR E 27 13969: Brief der belgischen Gesandtschaft Nr. 3941 an den Bundespräsidenten Calonder vom 31. Mai 1918; ebd.: Brief der *Association Mutuelle des Familles de Prisonniers de Guerre ou Disparus* an den Bundespräsidenten vom 10. Mai 1918; ebd.: Telegramm der Dortmunder Kriegsgefangenenhilfe an den Schweizerischen Bundesrat vom 29. Mai 1918.

371 Ebd.: Berner Vereinbarung zwischen der Deutschen und Französischen Regierung über Kriegsgefangene und über Zivilpersonen vom 26. April 1918; BAR E 27 13969: Brief der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft Kr. 2 IX A. 3760 an das Politische Departement vom 10. August 1918; ebd.: Brief der Schweizerischen Gesandtschaft in Frankreich Nr. R. 921/3 an das Politische Departement vom 10. August 1918.

372 Teile des Briefwechsel finden sich in BAR E 27 13969, Bd. 2.

373 BAR E 27 13969, Bd. 2; *NZZ* 139, Nr. 1101 vom 21. August 1918.

374 BAR E 27 13983: Vereinbarung zwischen der Deutschen und der Großbritannischen Regierung über Kriegsgefangene und Zivilpersonen vom 14. Juli 1918.

375 Stibbe: *The Internment of Civilians by Belligerent States*, S. 16.

Diese wurden im Gegenzug durch diejenigen ersetzt, welche die Kommissionen in den Lagern untersucht hatten. Andererseits erhöhte sich die Zahl der internierten Offiziere, weil neue Offiziere in die Schweiz kamen, aber keine der sich bereits dort befindenden Offiziere repatriiert wurden.³⁷⁶ Zeitgleich wurde eine Konzentration der Internierten in den Regionen vorgenommen, da man nicht mehr genügend Internierte in einzelnen Regionen oder Ortschaften hatte, um den Verwaltungsaufwand zu rechtfertigen.³⁷⁷

An erster Stelle bemühte man sich nun, die Zivilinternierten zu repatriieren. So konnten am 15. und 19. Juni 1918 zwei Züge mit 300 deutschen Zivilisten die Schweiz verlassen. Am 16. Juni 1918 fuhr ein erster Zug mit 800 französischen Zivilisten ab. Die ersten Züge mit zu repatriierenden Unteroffizieren und Soldaten fuhren am 17. Juni mit französischen Internierten und am 25. Juni 1918 mit deutschen Internierten ab. In der Folge verließen die Züge regelmäßig die Schweiz, nach einem vom *Territorialdienst* der Armee erstellten Zuglaufplan.³⁷⁸

Der ganze Ablauf der Internierung wurde dann Mitte des Jahres durch den Ausbruch der Grippe von 1918 empfindlich gestört. Die Zahl der Züge wurde während der Monate August und September stark reduziert.

Doch das blieben nicht die einzigen Probleme in dieser Phase der Internierung. Neben Transportproblemen oder dem Zurückhalten von Gefangenen, die eigentlich in die Heimat transportiert werden sollten, gab es vor allem Probleme im Bereich der Arbeit der medizinischen Kommissionen.³⁷⁹ Zudem gab es Beschwerden über deren Arbeit und die mangelnde Umsetzung der durch die Kommissionen angeordneten Maßnahmen.³⁸⁰

376 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1918. Troisième Rapport; BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an die Kommandanten der Internierungsregionen vom 24. Juni 1918.

377 BAR E 27 13954: Befehl Nr. 927 B vom Chef des Internierungsdienstes Oberst von der Mühl an die Kommandanten der Internierungsregionen vom 26. September 1918; ebd.: Rundschreiben Nr. 81066 vom Chef des Internierungsdienstes Oberst von der Mühl an die Kommandanten der Internierungsregionen mit deutschen Internierten vom 11. Oktober 1918.

378 BAR E 27 13966: Protokoll über die am Donnerstag den 30. Mai 1918, Nachm. 4 Uhr im Bundeshause in Bern stattgefundene Konferenz betreffend Schaffung einer neuen Sektion für Transporte bei der Territorialdienstleitung zur Regelung aller Fremdentransporte; BAR E 27 13969: Brief vom Chef der Internierung Oberst von der Mühl an die Kommandanten der Internierungsregionen Nr. 933 B. vom 18. Oktober 1918; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1918. Troisième Rapport, S. 6.

379 BAR E 27 13969: Brief P-G.2/2 an die Kaiserlich Deutsche Gesandtschaft vom 5. Oktober 1918; BAR E 27 13968: Summarischer Bericht über die Tätigkeit der *Commission Franco-Suisse pour l'internement des prisonniers de guerre* vom 25. Mai 1918 bis 7. August 1918; BAR E 27 13969: Brief von Armeearzt Oberst Hauser Nr. 67614 an das Politische Departement vom 10. Juni 1918; ebd.: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an den französischen Botschafter Graf Manneville No. 67725 vom 11. Juni 1918; weitere auch handschriftliche Berichte finden sich in BAR E 27 13968.

380 BAR E 27 13969: Brief von Polentz an Minister Dinichert Nr. Kr. 2 Sektion IX 2863 vom 26. Juni 1918.

In Deutschland und in Frankreich machten sich die Kommissionen im März 1918 auf den Weg und sollten, wie ursprünglich geplant wurde, bis zum Herbst mit ihrer Arbeit fertig sein.³⁸¹ Durch interne Probleme bei der Organisation der Arbeit der Kommissionen und der Übermittlung ihrer Ergebnisse sowie logistische Probleme in den kriegführenden Ländern verzögerte sich der gesamte Ablauf.³⁸²

So musste die Abreise der neuen Nachlesekommissionen mit neuen Listen vom Oktober aufgeschoben werden. Dazwischen kam dann plötzlich der Waffenstillstand und diese Reise war damit ohnehin hinfällig.³⁸³

Die Untersuchungskommissionen stellten ihre Arbeit jedoch nicht umgehend ein. Sie führten die Untersuchungen weiter. Jedoch bestand die französische Regierung nun darauf, eine weitere Untersuchung der deutschen Kriegsgefangenen durch französische Ärzte durchzuführen, was jedoch nur sehr schleppend geschah.³⁸⁴

7. Verhandlungen mit Österreich-Ungarn

Am 31. August 1916 kommunizierte die österreichisch-ungarische Gesandtschaft mit dem Politischen Departement. Unter Vermittlung der Botschaft der Vereinigten Staaten in Wien hatte die französische Regierung ein Abkommen vorgeschlagen, mit welchem die internierten Zivilisten in Frankreich und Österreich-Ungarn, welche krank waren oder einer Behandlung bedurften, in der Schweiz hospitalisiert würden; in gleicher Weise, wie dies zwischen Frankreich und Deutschland beschlossen worden war.

Am 26. November übermittelte die österreichisch-ungarische Gesandtschaft in Bern an das Politische Departement, dass die Botschaft der Vereinigten Staaten in Paris der französischen Regierung das Einverständnis der österreichisch-ungarischen Regierung bezüglich der Hospitalisierung hatte zukommen lassen. Als Folge dieser Kommunikation begaben sich schweizerische medizinische Kommissionen auf den Weg, welche die internierten österreichisch-ungarischen Zivilisten in Frankreich untersuchen sollten; eine Spezialkommission für

381 BAR E 27 13968: Brief der Schweizerischen Gesandtschaft in Berlin an das Politische Departement vom 27. Juni 1918; ebd.: Vorauszusehende Verhandlungsfragen für die Konferenz vom 17. August 1918 aus dem Hauptquartier vom 10. August 1918.

382 BAR E 27 13969: *Dans la conférence qui a lieu le 27 Septembre 1918 à Berne entre le Service Suisse de l'Internement et les délégués français les conclusions ci-dessous ont été adoptées; ebd.: Procès-verbal de la conférence du 27 septembre 1918 entre les représentants du Service de l'internement suisse et les délégués de l'Ambassade de France et du Ministère français de la guerre.*

383 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport*, S. 6f.

384 BAR E 27 13980: Brief des Chefs des Internierungsdienstes Oberst von der Mühl an das Politische Departement vom 15. Mai 1919.

die Untersuchung der internierten Franzosen wurde in Imst in Tirol eingerichtet. Im Dezember wurde das Abkommen um die Repatriierung von Zivilinternierten erweitert. Die ersten internierten Zivilisten aus Österreich kamen im Januar 1917 in der Schweiz an.³⁸⁵

Darüber hinaus einigte sich die österreichisch-ungarische Regierung mit dem Roten Kreuz im Februar 1916 darüber, dass italienische Kriegsgefangene zur Kur nach Zermatt reisen durften.³⁸⁶ Im Oktober 1916 wurde dann zwischen Österreich-Ungarn und Frankreich eine Übereinkunft erzielt, dass man auch Schwerverletzte und Invaliden über die Schweiz austauschen wolle. Nach der Untersuchung durch eine medizinische Kommission wurden von Feldkirch aus französische und serbische Kriegsgefangene in ihre Heimat transportiert. Die Österreicher und Ungarn wurden in Lyon übergeben.³⁸⁷

Zudem wurde zwischen Italien und Österreich-Ungarn ein umfangreicher Gefangenenaustausch verhandelt. Insgesamt sollten 41.000 Mann über die Schweiz ausgetauscht werden. Dies wurde von Italien jedoch nicht abschließend genehmigt.³⁸⁸

8. Verhandlungen der Schweiz mit den USA

Am 29. April 1918 informierte der schweizerische Gesandte in Paris, Dunant, das Politische Departement, dass die amerikanische Regierung die Absicht habe, sich an die Schweiz zu wenden. Ziel war die Internierung von kranken und verwundeten amerikanischen Kriegsgefangenen. Zudem wollten die USA eine Station in der Schweiz einrichten, um ihre Soldaten zu pflegen, deren Verletzungen so schwer waren, dass man sie nicht in die Heimat zurücktransportieren konnte.³⁸⁹ Die Vereinigten Staaten wollten eine medizinische Kommission in die Schweiz entsenden. Diese sollte zusammen mit den SRK und anderen Hilfseinrichtungen für die amerikanischen Soldaten tätig werden, falls diese in der Schweiz gepflegt werden sollten, oder für eventuell kommende Internierte aus Deutschland.³⁹⁰

Am 9. Mai schrieb der Gesandte der USA in Bern, Pleasant A. Stovall, an den Chef des Politischen Departements, dass man mit der deutschen Regierung in Verhandlungen treten werde, um die Internierung oder Repatriierung von Kriegsgefangenen zu besprechen.

385 Favre, Edouard: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 38.

386 NZZ 137, Nr. 227 vom 12. Februar 1916.

387 BAR E 27 14044 Bd. 2.

388 BAR E 27 14044 Bd. 3.

389 BAR E 27 13986: Brief von Dunant an das Politische Departement vom 29. April 1918; Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport, S. 7.

390 BAR E 27 13978: Stovall an Bundespräsident Calonder vom 22. Mai 1918; NZZ 139, Nr. 713 vom 31. Mai 1918.

Zudem hatte er den Auftrag bei der Schweizer Regierung anzufragen, ob diese bereit wäre, die Internierten aufzunehmen und medizinische Kommissionen in die Lager in Deutschland zu schicken, um dort amerikanische Kriegsgefangene zu untersuchen. Zugleich wurde versichert, dass man die anfallenden Kosten übernehmen werde.³⁹¹

Armeearzt Hauser stimmte prinzipiell zu, machte jedoch einige Vorbehalte bezüglich der Zahl der Internierten und des für diese benötigten Platzes sowie vor allem auch hinsichtlich der Belieferung der Schweiz mit Lebensmitteln, Kohle und Öl.³⁹² Eine Ansicht, welche auch das Politische Departement aufgrund der wirtschaftlichen Lage der Schweiz teilte.³⁹³ Die Bundesversammlung richtete eine von 40 Mitgliedern unterzeichnete Erklärung an Bundespräsident Calonder, in welcher im Hinblick auf die Schweizer Hotellerie und den Fremdenverkehr auf die Notwendigkeit einer Ausdehnung der Internierung auch auf amerikanische Soldaten hingewiesen wurde.³⁹⁴

Am 20. Juli 1918 fragte Stovall an, ob die Schweiz nicht einen Delegierten auf die bevorstehende deutsch-amerikanische Konferenz schicken könnte und ferner ob man einen Raum zur Verfügung stellen könne, in welchem die Konferenz stattfinden sollte.³⁹⁵ Auch von deutscher Seite wurde eine Anfrage gestellt, ob die Schweiz nicht den Vorsitz übernehmen würde.³⁹⁶

Die Konferenz fand vom 23. September 1918 bis 11. November 1918 in Bern statt. Die Delegierten für die USA waren John W. Garret, John W. Davies, Generalmajor F.J. Kerran und Marinekapitän H.H. Hough. Für Deutschland waren dies Fürst zu Hohenlohe-Langenburg, Graf von Montgelas, Oberst von Fransecky, Legationsrat von Keller, Major Dramdt und Korvettenkapitän Wilke. Die Leitung der Verhandlungen übernahm der Schweizer Minister Dini-chert.³⁹⁷

Das dort geschlossene Abkommen regelte »besonders eingehend die Behandlung der Kriegsgefangenen [...]. Ferner enthält dieselbe Bestimmungen über die Heimschaffung und die Internierung von Kriegsgefangenen, die Entlassung des Sanitätspersonals, sowie über das Los der zurückgehaltenen Zivilpersonen.«³⁹⁸

391 BAR E 27 13986: Brief von Stovall an Bundespräsident Calonder vom 9. Mai 1918.

392 Ebd.: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 14. Mai 1918.

393 Ebd.: Brief des Politischen Departements an Stovall vom 23. Mai 1918.

394 BAR E 27 13986: Brief von Nationalrat Michel an Bundespräsident Calonder vom 26. Juni 1918.

395 Ebd.: Brief von Stovall an Bundespräsident Calonder vom 20. Juli 1918.

396 Ebd.: Kaiserlich Deutsche Gesandtschaft Nr. Kr. 2 IX. A. 3740 an das Politische Departement vom 9. August 1918.

397 BAR E 27 13986.

398 Ebd.: Mitteilung an die Presse vom 11. November 1918.

Es wurde jedoch durch den Waffenstillstand am 11. November 1918 außer Kraft gesetzt. Dennoch versuchte die Schweiz, einzelne Punkte des Abkommens umzusetzen. Man wollte besonders auf die Passagen zur Unterbringung und Versorgung der Gefangenen zurückkommen.³⁹⁹ Zudem wurde ein Austausch von Sanitätspersonal vorgenommen. Von deutscher Seite war man durch den Waffenstillstand dazu verpflichtet, von amerikanischer Seite ging eine Zusicherung ein, dass man das Sanitätspersonal und Schiffsbesatzungen nach Hause schicken werde.⁴⁰⁰

399 Ebd.: Brief des Schweizer Gesandten in Washington an das Politische Departement vom 16. Januar 1919.

400 Ebd.: Brief der amerikanischen Gesandtschaft an das Politische Departement vom 8. April 1919.

9. Die Internierung nach dem Waffenstillstand

Im Anschluss an den Waffenstillstand von Compiègne am 11. November 1918 endete die Internierung für die französischen, belgischen und englischen Internierten sofort.⁴⁰¹ Die deutschen Internierten hingegen blieben bis auf weiteres in ihrem bisherigen Status als Kriegsgefangene.⁴⁰² Von französischer Seite wurde erklärt, dass mit dem Waffenstillstand die früheren diesbezüglichen Abmachungen aufgehoben waren.⁴⁰³ Von belgischer Seite aus verwies man ebenfalls auf Artikel 10 der Waffenstillstandsvereinbarungen; dennoch wurde die Heimschaffung der deutschen Internierten aus belgischer Gefangenschaft gemäß den früheren Abkommen weitergeführt. Sie erfolgte also aus gesundheitlichen Gründen.⁴⁰⁴ Für die deutschen Kriegsgefangenen gab es nun keine Hoffnung mehr, durch das Berner Abkommen repatriert zu werden. Sie waren vollkommen von der weiteren internationalen Entwicklung und der Gnade der Sieger abhängig.⁴⁰⁵ Jedoch setzte sich Papst Benedikt XV. für die deutschen Kriegsgefangenen ein.⁴⁰⁶

Von englischer Seite aus wurde im November 1918 die Zustimmung gegeben, diejenigen Internierten zu repatriieren, welche aus englischer Kriegsgefangenschaft in die Schweiz gelangt waren. Dies sollte zunächst auf der Grundlage der Haager Vereinbarung vom 14. Juli 1918 erfolgen, da diese jedoch noch nicht in Kraft getreten war, geschah dies »*as an act of grace as such prisoners are not entitled to that privilege under armistice*«.⁴⁰⁷ Eine Maßnahme, die wohl auch dazu gedacht war, die Schweiz nicht vor den Kopf zu stoßen, welche die Heimschaffung bereits in die Wege geleitet hatte.⁴⁰⁸

Nun wurde von schweizerischer Seite festgestellt, dass sich im Januar, Februar und März 1919 die Fluchtversuche von deutschen Internierten vermehrten. Grund dafür waren kursierende Gerüchte, dass man sie in französische Gefangenschaft zurückführen wolle.⁴⁰⁹

401 BAR E 27 13980: Brief der Französischen Botschaft an das Politische Departement vom 13. November 1918; ebd.: Verbalnote III b 34658/170071 an die Schweizerische Gesandtschaft in Berlin vom 16. November 1914; *NZZ* 139, Nr. 1505 vom 17. November 1918; *Journal de Genève* vom 2. Februar 1920.

402 BAR E 27 13966: Oberstleutnant Aepli an den Kommandanten der Internierungsregion Davos vom 18. November 1918.

403 BAR E 27 13980: Brief des Politischen Departements an die k.u.k. Österreichisch-Ungarische Gesandtschaft in Bern vom 27. November 1918.

404 Ebd.: Brief der Belgischen Gesandtschaft an das Politische Departement vom 24. Dezember 1918.

405 Stibbe: *The Internment of Civilians by Belligerent States*, S. 18.

406 Nr. 94, Eigenhändiges Schreiben des hl. Vaters an Se. Eminenz den hochw. Herrn Kardinal Erzbischof von Hartmann vom 10. März 1919, in: *Kirchlicher Anzeiger für die Erzdiözese Köln* 59/9 (1919).

407 BAR E 27 13980: Schweizerische Gesandtschaft in London an das Politische Departement vom 18. Dezember 1918.

408 Ebd.: Int. XXI c an die Kriegsgefangeneninternierung der Sanitätsabteilung des Armeestabes vom 28. November 1918.

409 BAR E 27 14021: Rundschreiben 974 B. des Chefs der Internierung Oberst von der Mühl an die Kommandanten der Internierungsregionen vom 21. Februar 1919.

Von deutscher Seite aus wurden die Internierten zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in die Schweiz zurückgebracht, obwohl man dazu weiterhin verpflichtet gewesen wäre.⁴¹⁰ Die Gesamtzahl von deutschen Internierten betrug am 8. März 1919 noch 5374 Mann.⁴¹¹

Im April 1919 gab Frankreich die Zustimmung, dass verwundete und tuberkulöse Internierte nach Deutschland repatriiert werden dürften.⁴¹² Zudem durften all diejenigen Soldaten, welche bereits von den Kommissionen als repatriierungsfähig angesehen wurden, in ihre Heimat zurückkehren.⁴¹³

Erst im Juli 1919 gab es eine telegrafische Anweisung aus Paris, dass man die deutschen Internierten nach Hause entlassen dürfe, wenn sie so weit wiederhergestellt waren, dass man sie transportieren konnte, oder wenn sie nicht für die Liquidierung des Internierungsdienstes benötigt wurden.⁴¹⁴ Dennoch gab es vor allem logistische Probleme bei der sofortigen Heim-schaffung der Internierten, von denen ein beträchtlicher Teil noch nicht reisefähig war.⁴¹⁵ Zudem wünschte die französische Regierung, dass ein Teil der Internierten in der Schweiz bleiben sollte. Neben denen, welche für die Gesandtschaften und Konsulate arbeiteten, ging es vor allem um Tuberkulosekranke, die zur weiteren Heilung in der Schweiz bleiben sollten.⁴¹⁶

Zudem gab es für die Schweiz noch finanzielle Aspekte zu klären. Man benötigte Züge, um die Menge an Gefangenen überhaupt transportieren zu können, und die Kohle, um die Loks zu befeuern. Dies wurde schließlich von den betreffenden Regierungen übernommen.⁴¹⁷

Am 12. März 1919 verließen die letzten englischen Internierten die Schweiz. Zwei Tage später folgten die letzten französischen Internierten. Am 16. März kehrten die letzten belgischen Internierten, am 2. September 1919 die letzten ungarischen und am 21. Oktober die letzten österreichischen Internierten in ihre Heimat zurück. Der letzte Transport mit deutschen Internierten verließ die Schweiz am 31. Oktober 1919.⁴¹⁸

410 BAR E 27 14021: Brief an den Chef des Internierungsdienstes vom 28. März 1919.

411 BAR E 27 14032: Tages-Rapport des Kreisquartiermeisters für die deutschen Regionen.

412 BAR E 27 13980: Brief des Politischen Departements an die Sektion für Kriegsgefangeneninternierung der Sanitätsabteilung des Armeestabes vom 7. April 1919.

413 Ebd.: Rundschreiben Nr. 991 B. des Chefs des Internierungsdienstes Oberst von der Mühl an die Kommandanten der Internierungsregionen vom 23. Mai 1919.

414 Ebd.: Brief Int. XXI c an die Deutsche Gesandtschaft in Bern vom 14. Juli 1919; BAR E 27 13966: Rundschreiben Nr. 999 B Von Armeearzt Oberst Hauser an die Kommandanten der Internierungsregionen vom 14. Juli 1919.

415 BAR E 27 13980: Conférence du 14. Novembre 1918. Rapatriement des Internés français.

416 Ebd.

417 Ebd.

418 BAR E 27 13965: Brief von Hauptmann Zigerli an das Politische Departement vom 25. April 1923.

Die Internierung der deutschen Kriegsgefangenen endete schließlich durch eine Übereinkunft mit der deutschen Gesandtschaft in Bern am 1. November 1919.⁴¹⁹ Ende des Jahres 1920 wurden Armeearzt Oberst Hauser, der Chef der Kriegsgefangeneninternierung Oberst von der Mühl und Oberstleutnant Aebi, der Zentralquartiermeister, aus dem Internierungsdienst entlassen.⁴²⁰ Die noch zu erledigenden Geschäfte und Aufgaben wurden an die Abteilung für Auswärtiges übergeben. Dort war Hauptmann Zigerli, der bisherige Stellvertreter des Zentralquartiermeisters, damit beauftragt worden, die Liquidierung zu übernehmen. Den Angestellten im Dienst der Internierung wurde auf den 31. Januar 1919 gekündigt.⁴²¹

Ein Archiv mit den Akten des Internierungsdienstes, welche in Bern gesammelt worden waren, wurde im ehemaligen Gebäude der deutschen Gesandtschaft im Bierhübeliweg 17 untergebracht, damit bei allfälligen Fragen auf die Unterlagen zurückgegriffen werden konnte.⁴²² Am 27. Januar 1921 wurde eine Schlussbilanz angefertigt, auf der ein Plus von 848.315,96 Franken verzeichnet wurde.⁴²³ Dazu kamen noch 690.197,70 Franken an Internierungskosten, welche von Österreich und Ungarn noch nicht bezahlt waren.⁴²⁴

Das verbliebene Geld der Internierung wurde der Schweizer Staatskasse übereignet; abzüglich der Forderungen von 39.955,60 Franken, welche der Internierungsdienst noch an die Militärversicherung und das Sanitätsmagazin hatte.⁴²⁵

Allerdings waren die Kompetenz und die Dauer der Beschäftigung von Hauptmann Zigerli nicht abschließend geregelt, weshalb es zu einem Briefwechsel zwischen dem Bundesrat, der Abteilung für Auswärtiges, dem Finanzdepartement, dem Oberkriegskommissariat und der Bundesanwaltschaft kam. Streitpunkte waren neben den Gehaltszahlungen und den von den Eigentümern von Internierungseinrichtungen gestellten Entschädigungsforderungen vor allem Unregelmäßigkeiten in der Buchführung und die Frage, wann die Internierung endgültig

419 Ebd.: Brief des Zentralquartiermeisters an das Schweizerische Politische Departement vom 4. November 1919.

420 BAR E 27 13958: Brief vom Chef der Kriegsgefangeneninternierung Oberst von der Mühl an das Politische Departement vom 20. November 1920; ebd.: Brief des Politischen Departements an Oberst von der Mühl vom 18. Dezember 1920; ebd.: Brief des Politischen Departements an Oberstleutnant Aebi vom 18. Dezember 1920.

421 BAR E 27 13959: Brief aus der Auskunftsstelle der Kriegsgefangeneninternierung an Bundespräsident Calonder vom 3. Dezember 1918.

422 BAR E 27 13965: Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Schweizerischen Bundestages vom Dienstag den 8. April 1919; BAR E 27 13966: Brief Nr. 353000 von Armeearzt Oberst Hauser an die Kommandanten, Dirigierenden Sanitätsoffiziere, Platzkommandanten, behandelnden Ärzte und verantwortlichen Rechnungsführer der Internierungsregionen St. Gallen, Zentralschweiz, Zürich, Basel und Bern vom 2. August 1919; hier findet sich ein Verweis auf den Befehl Nr. 928 B, in welchem die Konzentration und Archivierung der Akten verfügt wurden; die Korrespondenz über das Mietverhältnis mit dem Architekten Rieser, dem Eigentümer der Liegenschaft, befindet sich ebenfalls in BAR E 27 13965 und BAR E 2001 B 1000/1501.

423 BAR E 27 13965: Brief des Politischen Departements an das eidgenössische Finanzdepartement vom 16. März 1921.

424 Ebd.: Brief des Eidgenössischen Finanzdepartements an das Politische Departement vom 31. März 1921.

425 Ebd.: Brief des Eidgenössischen Oberkriegskommissariats an die Abteilung für Auswärtiges vom 23. Juni 1921.

abgeschlossen werden und man die Konten auflösen konnte. Dabei kam es auch zu einer Untersuchung bezüglich des Hauptmanns Zigerli, da dieser zu viele Überstunden abgerechnet haben sollte. Zigerli selbst verließ die Schweiz und hielt sich zunächst in Belgien, später in Afrika auf. Er schuldete der Schweiz die Rückzahlung seiner fälschlich ausgezahlten Beträge von 13.025,65 Franken, die er jedoch nicht zurückzahlen konnte. Zigerli hielt sich weiter in Afrika auf und kehrte erst in die Schweiz zurück, als man in Afrika einen Mordversuch gegen ihn unternommen hatte. Das genaue Ende der Abrechnungen des Internierungsdienstes und der Schluss der Rechnungsbücher verlieren sich leider in den Wirren um den Prozess und das Verschwinden von Hauptmann Zigerli, den man in Montreux aus den Augen verloren hatte.⁴²⁶

Der Bundesrat beschloss am 26. Januar 1922 den Inhabern der ehemaligen Internierungseinrichtungen nachträglich eine Entschädigung auszubezahlen, um die übermässige Abnutzung zu vergüten, die in den Häusern entstanden war.⁴²⁷ Mit der Zahlung von 10.000 Franken an das Eigentümerehepaar der *Pension Terrasse* wurde die letzte Entschädigung bezahlt.⁴²⁸

10. Die Organisation des Internierungsdienstes

Die Arbeit der Kommissionen

Wie zuvor bereits erwähnt, gab es zwei Arten von Kommissionen: die Nachlesekommissionen und die Austauschkommissionen. Die Nachlesekommissionen hatten die Aufgabe, die Gefangenenlager zu inspizieren und die Kandidaten, welche für eine Internierung in Frage kommen, auszuwählen. Sie wählten zudem auch diejenigen Gefangenen aus, die für eine Repatriierung im Rahmen des Austausches von Kriegsverletzten in Frage kamen. Die belgischen, französischen und englischen Gefangenen wurden von Kommissionen, die nach Deutschland reisten, ausgewählt und nach Konstanz gebracht, die deutschen Gefangenen, die man in Frankreich ausgewählt hatte, wurden nach Lyon gebracht. Dort wurden sie von einer Austauschkommission untersucht. Diese traf die endgültige Entscheidung, wer für eine Internierung in Frage kam.

426 Der Briefwechsel findet sich in BAR E 27 13965; zur Anklage gegen Zigerli: ebd.: Brief des Politischen Departements an die Schweizerische Bundesanwaltschaft vom 3. November 1923. Dokumente zum Mordversuch an Zigerli und seine Rückkehr in die Schweiz befinden sich ebenfalls in BAR E 27 13965.

427 *Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend die Ausrichtung einer Entschädigung an Inhaber von Interniertenanstalten*, in: *Bundesblatt* vom 15. November 1921, S. 25-34; BAR E 27 13965: Brief des Politischen Departements an die Schweizerische Bundesanwaltschaft vom 3. November 1923.

428 BAR E 27 13965: Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Schweizerischen Bundesrates vom 28. Oktober 1924.

Am 24. Februar wurde eine Order ausgegeben, die den Ablauf der Reise der ersten Kommissionen regelte. Unter den Ärzten, welche sich auf diese erste Reise begaben, war auch der Rotkreuzchefarzt Oberst Bohny, der insgesamt zehn Kommissionen nach Berlin führte, zwei Monate in verschiedenen Lagern tätig war und zudem auch in Lyon als Mitglied der Austauschkommission tätig war.⁴²⁹

Die Abreise der Kommissionen wurde auf den 1. März 1916 gelegt.⁴³⁰

Die Nachlesekommissionen begannen ihre Arbeit erst, nachdem die ersten Internierten bereits in der Schweiz waren. Die Internierten, welche am 26. Januar, 8. Februar und 14. Februar 1916 die Schweiz erreichten, wurden von den Lagerärzten ausgewählt und nach Lyon oder Konstanz gebracht. Größtenteils handelte es sich um Tuberkulosekranke.⁴³¹

Da wenig später auch die Engländer Interesse an der Internierung zeigten, wurden im Juni nach gleichem Muster vier Kommissionen nach Deutschland geschickt, um die englischen Kriegsgefangenen, und fünf Kommissionen nach England, um die dortigen deutschen Kriegsgefangenen zu untersuchen. Die Kommissionen, welche nach England reisten, bekamen einen englischen Offizier an die Seite gestellt.⁴³² Der britische Gesandte Grant Duff war selbst nach Châteaux-d'Œx gereist, um die Ankunft der ersten englischen Internierten mitzuerleben.⁴³³ Da sich für England der Transport in die Schweiz als schwierig erwies, kam es wiederholt zu Verspätungen bei der Ankunft der deutschen Kriegsgefangenen in Lyon. Horace Rumbold entschuldigte dies in einem Schreiben an den Bundesrat mit den Worten: »*In the one case there's a sea to cross and a land journey across another state [...]*«. ⁴³⁴

Im Herbst 1916 wurde die Liste der Krankheiten, die zur Internierung berechtigten, erweitert und den Nachlesekommissionen wurde eine neue, noch umfangreichere Anweisung, die *Instructions aux Commissions sanitaires suisses pour le triage des prisonniers de guerre dans le Camps de France, d'Allemagne et d'Angleterre*, mitgegeben.⁴³⁵

429 BAR J.2.15/519 Z-b/258: Das schweizerische Rote Kreuz während der Mobilisation 1914-1919; NZZ 137, Nr. 332 vom 1. März 1916; NZZ 136, Nr. 223 vom 25. Februar 1915.

430 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 214; BAR E 27 13968: Order an die Schweizerischen Sanitarischen Kommissionen, die für die Nachlese in den Kriegsgefangenenlagern Deutschlands & Frankreichs bestimmt sind, vom 24. Februar 1916.

431 NZZ 137, Nr. 1156 vom 19. Juli 1916.

432 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 28.

433 BAR E 27 13969: Brief von Duff an Bundespräsident Decoppet vom 2. Juni 1916; NZZ 137, Nr. 865 vom 30. Mai 1916.

434 BAR E 27 13969: Brief von Rumbold an Bundesrat Hoffmann vom 8. Dezember 1916.

435 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 209, S. 214.

Die Kommissionen sollten nun zusätzlich Listen für die Zivilinternierten anlegen, die zu repatriieren oder zu internieren waren. Die Listen der Kriegsgefangenen wurden unterteilt nach Offizieren und Unteroffizieren und Mannschaften. Der Schweizer Armeearzt hatte zusätzlich das Recht, eigene Listen mit Personen aufzustellen, die ihm gesondert für die Internierung empfohlen wurden. Diese wurden ebenfalls den Kommissionen zugestellt. Sehr schnell bekam sein Büro so zahlreiche Anfragen. Die Kommissionen erhielten zudem zahlreiche Empfehlungsschreiben. Diese waren jedoch oft unpräzise und machten ausführliche Recherchen notwendig, weshalb man im Juni 1916 eine Auskunftsstelle in der Marktgasse 39 in Bern einrichtete. Alle Anfragen bezüglich der Internierung mussten an diese Stelle gerichtet werden, welche die Listen vorbereitete und diese dann den Kommissionen mit auf den Weg gab. Das Gesuch um Internierung in der Schweiz oder Austausch musste in dreifacher Ausfertigung ausgefüllt werden.⁴³⁶

1916 machten sich insgesamt zwanzig Kommissionen auf den Weg nach Deutschland, um Franzosen und Belgier zu untersuchen. Zudem gab es weitere vier Kommissionen, die im Juni und Juli 1916 englische Gefangene in Deutschland untersuchten.⁴³⁷ Sechzehn Kommissionen arbeiteten in Frankreich, um deutsche Gefangene zu untersuchen. Weitere neun Kommissionen fuhren im Lauf des Jahres nach England.⁴³⁸ Die Kommissionen in Deutschland untersuchten im Jahr 1916 82.439 französische und belgische Kriegsgefangene sowie Zivilinternierte. Davon schlugen sie 20.677 für die Internierung und 561 für den Kriegsgefangenen-austausch vor. Zusätzlich wurden 4850 englische Kriegsgefangene untersucht. 1247 wurden für eine Internierung vorgeschlagen. In Frankreich wurden im selben Zeitraum 46.339 deutsche Kriegsgefangene und Zivilinternierte untersucht. 6522 wurden für eine Internierung vorgeschlagen und 606 für den Kriegsgefangenen-austausch. In England fanden 12204 Untersuchungen statt. 1880 Gefangene wurden für die Internierung und 120 Personen für die Repatriierung vorgeschlagen.⁴³⁹ Die Austauschkommissionen setzten sich aus zwei Schweizer Militärärzten und drei Militärärzten des Staates, in dessen Lagern sich die Kriegsgefangenen befanden, zusammen. Zusätzlich gehörte ein Vertreter des Kriegsministeriums dieses Staates der Kommission an; dieser hatte allerdings kein Stimmrecht.⁴⁴⁰

436 BAR E 27 14048 Bd. 1; *NZZ* 137, Nr. 980 vom 19. Juni 1916, Nr. 1149 vom 18. Juli 1916. *Journal de Genève* vom 18. Juni 1916.

437 *German Prisoners in England*, in: *Times* vom 20. Oktober 1916.

438 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1916. Premier Rapport, S. 27ff.

439 Zahlen nach ebd., S. 31ff.

440 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1916. Premier Rapport, S. 35.

Die Arbeit der Kommissionen auf deutscher Seite begann in Würzburg am 26. April 1916 und wurde später in Konstanz fortgesetzt. In Frankreich begann man am 29. April 1916 in Lyon. Die Soldaten, die der Austauschkommission vorgestellt wurden, waren alle bereits von einer der Nachlesekommissionen untersucht worden. In zweifelhaften Fällen entschied die Austauschkommission letztinstanzlich über die Internierung oder die Zurückweisung mit der Mehrheit der Stimmen der Militärärzte.⁴⁴¹ Die Zurückgewiesenen wurden nicht in die gewöhnlichen Gefangenenlager zurückgeschickt, sondern in speziellen Lagern, den *Camps d'inadptés* untergebracht, welche speziell für diese Streitfälle eingerichtet wurden. Dort blieben die Gefangenen unter Beobachtung.

Major Edouard Favre machte durch Analyse der Statistiken und anhand von Augenzeugenberichten die Beobachtung, dass es in Deutschland aufgrund der Arbeit einzelner Nachlesekommissionen für die Gefangenen relativ einfach war, ihr Lager zu verlassen und für die Internierung vorgeschlagen zu werden. Oft endete ihr Weg jedoch in Konstanz, da es schwierig war, durch die letzte Kontrolle in die Schweiz zu kommen. Favre spricht davon, dass etwa 50% der von einzelnen Kommissionen vorgeschlagenen Fälle zurückgewiesen werden mussten.⁴⁴² Diese Einschätzung teilt auch Oberstleutnant Aemmer, der vom 16. November bis 21. Dezember 1916 als Mitglied einer Austauschkommission in Konstanz tätig war.⁴⁴³ Dabei lässt sich allerdings feststellen, dass die Austauschkommission in Konstanz unter schwierigen Bedingungen arbeiten musste. Denn es war aus Platzgründen nicht möglich, die Gefangenen dort zu sammeln. Die Kommission musste ihre Untersuchungen in Lagern in Darmstadt, Rastatt und Villingen vornehmen.

In Frankreich hingegen beschrieb Favre es als ziemlich schwierig für die Gefangenen, überhaupt für die Internierung vorgeschlagen zu werden. Hatte man es allerdings bis nach Lyon geschafft, kam man in den meisten Fällen auch weiter in die Schweiz.⁴⁴⁴

In den im Bundesarchiv in Bern zu den Nachlesekommissionen gelagerten Unterlagen lassen sich zahlreiche Hinweise darauf finden, dass den Kommissionen der Zugang zu einzelnen Kriegsgefangenenlagern verwehrt wurde. Dies galt in besonderem Maße für Minen, Fabriken und Arbeitslager.

441 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 35.

442 Ebd., S. 38.

443 BAR E 27 13968: Rapport über die Tätigkeit der Austauschkommission Konstanz im Zeitraum vom 16. November bis 21. Dezember 1916.

444 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 35.

Es lassen sich darüber hinaus aber auch Beschwerden von Internierten und Kriegsgefangenen finden, die sich über die Schweizer Ärztekommisionen beschwert hatten.

Es ging dabei vor allem um die Art, wie sich die Ärzte den Gefangenen gegenüber verhalten hatten, in einem Fall wurde von einem Soldaten eidesstattlich berichtet, dass ihn der Arzt gefragt hatte: »Können sie gut pfeifen? Nun, so pfeifen sie auf die Schweiz.«⁴⁴⁵

Den Beschwerden wurde von Schweizer Seite umgehend nachgegangen. Es lässt sich den Berichten jedoch entnehmen, dass es von Seiten der Gefangenen wohl auch zu einer Verwechslung der Ärztekommisionen und der Schweizer Delegationen gab, welche die Lager zur Inspektion besuchten.⁴⁴⁶

Der Transport der Internierten

Die Transporte der Internierten in der Schweiz wurden anhand der Anweisungen des Armeearztes vom SRK übernommen. Durchgeführt wurde der Transport von den *Schweizerischen Bundesbahnen* (SBB). Dabei war dafür Sorge zu tragen, dass die Transportzüge für deutsche und französische Soldaten vom gleichen Typ waren und die gleiche Anzahl an Plätzen hatten. Auch durften die nur leicht verletzten Internierten nicht in Schlafwagen transportiert werden, denn diese waren reserviert für den Austausch der *Grands blessés*.⁴⁴⁷

Der Chefarzt des SRK Oberst Bohny traf die Abmachungen mit der SBB und anderen Transportunternehmen. Er war ebenfalls verantwortlich für die Reinigung und Desinfektion der Züge.⁴⁴⁸ Der Kommandant der Züge und die Männer, die den Zug begleiteten, wurden vom Armeearzt ausgewählt und Bohny zur Verfügung gestellt. Das Sanitätspersonal wurde von einer Sanitätsabteilung gestellt; diese Division war in Aarburg untergebracht.⁴⁴⁹

Für gewöhnlich bestand ein Transportzug aus zwei Gepäckwagen, drei Waggons für den Kommandanten und die internierten Offiziere und zwölf Waggons mit jeweils 40 Plätzen. Ein maximal gefüllter Zug konnte so 500 Männer fassen.

445 BAR E 2020 1000/130, Bd. 22: Brief der Abteilung für Gefangenenfragen der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft an Minister Dinichert vom 25. November 1918.

446 BAR E 2020 1000/130, Bd. 22.

447 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés* 1916. Premier Rapport, S. 218f.

448 Ebd., S. 43.

449 Ebd.; BAR E 27 14041: Instruktion für Zugskommandanten und Begleitdetachemente der Interniertentransporte vom 21. November 1916.

Die ausgewählten Soldaten wurden bereits von der Austauschkommission in verschiedene Gruppen eingeteilt:

1. Nach der Region, in welcher sie untergebracht werden sollen, abhängig von der Art der Erkrankung oder Verletzung.
2. Nach der Zahl der verfügbaren Betten in jeder Region.
3. Nach der Kapazität der Transportzüge.

Diese Gruppen wurden dann zum Bahnhof gebracht und auf die Züge verteilt. Verantwortlich für die Einteilung war der zuständige Verteilungsoffizier. Er übernahm die Verwaltung, die Kontrolle der Internierten, die Verteilung auf die Regionen und war ebenso für das Gepäck und dessen Transport verantwortlich.⁴⁵⁰

Die gewöhnliche Mannschaft, die einen Interniertenzug begleitete, bestand aus einem Offizier, einem Unteroffizier und sieben Soldaten.⁴⁵¹ Vor der Abfahrt des Interniertenzuges erhielt der Kommandant des Zuges vom Sortierungsoffizier die Transportliste in mindestens drei Ausführungen. Zwei für den Armeearzt und eine für den dirigierenden Sanitätsoffizier. Beim Abfahren in Genf oder in Steckborn, den Stationen des Grenzübertritts in die Schweiz, begleiteten ein Sekretär des Auskunftsbüros und Sekretäre der Botschaft oder der beteiligten Gesandtschaften den Zug und überprüften die Transportlisten. Die Sekretäre der Botschaft, der Gesandtschaften oder des Auskunftsbüros erstellten in den Zügen eigene spezielle Transportlisten. Der Verteilungsoffizier in Lyon oder in Konstanz verteilte die Internierten in den Zügen so, wie es für ihr späteres Verlassen des Zuges am sinnvollsten war.

Die Züge, die Konstanz verließen, gingen in der Regel ohne Aufteilung nach Luzern, Bern oder Lausanne, die aus Lyon nach Luzern, Zürich oder Chur. Diese Städte waren als Umsteigebahnhöfe bestimmt worden.⁴⁵² Bis zum Erreichen der Umsteigebahnhöfe unterstanden der Kommandant des Zuges und die Sanitätsabteilung dem Kommando des Chefarztes des SRK. Nach Passieren der Umsteigebahnhöfe unterstand das Kommando den dirigierenden Sanitätsoffizieren. Diese mussten sich nicht nur um den Transport der Internierten vom Verteilungsbahnhof kümmern, sondern auch um die Versorgung innerhalb der Züge.

450 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 27f.

451 BAR E 27 14041: Instruktion für Zugskommandanten und Begleitdetachements der Interniertentransporte vom 21. November 1916.

452 Ebd.; BAR E 27 13952: Instruktion über den allgemeinen Gang der Internierung von kriegsgefangenen Kranken und Verwundeten in der Schweiz vom 21. April 1916; Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 44.

Zudem mussten sie sich ebenfalls mit der Verwaltung der Eisenbahn abstimmen, um die Fahrt der Züge zu den Zielbahnhöfen zu koordinieren.⁴⁵³ Bohny legte für die Transporte fest, dass die militärischen Züge mit den französischen Internierten Konstanz um 19.30 Uhr verlassen und 45 Minuten später in Bern ankommen sollten. Dort gab es einen längeren Halt, damit sich die Internierten stärken und ankleiden konnten. Ein Vertreter der französischen Botschaft versorgte die Internierten mit einer kompletten Uniform und einem Sack, um ihre alte Kleidung zu transportieren. Die Internierten fuhren dann für gewöhnlich mit dem ersten Zug am folgenden Tag weiter. Der Kommandant des Zuges wählte den Teil des Zuges aus, den er begleitete, und teilte sein Sanitätspersonal auf die anderen Teile des Zuges auf, die Bern verließen. Dies geschah bereits alles unter dem Kommando der dirigierenden Sanitäts-offiziere.⁴⁵⁴ Die Konvois waren, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, ohne örtlichen Protest angekommen und die Internierten wurden an allen Bahnhöfen gut aufgenommen.⁴⁵⁵

Mit dem Berner Abkommen 1918 wurde bei der Leitung des Territorialdienstes eine neue Sektion für Transporte ins Leben gerufen, welche die Transporte der Internierten, den Austausch der Verwundeten und den Gefangenen austausch übernehmen sollte. Die Transporte der Schwerverletzten blieben jedoch unter Leitung des SRK.⁴⁵⁶ Mit den Rücktransporten der Internierten in ihre Heimatländer durch den *Territorialdienst der Armee* in Zusammenarbeit mit dem SRK endeten die Transporte.⁴⁵⁷

453 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport*, S. 44.

454 Ebd.

455 Ders.: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport*, S. 46.

456 BAR E 27 14039: Protokoll über die am Donnerstag den 30. Mai 1918 stattgefundene Konferenz betreffend Schaffung einer neuen Sektion für Transporte bei der Territorialdienstleitung.

457 BAR E 27 13966: Brief von Oberst Bohny an den Chef des Schweizerischen Militärdepartements Herrn Bundesrat Decoppet vom 19. Februar 1919.

Regionen, Sektoren, Unterkunft und Überwachung der Soldaten

Zu Beginn der Internierung wählte der Armeearzt die in Frage kommenden Internierungsregionen gemäß einem Vorschlag vom 21. November 1915 aus. Man wollte die deutschen Internierten in den Regionen Davos-Wiesen und die französischen Internierten in der Region Leysin-Montana unterbringen. Am 4. Januar 1916 hatte Hauser einen Bedarf von 2000 Betten in den betreffenden Regionen errechnet.⁴⁵⁸

Im Februar 1916 wurde die Zahl der Regionen bereits erhöht; zu den beiden Regionen für die Internierten der Entente kam das Berner Oberland und für die deutschen Internierten neben Davos die Region um den Vierwaldstättersee dazu. Da die Internierten sehr zahlreich in der Schweiz ankamen, war es ständig notwendig, die Zahl der Regionen zu erhöhen. Die Anweisungen vom 21. April 1916 sahen bereits 15 Regionen vor. Im Juni 1916 wurde dann die *Armeesanitätsanstalt (A.S.A)* in Luzern gegründet und wie eine eigene Region behandelt. Im Juni und August wurden die Strafkolonien von Witzwil und Kalchrein für die Internierten geöffnet und zu Regionen bestimmt. Die *Allgemeinen Instruktionen* vom 31. Juli nahmen dann weitere Veränderungen vor: St. Gallen und Appenzell wurden zusammengelegt zu einer einzigen Region, während das Oberland künftig zwei Regionen bildete: Oberland A und Oberland B. Im Juni kamen die ersten englischen Internierten in der Schweiz an. Sie wurden im August in zwei Regionen, die speziell für englische Internierte eingerichtet wurden untergebracht. Eine befand sich in Château-d'Œx und die andere in Murren. Im Oktober wurde dann eine neue Region Bex-Villars geschaffen und am 1. Oktober die Region Montana-Bas-Valais durch die Regionen Bas-Valais und Valais-Central ersetzt.⁴⁵⁹

Im Dezember 1916 wurde die Region Bern erstellt, der sich das Kommando über die Internierten, die Botschaften, die Gesandtschaften und Konsulate zurechnen ließen. Dazu kamen alle diejenigen Internierten, welche sich in den Krankenhäusern und Kliniken von Basel behandeln ließen, und auch die deutschen Internierten, welche im deutschen Generalkonsulat in Basel arbeiteten. Zudem befanden sich die offiziellen Büros der Hilfsorganisationen und des Roten Kreuzes in Bern.⁴⁶⁰

458 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 47.

459 BAR E 27 13953: Armeestab Pressebüro Mitteilung: Hospitalisierung von Kranken und verwundeten Kriegsgefangenen in der Schweiz vom Juni 1916; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 47.

460 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 48.

Die einzelnen Regionen wurden in eine bestimmte Anzahl von Sektoren geteilt. Diese waren im Laufe der Internierung weiteren Modifikationen unterworfen, die hauptsächlich durch eine Vereinfachung der Verwaltung begründet waren.⁴⁶¹ Während des Winters 1916/1917 wurden zehn Regionen mit Internierten der Entente und eine Region mit deutschen Internierten aufgegeben. Am 20. Januar 1917 gab es schließlich 211 Sektoren, welche mit Internierten besetzt waren, ohne die Straflager Witzwil, Kalchrein und die Sektoren, in welchen man die internierten kriegsgefangenen Studenten untergebracht hatte. 82 davon waren mit deutschen Internierten besetzt und 129 mit Soldaten der Entente, dabei gab es zwei gemischte Sektoren: Luzern A.S.A und Bern.⁴⁶² Während des Jahres 1917 gab es weitere Modifikationen in den Regionen. Die Region Jura-West wurde fast vollständig aufgelöst und die Internierten von dort wurden in die Regionen Berner Oberland A oder B transferiert. Zudem gab es im April einige Veränderungen bei der Zugehörigkeit von Einrichtungen zu bestimmten Regionen. So wurden drei Einrichtungen der Region Zentralschweiz separiert und der Region der A.S.A. in Luzern zugeordnet. Im Mai wurde die Region Engelberg neu geschaffen, in welcher Internierte der Entente untergebracht werden sollten.

Am 1. Juli, mit Modifikationen vom 4. Juli 1917, trat eine neue Organisation der Regionen in Kraft. Gemäß dieser waren die neuen Regionen:

Genf, La Cote (früher Dullier), Lausanne, Wallis, das zuvor weiter unterteilt war in die Regionen Valais-Bex, Bas-Valais, Valais Central und Bex-Villars, Fribourg, welches die A.S.A. einschloss, Luzern, das ebenfalls die A.S.A. beinhaltete, Basel, an welches das Aargau angeschlossen wurde, Zürich, Schaffhausen und Glarus.

Da die A.S.A. in Luzern zu klein war, um die gesamten Patienten zu beherbergen, wurden drei weitere Unterkünfte eröffnet. Eine davon ausschließlich für Engländer in Seeburg bei Luzern. Im September war Luzern dann keine eigene Internierungsregion mehr und wurde am 11. September der Region Zentralschweiz (Zentralmächte) eingegliedert. Vom 27. bis 30. November 1917 wurde dann die gesamte Region Zentralschweiz, die für Internierte der Entente reserviert war, geleert. Die Internierten wurden in die Regionen Berner Oberland A und B und Jura transferiert.⁴⁶³

461 NZZ 137, Nr. 1563 vom 2. Oktober 1916.

462 Ebd., S. 52.

463 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 63ff.

Ende des Jahres 1917 gab es so 13 Regionen für Internierte der Entente, mit insgesamt 115 Einrichtungen. Die Regionen waren: Genf, La Côte, Lausanne, Montreux, Aigle-Leysin, Valais-Bex, Fribourg, Jura, Bern, Berner Oberland A, Berner Oberland B, Murren Châteaux d'œx. Für die deutschen Internierten gab es 7 Regionen mit insgesamt 80 Einrichtungen. Diese waren: Zentralschweiz, Basel, Zürich, St. Gallen, Chur, Davos und Bern.⁴⁶⁴

Eine massive Veränderung setzte Ende 1918 und Anfang 1919 ein, als nach dem Waffenstillstand zahlreiche Internierte die Schweiz verließen. Daher legte man von Schweizer Seite die Internierten zusammen, reduzierte die Anzahl der Regionen schrittweise und legte mehrere Regionen zusammen. Damit wurde auch der Verwaltungsdienst für die aufgelösten Regionen aufgehoben und somit der Personal- und Kostenaufwand reduziert. Die betreffenden Schweizer Angestellten und Militärs wurden entlassen oder versetzt und die dort beschäftigten Internierten in die Internierungseinrichtungen zurückverlegt.⁴⁶⁵

Die Leitung der Internierungsregionen befand sich in der Hand eines jeweils ausgewählten dirigierenden Sanitätsoffiziers. Jeder von diesen verfügte über eine eigene Rechnungsabteilung. Die Angestellten des Büros und die Ordonnanzen wurden, wenn möglich, aus dem Kreis der Internierten rekrutiert.⁴⁶⁶ Gemäß der Order vom 25. Januar 1916 ernannte der dirigierende Sanitätsoffizier für jede Lokalität in seiner Region einen Sektorchef und für jede der mit Internierten besetzten Einrichtungen (Hotel, Pension, Sanatorium etc.) einen Einrichtungschef aus dem Kreis der internierten Unteroffiziere. Dieser bestimmte für jedes Zimmer einen Stubenältesten und für jede Etage einen Etagenchef.⁴⁶⁷ Da sich die Internierung stetig vergrößerte, wurde das Arbeitspensum sehr belastend für die dirigierenden Sanitätsoffiziere. Die *Allgemeinen Instruktionen* vom 31. Juli 1916 sahen daher vor, ihnen einen Adjutanten und einen Platzkommandanten an die Seite zu stellen.⁴⁶⁸ Die einzelnen Platzkommandanten wurden vom Armeearzt auf Vorschlag des dirigierenden Sanitätsoffiziers ernannt. Sie wurden unter Schweizer Sanitätsoffizieren oder Offizieren ausgewählt. Für die Sektoren, die von Zivilinternierten besetzt waren, stellte man die so genannten *remplaçants d'officiers* ein.⁴⁶⁹

464 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 66.

465 BAR E 27 13954: Rundschreiben Nr. 32450 von Zentralquartiermeister Aebi an die Kommandanten und verantwortlichen Rechnungsführer der Int. Regionen der Zentralmächte vom 10. März 1919.

466 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 51.

467 Ebd., S. 48.

468 Ebd., S. 266ff.; BIG EDA A 81-1: Allgemeine Instruktionen.

469 Ebd.: Instruktion für die Internierungs-Platzkommandanten vom 8. Januar 1917; Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 48f.

Der Platzkommandant hatte die Befehlsgewalt über die Sektorchefs und unterstand selbst dem direkten Befehl des dirigierenden Sanitätsoffiziers. Seine Verantwortlichkeit erstreckte sich auf den ihm anvertrauten Sektor und umfasste insbesondere Verwaltung und Disziplin. Er hatte dafür Sorge zu tragen, dass die Internierten in seinem Sektor die Regeln und Ordnungen kannten.

Er kontrollierte das Verhalten der Männer, den Zustand der Einrichtungen, die Besucher, welche die Internierten empfangen, oder zivilisiertes Auftreten in den Cafés. Für die Arbeit stand das Personal der Sektorstelle und die Ordonnanzen zur Verfügung. Mit der Einführung der Platzkommandanten verbesserte sich die Disziplin unter den Internierten.⁴⁷⁰ Ende des Jahres 1917 gab es 109 Platzkommandanten, 44 davon waren Sanitätsoffiziere und 65 Truppenoffiziere.⁴⁷¹

In den Sektoren wurde zur Überwachung der internierten Offiziere durch den dirigierenden Sanitätsoffizier unter Umständen ein internierter Offizier benannt, der als Überwachungsoffizier dem Platzkommandanten zugewiesen wurde. Ein erfahrener ranghoher Offizier jeder Nation wurde herangezogen und war gegenüber dem dirigierenden Sanitätsoffizier für die internierten Offiziere in seiner Region verantwortlich. Seine Zuständigkeit erstreckte sich aber nicht auf die Mannschaften.⁴⁷²

Vorgeschlagen wurden die Überwachungsoffiziere oder die Arbeitsoffiziere durch ihr Heimatland. Die Auswahl traf aber der Armeearzt. Der Überwachungsoffizier war ein Adjutant des Platzkommandanten für den allgemeinen Dienst; die Arbeitsoffiziere waren die Adjutanten für den Dienst rund um die Arbeit der Internierten. Ihre Aufgabe war es, die Arbeitsstätten zu überwachen und im Besonderen auch die Internierten zu kontrollieren, welche dort beschäftigt waren.

Auf übergeordneter Regionsebene hat man so genannte überwachende internierte Offiziere (*officiers surveillants*) eingerichtet, weil sich, wie man den monatlichen Rapporten der dirigierenden Sanitätsoffiziere entnehmen kann, so die Disziplin unter den Internierten verbesserte.⁴⁷³

470 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 49.

471 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 68.

472 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 50; BIG EDA A 81-1: Instruktion für die Internierungs-Platzkommandanten vom 8. Januar 1917.

473 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 50.

In den Regionen mit französischen Internierten etablierte sich ab August 1916 auf Betreiben der französischen Botschaft und der internierten Offiziere in jeder Region eine dreiköpfige Kommission. Der Präsident war in der Regel der rangälteste Offizier und wurde vom Armeearzt auf Vorschlag der Botschaft ausgewählt. Er wählte seine beiden Kollegen aus. Diese Kommission beschäftigte sich vor allem mit der Aufsicht über die Offiziere und Fragen der Uniform und Disziplin innerhalb der internierten französischen Soldaten. Dabei arbeitete sie eng mit den Platzkommandanten und den Kommandanten der Region zusammen.

Auf der deutschen Seite gab es eine andere Organisation. Der Präsident der regionalen Kommission war der rangälteste Offizier. Seine Aufgabe war die Überwachung der internierten Offiziere und er war gegenüber dem Regionskommandanten verantwortlich. Die Aufsicht über die Unteroffiziere und Soldaten hingegen war den schweizerischen Autoritäten übertragen.⁴⁷⁴

Diese Hierarchie reservierte die letzten Rechte zwar den Schweizer Offizieren, aber man gestand den internierten Offizieren und Unteroffizieren einen hohen Grad an Selbstständigkeit zu und hoffte darauf, dass sie auf die ihnen unterstellten Mannschaften Einfluss nehmen konnten. Dies lag auch daran, dass die internierten Unteroffiziere, welche zu Kontrollfunktionen herangezogen wurden, nach ihrer Qualifikationen unter ihren Landsmännern ausgewählt wurden.

Dennoch konnten die Schweizer Behörden jederzeit in den Ablauf der Internierung eingreifen und ausgesprochene Disziplinarmaßnahmen und Strafen unter Umständen aufheben. Im Allgemeinen bemühten sich die dirigierenden Sanitätsoffiziere jedoch, die Autorität der internierten Unteroffiziere zu gewährleisten, da man deren Arbeit für gut und wichtig befand.⁴⁷⁵

Man war von Schweizer Seite überrascht, dass die Autorität eines Offiziers unter seinen Männern auch durch die Internierung nichts an ihrer Wirkung verlor. Der Armeearzt nutzte daher die Möglichkeit, dass die Offiziere Einfluss auf ihre Männer nehmen konnten, und ordnete in den Instruktionen vom 21. April 1916 an, dass in allen Interniertenorten eine Wohngelegenheit für die Offiziere eingerichtet wurde.

474 Ders.: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917*. Second Rapport, S. 70f.; BIG EDA A 81-1: Instruktion für die Internierungs-Platzkommandanten vom 8. Januar 1917; *NZZ* 137, Nr. 862 vom 30. Mai 1916.

475 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 50.

Auf diese Weise standen die Mannschaften zumindest in indirekter Weise unter der Kontrolle ihrer Offiziere. Die Rolle der internierten Überwachungsbeamten wurde im weiteren Verlauf der Internierung immer notwendiger, aber es war nicht immer leicht, die geeigneten Offiziere für diese Aufgabe zu finden.⁴⁷⁶

Innerhalb der Sektoren musste man die Einrichtungen und Unterkünfte für die Internierten auswählen. Zu diesem Zweck führte man in Zusammenarbeit mit dem schweizerischen Hoteliersverband eine Umfrage durch. Diese diente als Richtlinie, nach welcher man vor allem die Hotels auswählte, welche an der aktuellen wirtschaftlichen Krise litten, die geforderten Bedingungen erfüllten und die darüber hinaus nicht von Ausländern besucht wurden, da man verhindern wollte, dass sich Internierte und andere Ausländer vermischten.

»Schöne Hotels, die in der schweren kriegerischen Zeit des gewohnten Fremdenstroms entbehren, sind zu Interniertenheimen umgewandelt. Einer durchgreifenden, Körper und Seele stählenden Kur werden hier die Opfer des Krieges, Militär- wie Zivilgefangene, teilhaftig. Gute Verpflegung, frische Luft, wohltuendes Ausruhen und froher Sport und Spiel lassen die bleichen Wangen bald wieder sich mit dem Rot der Gesundheit färben.«⁴⁷⁷

Der Aufruf richtete sich vor allem an Einrichtungen in privater Hand; diejenigen, welche vom Konkurs bedroht waren, wurden jedoch ausgenommen. Die Eigentümer der Hotels waren verpflichtet, eine ganze Reihe von Aufgaben zu erfüllen. In einzelnen seltenen Fällen wurde daher ein Hotel geräumt, weil der Geschäftsführer nicht die vorgeschriebenen Bedingungen erfüllte.⁴⁷⁸ Es wurde kein spezieller Vertrag mit den Eigentümern der Einrichtungen geschlossen, aber die Leitung der Internierung reservierte sich die Freiheit, ganze Einrichtungen von einem Tag auf den anderen zu räumen, falls sich Schwierigkeiten ergaben oder eine militärische Notwendigkeit dazu bestand. Der Internierungsdienst zahlte den Eigentümern der Einrichtungen für Offiziere 6 Franken und für Soldaten 4 Franken pro Tag. Ab Mai 1917 erhöhte sich der Tagessatz für die Inhaber der Einrichtungen mit deutschen Internierten rückwirkend auf den 1. Januar 1917 um einen Franken. Für die Einrichtungen mit englischen Internierten erhöhten sich die Bezüge ab 1. Juni 1917, für die mit französischen und belgischen Internierten ab dem 1. September 1917.⁴⁷⁹

476 Ebd., S. 51.

477 Kames: Bei den deutschen Kriegsgästen der Schweiz, S. 4.

478 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 54.

479 Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend die Ausrichtung einer Entschädigung an Inhaber von Interniertenanstalten; *NZZ* 138, Nr. 1976 vom 22. Oktober 1917.

Ein Zuschuss war vorgesehen für die Unterbringung von Tuberkulösen, da man für diese eine bessere Ernährung garantieren musste. Offiziere sollten nach Möglichkeit in einem Einzelzimmer untergebracht werden. Unteroffiziere und Soldaten in Zwei-, Drei- oder Vierbettzimmern.⁴⁸⁰

Es gab einen vorgeschriebenen Ernährungsplan, der den Gewinn der Gastgeber sehr gering ausfallen ließ, da man jedem Internierten täglich eine bestimmte Ration an Nahrungsmitteln zukommen lassen musste. Zudem erhöhten sich die Preise für die Grundnahrungsmittel stetig.⁴⁸¹ Der Wirt musste ein Buch mit den Speisekarten anlegen, welche jeder der Internierten erhielt. Auf deren Rand sollte Platz reserviert werden für Beobachtungen oder Reklamationen der Internierten. Auf Forderung des Kriegsministers in Berlin wurden in den deutschen Regionen zwei Internierte dem Einrichtungschef als Unterstützung zugeteilt, um eine »Haushaltskommission« zu bilden. Diese war für die Kontrolle und die Übermittlung von die Speisekarte betreffenden Reklamationen zuständig.⁴⁸² Der Hotelier musste zudem einen Nachweis seiner Einkäufe und deren Verwendung bereithalten, um die Kontrolle der Zusammensetzung der Mahlzeiten zu erleichtern. Diese Organisation erlaubte es den Hoteliers gleichzeitig, sich bei einer eventuellen Kontrolle durch einen Schweizer Offizier einfach zu rechtfertigen, falls es zu Reklamationen kam.⁴⁸³

Problematisch war für die Schweiz, dass man eine Auswahl treffen musste, welche Orte in Betracht gezogen wurden, denn es standen zu viele Betten zur Verfügung. So galt als ein Grundsatz, dass Ortschaften, welche keinen Arzt hatten, nicht berücksichtigt werden konnten. Zudem sprach man schon zu Beginn der Internierung nicht von einem möglichen Gewinn, sondern von einer »Verdienstgelegenheit«.⁴⁸⁴

Zu Beginn der Internierung lagen alle Entscheidungen über die Unterkunft beim Zentralquartiermeister. Dieser trat direkt in Kontakt mit den Eigentümern der Einrichtungen. Später wurde diese Aufgabe von den Regionskommandanten übernommen. Zusätzlich hatte die Direktion des Internierungsdienstes die Idee, eine *Association Suisse des hôtels d'internés* und *Genossenschaften der Interniertenhotels* zu gründen.

480 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 248.

481 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 55.

482 Ebd., S. 56.

483 Ebd., S. 56.

484 NZZ 137, Nr. 257 vom 17. Februar 1916, Nr. 310 vom 26. Februar 1916.

Der Sitz dieser Association war in Basel und man gründete weitere Sektionen in der Schweiz. Auf den von der Association durchgeführten Konferenzen wurden zusammen mit dem Zentralquartiermeister alle Fragen bezüglich der Unterkunft und eventueller Entschädigungen geregelt.⁴⁸⁵

Ende Dezember 1916 schrieb der Armeearzt nach einer Beratung mit den dirigierenden Sanitätsoffizieren an das Politische Departement, dass es möglich sei in der Schweiz zusätzlich 20.000 Internierte unter den gleichen Bedingungen und ohne dass man Baracken bauen müsse, unterzubringen. Er machte jedoch Vorbehalte wegen etwaiger politischer, militärischer oder ökonomischer Schwierigkeiten, welche sich für die Schweiz bei einer Ausweitung der Internierung ergeben könnten.⁴⁸⁶

Da die Schweiz jedoch im Laufe des Jahres 1917 in wirtschaftliche Schwierigkeiten geriet, musste man bei der Verpflegung der Internierten Abstriche machen. Da der Bundesrat fleischlose Tage ankündigte, waren auch die Internierten davon betroffen und mit Ausnahme der Tuberkulösen gab es für alle kein Fleisch mehr. Am 27. Oktober 1917 wurde eine neue Order herausgegeben, welche die Rationen für die Internierten festlegte.⁴⁸⁷

Mit dem Ende der Internierung oder der Räumung von Einrichtungen wurden die Internierungseinrichtungen an ihre Eigentümer übergeben. Vor dieser Übergabe hatten die Internierten die Räumlichkeiten zu reinigen. Das Reinigungsmaterial mussten die Anstaltseigentümer stellen. Die Übergabe der Anstalt erfolgte durch den Anstaltschef nach einer Inspektion der Sachschäden mit den Inhabern. Für die Beschädigung gab es das Formular »Bescheinigung betr. Beschädigungen in den Internierten-Anstalten«, welches dem Platzkommandanten mit einer genauen Begründung zugestellt werden musste. Dieser leitete die Berichte nach einer Prüfung an den Zentralquartiermeister weiter, welcher eine Entschädigung genehmigte oder ablehnte.⁴⁸⁸

485 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 249; *NZZ* 138, Nr. 793 vom 4. Mai 1917; *NZZ* 139, Nr. 1379 vom 17. Oktober 1918.

486 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 56.

487 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 73ff.

488 BAR E 27 13954: Befehl Nr. 987 B vom Chef der Internierung Oberst von der Mühl an die Regionskommandanten, Dir.-San.-Offiziere, Int.-Platzkommandanten, beh. Ärzte und die verantwortlichen Rechnungsführer der Internierungs-Regionen der Zentralmächte vom 1. Mai 1919.

Die Verwaltung der Internierung

Die Grundzüge des Verwaltungsaufbaus für die Internierung wurden vom Armeearzt in seiner Anweisung vom 25. Januar 1916 bereits festgelegt. Ergänzt wurden diese durch weitere Instruktionen. Zunächst die Einigung der Schweiz mit den fremden Staaten, dann die Bezahlung der fremden Staaten für den Sold ihrer Offiziere, Unteroffiziere und Soldaten und schließlich das Reglement vom 25. Februar 1916, welches *Regulativ (Régulatif) über die Verwaltung der Internierung von kriegsgefangenen Kranken und Verwundeten in der Schweiz* genannt wurde und sich mit der gesamten Verwaltung der Internierung von verletzten und kranken Kriegsgefangenen in der Schweiz befasste. Des Weiteren war dort festgelegt, dass die Bestimmungen der Schweizer Armee gemäß dem Reglement der Verwaltung von 1885 rechtverbindlich gültig sind.⁴⁸⁹

Das *Régulatif* war bereits in den ersten Anweisungen des Armeearztes vorgesehen gewesen. Ein Quartiermeister war damit beauftragt worden, es gemäß den Weisungen des Armeearztes niederzuschreiben. Es gründete sich auf die bereits gemachten Erfahrungen in den Regionen, welche schon zu Beginn für die Internierung vorgesehen waren, und orientierte sich, soweit dies möglich war, am Reglement über die Verwaltung der Schweizer Armee. Die unerwartete Entwicklung der Internierung erforderte die Publikation in Form einer Anweisung, da eine große Zahl von Regelungen das *Régulatif* erst noch vollständig machen sollte. Für die Regionen mit Internierten der Entente wurden bis Ende Januar 1917 62 Verwaltungsanweisungen erlassen, für die Regionen der Zentralmächte 68.⁴⁹⁰

Die Oberaufsicht der Verwaltung lag bei Armeekriegskommissär Oberst Obrecht. Er ernannte den Zentralquartiermeister, den Kreisquartiermeister und die verantwortlichen Buchhalter. Die gesamte Verwaltung unterstand dem Zentralquartiermeister: Er erließ von seinem Büro in Bern aus alle administrativen Ordern und war verantwortlich für alle Rechnungen und die Buchführung.⁴⁹¹

Anfangs waren die Positionen der Kreisquartiermeister nicht vorgesehen gewesen. Aber die große räumliche Ausdehnung der Internierung machte es notwendig, dass man im April 1916 den Zentralquartiermeister entlastete und für die beiden Gruppen der Internierten das Amt eines Quartiermeisters einrichtete.

489 BIG EDA A 81-1: Régulatif.

490 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 167f.

491 BAR E 27 13953: Armeestab Pressebüro Mitteilung: Hospitalisierung von Kranken und verwundeten Kriegsgefangenen in der Schweiz vom Juni 1916.

Der für die Entente Zuständige Zentralquartiermeister befand sich in Montreux, der für die Zentralmächte Arbeitende in Luzern. Der Transfer der Büros nach Luzern und Montreux sollte für einen direkten Kontakt zu den Regionen sorgen.⁴⁹²

Die gesamte Verwaltung der Internierung beruhte auf Kontrollen und Rapporten. Jede Internierungseinrichtung musste einen täglichen Rapport abgeben, der vom Chef der Einrichtung oder dem Hotelier unterschrieben wurde. Der tägliche Krankenstand wurde dem Armeearzt direkt gemeldet.⁴⁹³ Zur Unterstützung dieser Rapporte wurde in jeder Region ein täglicher Regionen-Rapport gegeben. Kopien davon wurden an den Kreisquartiermeister, an die Botschaft, die Gesandtschaften und an das Informationsbureau geschickt. Jede Veränderung musste in diesem Rapport vermerkt werden. Auf diese Weise war die Verwaltung über den Aufenthaltsort jedes einzelnen Internierten informiert. Die Regional-Rapporte gaben dem Zentralquartiermeister die Möglichkeit, ebenfalls einen Rapport zu verfassen, welcher in Kopie an den Armeearzt weitergeleitet wurde. Dieser Rapport enthielt die Gesamtzahl der Internierten in der Schweiz, aufgelistet nach Nationalität und Dienstgrad.⁴⁹⁴

Zu Beginn des Jahres 1917 zeigte sich, dass die Verwaltung der Internierung grundlegend umgestaltet werden musste. Die Erfahrungen der letzten Monate hatten gezeigt, dass ein ausgeglichener Finanzhaushalt der Unkostenkasse durch die Zahlungen der kriegführenden Staaten nicht möglich war. Es war bereits ein Defizit entstanden, welches sich monatlich vergrößerte.

Die nun getroffenen Maßnahmen betrafen nicht nur die innere Verwaltung der Internierung, sondern auch die Rechnungsführung der Unkostenkasse und die Internierten, welche in der Verwaltung beschäftigt waren. Die gesamte Verwaltung wurde in Bern konzentriert, die Büros der Kreisquartiermeister in Montreux und Luzern wurden aufgelöst und, nach deutlicher Verkleinerung, der Stelle des Zentralquartiermeisters beigeordnet. Im September 1917 wurde die Funktion der Kreisquartiermeister ganz aufgehoben, weil sie für die Verantwortlichen der Buchhaltung doppelte Arbeit verursachten.

492 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 72.

493 Hauser: An die dirigierenden Sanitätsoffiziere der Kriegsgefangenen-Internierung in der Schweiz, in: Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 201.

494 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 169. Eine Zusammenstellung der Tagesrapporte des Zentralquartiermeisters befindet sich in BAR E 27 13957.

Die Generalmobilmachung der Armee brachte Schwierigkeiten für die Personalbeschaffung. Auf Vorschlag der Direktion des Internierungsdienstes entschied der Bundesrat daher am 24. Mai 1917, dass der Internierungsdienst als Aktivdienst gewertet werden sollte.⁴⁹⁵ Den Soldaten wurde der gleiche Sold gezahlt wie den Kameraden in der Armee. Am 1. Dezember 1917 wurde dies in der *Ordonnance concernant la solde et les suppléments de solde à payer aux militaires suisses au service de l'internement / Verfügung über Besoldungen und Zulagen an schweizerische Militärpersonen im Dienste der Internierung* geregelt.⁴⁹⁶

Am 25. Juni 1917 wurde eine Order erlassen, um die Internierungsregionen neu zu unterteilen. Die Schweiz wurde nun in fünf Regionen unterteilt, an deren Spitze sich ein Regionskommandant befand. An die Spitze der Verwaltung jeder Region wurde ein höherer Unteroffizier gestellt, der für die Rechnungsführung verantwortlich war. Diesem wurden Internierte oder Schweizer Hilfskräfte für die Buchführung an die Seite gestellt.⁴⁹⁷

Die für die Regionen verantwortlichen Buchhalter waren zunächst Schweizer Unteroffiziere und später ein Fourrier. Mit dem starken Anstieg der Interniertenzahlen in einzelnen Regionen wurde es notwendig, dass man die als Buchhalter eingesetzten Unteroffiziere durch Offiziere ersetzte, denn der Grad an Verantwortung entsprach nicht länger dem Rang und dem Sold eines Unteroffiziers.⁴⁹⁸

Das Zentralbureau für das Rechnungswesen der Internierung befand sich beim Zentralquartiermeister in Bern und hatte für jeden Staat eine eigene Abteilung. Dies war notwendig, da sich die Höhe der Forderungen, welche die Schweiz über den Zentralquartiermeister erhob, von Staat zu Staat unterschiedlich war. Diese Forderungen waren an den *Service fédéraux de caisse et de comptabilité* zu bezahlen. Die Schweizer Nationalbank bekam von den einzelnen Regionen die Forderungen angezeigt und überwies das Geld.⁴⁹⁹

Jede Region bildete in Hinblick auf die Buchführung eine Einheit. Wenn sich dort Internierte verschiedener Nationalitäten befanden, musste sie einen Buchhalter für jede Nation einstellen. Das Bureau des Zentralquartiermeisters in Bern und die Bureaus der Kreisquartiermeister hatten ihre eigene Buchhaltung.

495 BAR E 27 13959: Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Schweizerischen Bundesrates vom 24. Mai 1917.

496 Ebd.: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 24. Februar 1917; BIG EDA A 81-1: Verfügung über Besoldungen und Zulagen an schweizerische Militärpersonen im Dienste der Internierung vom 1. Dezember 1917.

497 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917*. Second Rapport, S. 246ff.

498 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 168.

499 Ebd., S. 169f.

Die Buchhalter mussten jeden 10., jeden 20. und jeden letzten Tag des Monats einen Abschluss machen und an den Kreisquartiermeister schicken. Dieser überprüfte alle Abrechnungen und schickte sie weiter an das Revisionsbureau der Internierung, welches dem Buchhaltungsbureau der Armee beigeordnet war. Diese Revision war in formeller Hinsicht wichtig, denn alle Abrechnungen eines Zahlungszeitraumes wurden in einer monatlichen Abrechnung zusammengefasst, getrennt nach Nationalitäten. Zum Abschluss wurden die gesamten Abrechnungen und die Überprüfungen an den Armeearzt weitergeleitet.⁵⁰⁰

Der Armeearzt gab die monatlichen Abrechnungen an das Politische Departement weiter, welches sie an die verschiedenen Gesandtschaften weiterleitete. Dabei stellte Favre in seinem Bericht fest, dass die Zahlungen sehr oft nicht in der festgesetzten Höhe erfolgten; vielmehr wurden sie häufig für mehrere Monate auf einmal oder in großen Summen mit aufgerundeten Zahlen als Abschlagszahlungen bezahlt.

Die Ausgaben, welche die Schweiz tätigte, waren zunächst Vorauszahlungen. Die Summe, die ihr zwischenzeitlich nicht zurückbezahlt war, bewegte sich im Mittel zwischen 10 und 12 Millionen Franken. Bis Ende Januar 1917 erreichte sie eine Höhe von 17 Millionen Franken.⁵⁰¹ Dennoch konnte am Ende der Internierung ein leichtes Plus verbucht werden.⁵⁰²

In dieser Buchführung unterschied man die *Allgemeine Kasse* und die *Unkostenkasse*. Alle Zahlungen, die direkt den fremden Staaten belastet wurden, kamen der Allgemeinen Kasse zugute. Dies waren Abrechnungen über Unterkunft der Internierten, Sold der Internierten, Zulagen für Transport und Reise, Porto- und Telefonkosten und zum Teil auch Kosten für Prothesen der Internierten. Die Allgemeine Kasse wurde ausschließlich von den Zahlungen der fremden Staaten unterhalten.⁵⁰³ Die Kosten für die Verwaltung der Internierung und die der medizinischen Versorgung kamen der Unkostenkasse zugute. Die fremden Staaten zahlen für die Kosten pro Mann und pro Tag 50 Rappen, für die internierten Offiziere in den Tuberkulosestationen 1 Franken an die Unkostenkasse. Die Forderungen, die an die Unkostenkasse gestellt wurden, waren der Sold aller Schweizer Offiziere, die mit dem Zentralbureau und den Regionalbureaus beschäftigt waren, der Offiziere, die dem Service des Armeearztes beigeordnet waren, der dirigierenden Sanitätsoffiziere, der Platzkommandanten der Inter-

500 Ebd., S. 170; ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 256.

501 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 170.

502 BAR E 27 13965: Brief des Politischen Departements an das eidgenössische Finanzdepartement vom 16. März 1921.

503 BIG EDA A 81-1: Organisation der Internierung von kriegsgefangenen Kranken und Verwundeten in der Schweiz vom 25. Januar 1916.

nierungsorte, der behandelnden Ärzte, der Verwaltungsorgane, der Krankenschwestern und weiterer untergeordneter Instanzen, die mit der Internierung befasst waren. Ferner auch die Zahlung der Auslagen für Lebensunterhalt und Unterkunft. Zudem übernahm sie alle Kosten für Medikamente, Krankenhäuser, Operationen, Verbände, alle Prothesen, welche einen Preis von 10 Franken nicht überstiegen, und in speziellen Fällen auch 50% des Preises von Prothesen, die teurer als 10 Franken waren, wie beispielsweise Zahnprothesen.⁵⁰⁴

Insgesamt kostete die Internierung mehr als 160 Millionen Franken, welche von den kriegsführenden Staaten bezahlt wurden.⁵⁰⁵

Die zentralen Verwaltungseinrichtungen der Internierung in Bern

Die Leitung des Internierungsdienstes hatte der Armeearzt inne, dazu stand er in täglichem Kontakt mit der Zentralstelle der Internierung in Bern, zunächst untergebracht im Ratskeller in der Rue de la Justice 89, ab dem 1. Mai 1917 in der Villa Margherita in der Schänzlistraße 55. Die Stelle hatte vier Unterabteilungen:

- 1) Zentralstelle der Internierung; zunächst angestellt waren 10 Offiziere, 18 Unteroffiziere und Soldaten sowie 12 Zivilisten; 1917 arbeiteten dort bereits 20 Offiziere, 54 Unteroffiziere, 58 Soldaten und 25 Zivilisten.⁵⁰⁶ Die Stelle bestand aus:
 - a) Direktion der Abteilung für die französischen und belgischen Internierten
 - b) Direktion der Abteilung für die deutschen und österreichischen Internierten
 - c) Direktion der Abteilung für die englischen Internierten, die dem Major de la Harpe in Vevey anvertraut worden war
 - d) Dienst des Zentralquartiermeisters
 - e) Offizier, welcher den Armeearzt in disziplinarischen und juristischen Angelegenheiten unterstützt
 - f) Kanzlei
 - g) Frontberichtsdiens
 - h) Abteilung für die Interniertenarbeit
 - i) Historischer Dienst
- 2) Auskunftsstelle
- 3) Zentralkommission der schweizerischen Werkstätten
- 4) Zentrale Arbeitskommission

504 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 170; ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 251.

505 NZZ 140, Nr. 307 vom 28. Februar 1919.

506 Ebd., S. 25.

Der Armeearzt führte Besuche und Inspektionen in den Internierungsregionen durch oder gab diese in Auftrag. Daneben hielt er aber auch direkten Kontakt zu den dirigierenden Sanitätsoffizieren und den Platzkommandanten der Universitäten.

Dies geschah durch die Generalversammlung, in welcher er den Vorsitz innehatte. Dort gab er Ordern und Direktionen und stellte die aktuellen Fragen zur Diskussion. Zudem hatten die Offiziere hier auch die Gelegenheit, eigene Fragen zur Diskussion zu stellen. Die Generalversammlung tagte einmal pro Monat in Olten.⁵⁰⁷

Am 12. Dezember 1916 fand in Bern zusätzlich eine Konferenz mit den Offizieren der Unterabteilung der internierten Studenten statt.

Der Armeearzt stand darüber hinaus ständig in direktem Kontakt mit den Botschaften und Gesandtschaften. Er empfing die Repräsentanten der unterschiedlichen Regierungen, welche die Schweiz besuchten, um die Internierungsregionen zu sehen. Zudem war er in täglichem Kontakt mit dem Generalstab der Armee und dem Politischen Departement. Die dort diskutierten Fragen waren häufig schwierig und delikat, da es für die Schweiz nicht so erscheinen sollte, als ob sie die Rechte der Länder über ihre Staatsangehörigen beanspruchte, sie andererseits aber gleichzeitig die Mächte nicht auf die Internierten einwirken lassen konnte, da es sich ja um Kriegsgefangene handelte, welche der Schweiz übergeben wurden, für die diese dann letztlich verantwortlich war. Daher musste konstant kontrolliert werden, dass es keine Eingriffe in Schweizer Rechte gab, um keine Präzedenzfälle zu schaffen.⁵⁰⁸ Im Januar 1918 wurde der Internierungsdienst reformiert. Man schuf 12 Dienste, an deren Spitze ein verantwortlicher Offizier stand:

1. Unterabteilung für die »Zentralmächte«; im Laufe der Internierung unter der Leitung von Oberstleutnant Aepli, Oberst Leuch und Leutnant Ruffner
2. Unterabteilung »France-Belgique«; im Laufe der Internierung unter der Leitung von Oberst de Montmollin, Major Vernet, Hauptmann Rychner, Major Vuilleumier, Major Dunant und Major de la Harpe
3. Unterabteilung »Großbritannien« unter der Leitung von Major de la Harpe
4. Zentralquartiermeister; im Laufe der Internierung waren dies Hauptmann Lehmann, Hauptmann Wyss, Major Streuli, Major Bonzaigno, Major Tobler, zuletzt Major und später Oberstleutnant Aebi
5. Historischer Dienst unter der Leitung von Edouard Favre

507 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 27. Die Protokolle der Konferenzen ab dem 26. Februar 1917 bis 1918 finden sich unter BAR E 27 13956.

508 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 73.

6. Juristischer und disziplinarischer Dienst
7. Leitung der Ateliers
8. Dienst »exploitations et travaux« unter der Leitung von Hauptmann Müller
9. Dienst für die Studierenden
10. Zahnärztlicher Dienst
11. Auskunftsstelle
12. Seelsorge⁵⁰⁹

Da es in der Presse wiederholt zu Angriffen gegen den Armeearzt kam – man warf ihm vor, er würde die eigenen Soldaten wegen der Internierung vernachlässigen – und Hauser wegen der Grippeepidemie unter Beschuss geriet, zudem durch seine zahlreichen Funktionen in der Armee, beim Verwundeten austausch und der Internierung überlastet war, stellte man ihm ab dem 1. August 1918 für die Internierung Sanitätsoberst Paul von der Mühl als *Chef der Kriegsgefangeneninternierung* an die Seite.⁵¹⁰ Hintergrund war der Grippetod von zwei Schweizer Soldaten aufgrund von Versäumnissen in der Pflege. Dies führte zu Vorwürfen gegen den Armeearzt, welche von einer durch General Wille eingesetzten Untersuchungskommission untersucht wurden.⁵¹¹

Die Auskunftsstelle

In Bern befanden sich die Büros der Generaldirektion der Werkstätten, zuvor *Pro Captivitis*, sowie die Kommission für Arbeit und die *Auskunftsstelle*. Diese wurde am 15. Juni 1916 in der Marktstraße in Bern eröffnet und beschäftigte im Januar 1917 einen Schweizer Offizier, 16 Unteroffiziere oder Soldaten und 18 Zivilisten. Ende des Jahres waren es ein Offizier, 39 Unteroffiziere und Soldaten sowie 10 Zivilisten.⁵¹²

Die Arbeit der *Auskunftsstelle* umfasste die Auskunft über alle Fragen im Zusammenhang mit der Internierung. Ferner richtete man dort einen tagesaktuellen Katalog mit Karteikarten aller Gefangenen ein, welche von den Kommissionen untersucht worden waren, von allen Internierten, die sich in der Schweiz befanden, und von allen Anfragen bezüglich Internierung oder Repatriierung. Diese Kartei umfasste Ende Januar 1917 Angaben über etwa 52.500 Franzosen, 4.600 Belgier, 5.500 Engländer und 47.300 Deutsche.

509 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917*. Second Rapport, S. 26; ders.: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés*. Troisième Rapport, S. 233ff.

510 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés*. Troisième Rapport, S. 22ff.; Mörgeli: *Wenn der Tod umgeht*.

511 *NZZ* 139, Nr. 1452 vom 31 Oktober 1918.

512 Ebd., S. 32f.

Zum 31. Dezember 1917 gab es 110.000 Karten von französischen, 12.000 von belgischen, 9.000 von englischen, 55.000 von deutschen und 2.500 von österreichischen Kriegsgefangenen.⁵¹³ Die Karten enthielten neben der Adresse einen kurzen Bericht über den Gesundheitszustand des untersuchten Soldaten, welcher von den Schweizer Kommissionen angefertigt worden war. Zudem gingen bei der Auskunftsstelle alle Anträge auf Internierung und Repatriierung von Kriegsgefangenen ein. Dabei wurde auch kontrolliert, ob mehrfache Anträge vorlagen oder für Personen gestellt wurden, die bereits interniert wurden. Bis Ende Januar 1917 gingen 38.000 Internierungsgesuche ein. Bis Ende des Jahres gab es weitere 43.600 Anfragen.⁵¹⁴

Eine weitere Aufgabe der Auskunftsstelle waren die Begleitung der Züge der Internierten oder Repatriierten und die Kontrolle der mitgeführten Transportlisten. Im Jahr 1917 wurden 94 Konvois mit Internierten oder Repatriierten begleitet.⁵¹⁵

Die Auskunftsstelle erarbeitete auch detaillierte Statistiken über:

1. die Internierten der Entente
2. die Internierten der Zentralmächte
3. die Repatriierten aus Ländern der Entente
4. die Repatriierten der Zentralmächte
5. die in der Schweiz gestorbenen Internierten
6. die Internierten, die in Gefangenschaft zurückgeschickt wurden

Ab 1918 wurde jeden Monat eine Liste mit denjenigen Internierten erstellt, die aufgrund ihres Alters repatriiert werden könnten.⁵¹⁶ Bis Ende Januar 1917 hatte die Auskunftsstelle zudem 1030 Besuche bewilligt und in vier Sprachen 25.626 Briefe oder Karten geschrieben. Im Laufe des Jahres 1917 kamen noch einmal 2.956 Besuche und 53.386 Briefe hinzu.⁵¹⁷

513 BAR E 27 13957: Brief Nr. 3534 von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 24. Mai 1916; Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 32; Originale der Karten befinden sich in BAR E 27 13957; BAR E 27 13957: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an die Auskunftsstelle vom 3. Juli 1916.

514 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 32.

515 Ebd.

516 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 31.

517 Ebd., S. 32.

Die Armeesaniätsanstalt und das Deutsche Interniertenspital in Luzern

In einer Anweisung an die dirigierenden Sanitätsoffiziere vom 18. Juni 1916 kündigte der Armeearzt die Schaffung der A.S.A. an.⁵¹⁸ Zuvor ging bereits ein Schreiben an den Regierungsrat des Kantons Luzern:

»Nachdem ich die gütigen Mitteilungen von Herrn Regierungsrat Walther erhalten habe, beehre ich mich, ihnen mitzuteilen, dass sobald als möglich in Luzern eine Armeesaniätsanstalt für Internierte im Gebäude der Unfallversicherungsanstalt eingerichtet werden wird. Die Direktion dieser Sanitätsanstalt habe ich Herrn Privatdozent Dr. H. Brun, Hauptmann der Sanitätstruppen in Luzern, übergeben, Der Armeearzt.«⁵¹⁹

Die A.S.A. befand sich oberhalb der Stadt Luzern »auf einer die malerisch gelegene Stadt überragenden Höhe«.⁵²⁰

»Der Blick von den Promenaden und Gartenanlagen der „Asa“ gewährt den Verwundeten ein Panorama von fast märchenhafter Schönheit.«⁵²¹

Dort fand die operative Versorgung für die deutschen, belgischen, französischen und britischen Internierten statt. Sie wurde zunächst im Gebäude der *Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt* (SUVA) untergebracht.⁵²² Die dortigen Räumlichkeiten wurden dem Internierungsdienst von der SUVA unentgeltlich zur Verfügung gestellt.⁵²³ Das Gebäude war ursprünglich geräumt worden, um dort eine Etappensaniätsanstalt unterzubringen.⁵²⁴

Der Internierungsdienst war jedoch für Beschädigungen verantwortlich. Aus diesem Grund wurde das Gebäude umgestaltet; man verkleidete die Türen und Wände mit Holz und Karton und brachte Schutzleisten an, welche verhindern sollten, dass die Betten an die Wand gestoßen werden konnten.⁵²⁵

518 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 116.

519 StALU, Akt 43/120: Brief an den hohen Regierungsrat des Kantons Bern von Armeearzt Oberst Hauser vom 20. Mai 1916.

520 R.H.: Luzern, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 1. Dezember 1916, S. 7-10, S. 9; Kuhn: Die Armeesaniätsanstalt in Luzern, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 22. April 1917, S. 16-20.

521 Kuhn: Die Armeesaniätsanstalt in Luzern, S. 16

522 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 116; Wilde: *Das Deutsche Interniertenspital Luzern*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 2. Juni 1918, S. 3.

523 BAR E 27 13998: Brief der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt in Luzern an das Schweizer Politische Departement vom 12. Mai 1916.

524 NZZ 137, Nr. 761 vom 13. Mai 1916.

525 BAR E 27 13998: Bericht von Oberst Engeler aus dem Hauptquartier der eidgenössischen Armee an den Chef des Politischen Departements vom 27. Mai 1916.

Der medizinische und militärische Leiter der ausschließlich für Internierte reservierten Anstalt war Hans Brun. Die Leitung der Verwaltung übernahm Hauptmann Q. M. Braun, dem der Fourier Kramer als Gehilfe unterstellt war.⁵²⁶ Die Neurologische Abteilung unterstand der Leitung von Hauptmann Otto Veraguth.⁵²⁷ Nach dem Krieg schrieb Brun zusammen mit dem Leiter der orthopädischen Unterabteilung Hans Hoessly und Veraguth ein mehrbändiges Werk über seine Erfahrungen in dieser Zeit.⁵²⁸ Dr. Cornioley aus Genf war von August bis September 1917 in der A.S.A. tätig und brachte dort die von Carrel und Dakin eingeführten Wundspülungen zum Einsatz. Als Assistenzärzte waren zudem unter anderem F. Thellung aus Winterthur und Dr. Pellinsky tätig.⁵²⁹

Die A.S.A. wurde eine selbstständige Internierungsregion und führte daher auch eine eigene Kartei über die Ein- und Austritte von Patienten. Zudem wurde für jede Nationalität eine eigene Allgemein- und Unkostenkasse geführt. Da bei den Unkosten eine Aufteilung nicht möglich war, wurde hierfür eine gemeinsame Kasse geführt, in welche die kriegführenden Staaten anteilig nach Patientenzahl einzahlen sollten.

Die Verpflegung der Patienten wurde einem Hotel übertragen.⁵³⁰ Das Waschen der Wäsche und Patientenkleidung wurde von der Firma Felder in Luzern übernommen.⁵³¹

Die erste Operation in der A.S.A. wurde am 4. Juli 1916 durchgeführt.⁵³²

»Die zu behandelnden Fälle verteilen sich auf Nervennähte, Trepanationen (hauptsächlich Epileptiker infolge von Schädelverletzungen), Pseudarthrosen, Ankylosen, Oberschenkelverkürzungen infolge schlecht verheilte Fraktur, Knochenfisteln, Pleuralfisteln, Bauchfisteln, Plastiken usw. Fälle, die die Innere Medizin betreffen, werden in der „ASA“ nicht behandelt. Die neurologische und orthopädische Abteilung stehen unter Leitung eines Spezialarztes und Mithilfe von Assistenten.

Chirurgen sind sechs vorhanden, wovon der eine, Dr. Julliard, den Kommandanten vertritt. Die Abteilungsärzte haben je 40-50 Betten unter sich. Jedem Abteilungsarzt ist ein Unterassistent (Arzt oder cand. med.) zugeteilt. Im Ganzen sind elf Ärzte und drei cand. med. in der ASA tätig, ferner ein Apotheker. Für die poliklinische Behandlung von 120-150 Internierten stehen in der Stadt drei Hotels zur Verfügung. [...]

526 BAR E 27 13998: Bericht von Oberst Engeler aus dem Hauptquartier der eidgenössischen Armee an den Chef des Politischen Departements vom 27. Mai 1916.

527 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 138

528 Brun, Hans: Die Pathologie der Pseudarthrosen. Erster Teil.

529 Thellung: 1 Fall von Luxation intercarpea; StALU Akt 41/111.

530 BAR E 27 13998: Bericht von Oberst Engeler aus dem Hauptquartier der eidgenössischen Armee an den Chef des Politischen Departements vom 27. Mai 1916

531 Ebd.: Bericht von Hans Brun an Hauptmann Steiger, Internierungsplatzkommando, Luzern vom 30. Oktober 1917.

532 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 116.

Es wird in der ASA kein Patient zur Operation gezwungen. Nach Untersuchung und Durchleuchtung des Verwundeten beschränkt sich die Spitalverwaltung zunächst auf Vorschläge, weist offen auf die etwaigen Gefahren der Operation hin, aber auch auf die Aussichten und die Dauer der Heilung. Gibt der Patient seine Einwilligung zur Operation, so wird sie vollzogen. Lehnt er sie ab, so begibt er sich auch des Rechts, während seiner Internierung in der Schweiz operiert zu werden.«⁵³³

Die A.S.A. enthielt 190 Betten, die nach Nationalität der Internierten aufgeteilt wurden. 84 Betten waren für deutsche Internierte vorgesehen, 78 für Franzosen und Belgier, 22 für Engländer und 6 Betten für Offiziere, egal welcher Nation. Zudem war Platz für drei oder vier Zivilinternierte.⁵³⁴

Während des ersten Halbjahres 1916 wurden 487 deutsche Internierte, 142 Engländer, 20 Belgier und 433 Franzosen behandelt. Im Durchschnitt hielten sich 81 deutsche, 23 englische, 3 belgische und 72 französische Internierte in der A.S.A. auf. Jede Woche durchliefen etwa 25 bis 30 Internierte die A.S.A. Bis auf drei oder vier Betten, die für Notfälle reserviert wurden, waren alle Betten jederzeit belegt.⁵³⁵ Bis zum 31. Dezember 1916 konnten so 457 Operationen durchgeführt werden.

Das Personal der Anstalt setzte sich 1916 aus 11 Ärzten, 3 Assistenten und einem Personalstab von 76 Personen, darunter 14 katholischen Schwestern aus dem Kloster Ingenbohl, zusammen.⁵³⁶ 1917 waren neben den Leitern 5 medizinische Assistenten und 5 Unterassistenten, die allesamt Schweizer waren, beschäftigt. Zusätzlich wurden 25 Schweizer in den Büros, der Küche und als Zimmerordonnanzen angestellt. Internierte waren unter anderem auch als Masseur tätig.⁵³⁷

Zur Luzerner Einrichtung gehörte zudem noch je eine poliklinische Abteilung in drei Hotels, eine für Belgier und Franzosen, eine für Engländer und eine für deutsche Internierte. So gab es zwischen 120 und 150 Internierte, welche die A.S.A. regelmäßig aufsuchten, um dort behandelt, operiert oder mit neuen Verbänden versorgt zu werden. Aus verwaltungstechnischer Sicht lässt sich für die ersten Monate jedoch feststellen, dass die A.S.A. ein Defizit von mehr als 90.000 Franken hatte.

533 Kuhn: Die Armee-Sanitätsanstalt in Luzern.

534 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 116

535 Ebd., S. 117; BAR E 27 1 4031: Liste des Localités occupées par les Internés Français, Belges et Anglais en date du 20. Décembre 1916; ebd.: Verzeichnis der am 20. Dezember 1916 mit deutschen Internierten belegten Ortschaften.

536 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 117.

537 *Journal des Internés Français*, No. 12 vom 11. Januar 1917.

Dieses Defizit zog sich durch das ganze Jahr 1916 und vermehrte sich im Jahr 1917 sogar, als die Zahl der Betten auf 200 erhöht wurde und man 460 Internierte behandelte. Von Januar bis September 1917 wurden dann noch einmal 567 Operationen durchgeführt.

Die monatliche Fluktuation, die man festhielt, waren 10 Austritte und Eintritte pro Monat, aber die Zahl der Einlieferungen war zurückgehend.⁵³⁸ 1917 musste man aufgrund der zurückgehenden Patientenzahlen und des ständig steigenden Defizits aus dem Gebäude der SUVA ausziehen.⁵³⁹

»Da nach den aus den Regionen eingegangenen Rapporten die Zahl der chirurgischen Fälle unter den Internierten in den letzten Monaten ganz bedeutend zurückgegangen ist, lässt sich der Weiterbetrieb einer besonderen Armee-Sanitätsanstalt für Internierte nicht mehr rechtfertigen.

Ich habe daher den Befehl erteilt, dass die Armee-Sanitätsanstalt in Luzern auf den Zeitpunkt, bis zu welchem die bisher für diese Anstalt benutzten Räumlichkeiten der Schweizerischen Unfallversicherungs-Gesellschaft in Luzern zurückgegeben werden müssen, aufgehoben ist.

Damit wird auch die Region Luzern als selbstständige Internierungsregion aufgehoben. Das Internierungsplatzkommando Luzern tritt mit dem 11. September unter das Kommando des Internierungs-Regionalkommandos Zentralschweiz – Zentralmächte.«⁵⁴⁰

Nach der vorschriftsmäßigen Schließung der A.S.A am 1. Oktober 1917 wurde am 15. November desselben Jahres die Pension Terrasse des Ehepaars Menze-Schenker für die deutschen Internierten eingerichtet und erhielt für den dienstlichen Schriftwechsel den Namen *Deutsches Interniertenspital Luzern*.⁵⁴¹ Das Krankenhaus wurde ein Teil der Internierungsregion Luzern. Die Soldaten der Ententemächte wurden nach Schließung der A.S.A. in der neuen Sanitätsanstalt in Fribourg behandelt.⁵⁴²

Das Gebäude der Pension Terrasse befand sich in Dreilinden, etwa 20 Minuten vom Bahnhof und der Schiffsanlegestelle entfernt, und bot Platz für etwa 60 bis 80 Patienten. Die Unterbringung der Patienten erfolgte in Zwei- bis Vierbettzimmern, für die Offiziere wurden teil-

538 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 137f.

539 Kuhn: Die Armee-Sanitätsanstalt in Luzern; BAR E 27 14031: Localités occupées par les Internés Français, Belges et Anglais en date du 20. Mars 1917; ebd.: Verzeichnis der am 20. April 1917 mit deutschen, sowie österr.-ungar. Internierten belegten Ortschaften; ebd.: Localités occupées par les Internés Français, Belges et Anglais en date du 10. Avril 1917; ebd.: Verzeichnis der am 20. Juni 1917 mit deutschen, sowie österr.-ungar. Internierten belegten Ortschaften; ebd.: Localités occupées par les Internés Français, Belges et Anglais en date du 10. Juin 1917; ebd.: Verzeichnis der am 20. August 1917 mit deutschen, österreichischen und ungarischen Internierten belegten Ortschaften.

540 Hauser: Aufhebung der Armee-Sanitätsanstalt Luzern und der Internierungsregion Luzern, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 30. September 1917, S. 9; StALU Akt 41/111; NZZ 138, Nr. 1843 vom 3. Oktober 1917.

541 BAR E 27 13998: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an den Kommandanten der Internierungsregion Zentralschweiz, Zentralmächte vom 7. November 1917; ebd.: Brief von Hans Brun an Hauptmann Steiger, Platzkommando für Internierte, Luzern vom 22. Oktober 1917; Hauser: Aufhebung der Armee-Sanitätsanstalt Luzern und der Internierungsregion Luzern, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 30. September 1917, S. 9.

542 Müller-Engelberg: Die deutschen orthopädischen Werkstätten und das Deutsche Interniertenhospital in Luzern, S. 12.

weise sogar Einzelzimmer vergeben. Die Leitung der Anstalt übernahm erneut Hans Brun, die Neurologische Abteilung übernahm wieder Otto Veraguth, der an zwei bis drei Tagen pro Woche aus Zürich kam. Die Orthopädische Abteilung leitete Leutnant Müller.⁵⁴³ Ferner wurden ein Assistenzarzt, ein Operationspfleger, zwei Pfleger, zwei Masseure, zwei Krankenschwestern, welche von der deutschen Gesandtschaft abgestellt wurden, und eine Bureauordnanz beschäftigt. In der Verwaltung, die dem Internierungsplatzkommando Luzern unter Hauptmann Steiger unterstellt war, arbeiteten der Anstaltschef Wachtmeister Bambula, ein deutscher Internierter, als Rechnungsführer und elf Ordonnanzen.⁵⁴⁴

Das Hotel wurde für die Nutzung als Spital umgebaut. Im Parterre wurden ein orthopädischer Übungssaal sowie ein Saal für Elektro- und Mechanothérapie eingerichtet und Quarzlampen zur Behandlung mit künstlicher Höhensonne angebracht. Im dritten Stock wurde ein von Hans Brun zur Verfügung gestelltes Röntgengerät installiert. Ferner wurde eine Operationsabteilung eingerichtet, diese setzte sich zusammen aus einem Vorbereitungsraum mit Sterilisator, einem Desinfektionsraum, einem aseptischen Operationsraum und seinem septischen Operationsraum mit angeschlossenem Gipszimmer.⁵⁴⁵

Die in diesem Krankenhaus behandelten chirurgischen Fälle waren Verletzungen des Zentralnervensystems oder der peripheren Nerven, Pseudarthrosen, Ankylosen, Gesichtsplastiken oder Fisteln. Die orthopädische Abteilung behandelte die Patienten, welche eine Prothese benötigten, oder diejenigen, die einer orthopädischen Spezialbehandlung bedurften, die sie in ihrer Internierungsregion nicht bekommen konnten. Viel Wert wurde auf die Krankengymnastik und die Bewegungstherapie für die Glieder gelegt, dies besonders hinsichtlich späterer Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.⁵⁴⁶ Die Wundbehandlung im Interniertenspital leitete Dr. Bösch. Unterstützt wurde er von deutschen Pflegern und auch Schweizer Krankenschwestern.

543 BAR E 27 13998: Bericht von Hans Brun an Hauptmann Steiger, Internierungsplatzkommando, Luzern vom 30. Oktober 1917; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 139; *NZZ* 138, Nr. 1843 vom 3. Oktober 1917.

544 BAR E 27 13998: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an den Kommandanten der Internierungsregion Zentralschweiz, Zentralmächte vom 7. November 1917; ebd.: Bericht von Hans Brun an Hauptmann Steiger, Internierungsplatzkommando, Luzern vom 30. Oktober 1917.

545 Ebd.: Bericht von Hans Brun an Hauptmann Steiger, Internierungsplatzkommando, Luzern vom 30. Oktober 1917.

546 Ebd.: Anordnung Nr. 770 B der Sanitätsabteilung der Schweizerischen Armee an die Kommandanten der deutschen Internierungsregionen; ebd.: Bericht von Hans Brun an Hauptmann Steiger, Internierungsplatzkommando, Luzern vom 30. Oktober 1917; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 139.

Nach erfolgter Behandlung kehrten die Internierten in ihre Internierungsorte zurück oder bezogen Luzerner Hotels, um für die Nachbehandlungen greifbar zu sein.⁵⁴⁷ Das Krankenhaus nutzte die Nähe zur orthopädischen Werkstätte. Dr. Müller, der Leiter der Werkstätte, war zugleich als Anstaltsarzt des Interniertenspitals tätig und übernahm hauptsächlich die orthopädische Versorgung. Für die orthopädische Behandlung von deutschen Soldaten gab es darüber hinaus ab Februar 1918 ein Abkommen, welches deutschen Austauschgefangenen, die ihren Wohnsitz in der Nähe der Schweizer Grenze haben und welche Prothesen, künstliche Glieder, Stützapparate oder orthopädische Schuhe benötigen, ermöglichte, sich in Luzern behandeln zu lassen. Diese Gefangenen wurden in Konstanz vom Leiter der Orthopädischen Anstalt und durch deutsche Ärzte ausgewählt und durften in ziviler Kleidung in die Schweiz einreisen. Rechtlich galten diese Patienten als Internierte, für sie wurde jedoch gesondert bezahlt. Nach Abschluss der Behandlung kehrten sie unverzüglich nach Deutschland zurück.⁵⁴⁸

Nachdem das Deutsche Interniertenspital Luzern Anfang Februar 1919 auf Befehl des Armeearztes aufgehoben wurde, lagen die Eigentümer des Hotels mit dem Internierungsdienst in Streit, da man diesen einen besonderen Vertrag in Aussicht gestellt hatte, welcher nie geschlossen wurde. Durch die Zahlung einer Entschädigung von 10.000 Franken wurde dieser Streit im Jahre 1924 beigelegt.⁵⁴⁹

547 Wilde: Das Deutsche Interniertenspital Luzern.

548 BAR E 27 13998: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 25. Februar 1918; ebd.: Brief von Oberstleutnant Aepli an die Nachrichtensektion des Armeestabes vom 9. Oktober 1918.

549 StALU Akt 41/111; BAR E 27 13965: Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Schweizerischen Bundesrates vom 28. Oktober 1924.

Die Armeesaniätsanstalt A.S.A. in Fribourg

Die Kantonsregierung von Fribourg erklärte sich bereit, eine geräumige Immobilie im Quartier von Gambach bei Fribourg dem Internierungsdienst zur Verfügung zu stellen. Das Haus war ursprünglich als Kantonsspital gebaut, jedoch bis dahin nicht genutzt worden.⁵⁵⁰ Der Armeearzt ließ dort für die Dauer des Krieges ein Krankenhaus für die Internierten der Entente einrichten. Das benötigte Material stammte zum Teil aus der A.S.A. in Luzern, wo es nicht länger benötigt wurde, wie auch die Verbände und Bandagen.⁵⁵¹ Das Mobiliar war zu einem großen Teil bereits vorhanden. Zudem erklärten sich zwei Frauen aus Fribourg, die Baronesse Suzanne de Montenach, die Präsidentin der *Katholischen Vereinigung zum Schutze junger Mädchen*, und die Comtesse de Zürich bereit, die Möblierung und die Instrumentierung des noch leeren Gebäudes finanziell zu unterstützen.⁵⁵² Dazu sammelten sie Spenden auf der ganzen Welt, so dass es möglich war, chirurgische Einrichtungen und radiologische Gerätschaften zu kaufen.

Die Verpflegung sollte, anders als in Luzern, durch eine eigene Küchenabteilung erfolgen, da diese im Gebäude bereits eingebaut und vorgesehen war. Die Wäsche sollte ebenfalls in der Anstalt selbst gewaschen werden, da eine Waschküche vorhanden war.⁵⁵³

Das Krankenhaus von Gambach war an einem sehr sonnigen und angenehmen Ort mit sehr guter Luft gelegen. Es gab zwei geräumige Schlafsäle. Die Krankenzimmer waren für zwei bis maximal vier Personen ausgelegt, dies sicherte den frisch Operierten Ruhe und ermöglichte den Krankenschwestern ein konzentriertes Arbeiten.

Im Erdgeschoss befanden sich die Verwaltung, der Speisesaal, ein aseptischer Operationsaal, ein Verbandszimmer, ein Behandlungszimmer für Neurologie und Elektrotherapie, die Röntgenanlage und die Quarzlampen. Im Untergeschoss befanden sich Einrichtungen für die Mechanotherapie, die Lichtbäder und Massagebänke. Im ersten Stock waren zwei weitere aseptische Operationssäle eingerichtet worden, die sehr gut beleuchtet und mit einem umfangreichen Instrumentarium ausgestattet waren.⁵⁵⁴ Der Garten der Anstalt war sonnig und bot Platz für die Erholung, Spaziergänge der Rekonvaleszenten und für die Heliotherapie.

550 BAR E 27 13998: Brief von Hauptmann Lehmann an den Armeearzt Oberst Hauser vom 8. März 1917.

551 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 139.

552 Ebd., S. 139; Nagel: *Die Liebestätigkeit der Schweiz im Weltkrieg*, S. 42.

553 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 139.

554 BAR E 27 13998: Brief von Hauptmann Lehmann an den Armeearzt Oberst Hauser vom 8. März 1917.

Medizinischer Chef und Kommandant der Anstalt war auf Befehl des Armeearztes Hauptmann Clement, ein Chirurg aus Fribourg, welcher zuvor bereits in Luzern tätig gewesen war.⁵⁵⁵ An seiner Seite befanden sich Professor de Montet, ein Neurologe aus Vevey, und Leutnant Placide Nicod, ein Orthopäde aus Lausanne. Die beiden Spezialisten kamen regelmäßig nach Fribourg, anfangs jede Woche, später mindestens alle zwei Wochen, um den Zustand der Kranken zu kontrollieren oder die Behandlungsmaßnahmen anzupassen.

Die Verwaltung des Krankenhauses übernahm der Erste Leutnant Béchert, ein Hotelier aus der Stadt, zusammen mit Fourier Henchoz, welcher die Buchhaltung übernahm.⁵⁵⁶ Béchert gliederte einen kleinen landwirtschaftlichen Betrieb mit Gemüseanbau an das Krankenhaus an und stellte so eine hinreichende Lebensmittelversorgung sicher, trotz der wirtschaftlichen Schwierigkeiten.⁵⁵⁷

Nach Fribourg wurden zunächst die Internierten der Entente eingeliefert, welche in der A.S.A. in Luzern keinen Platz gefunden hatten. Später wurden nur noch diejenigen Internierten der Entente aus den Regionen Zentralschweiz, Berner Oberland A und Murren nach Luzern gebracht. Alle anderen wurden im Krankenhaus in Fribourg behandelt. Als das Krankenhaus in Luzern im September 1917 geschlossen wurde, wurden alle Internierten aus Frankreich, Belgien oder Großbritannien direkt nach Fribourg geschickt.

Dies führte zu einer starken Erhöhung der Krankenzahl. Hatte man von 1. Mai bis 15. Juni 1917 60 Betten, waren es von 16. Juni bis 30. September bereits 100 und ab dem 1. Oktober 1917 schließlich 125.⁵⁵⁸

Fast alle Ärzte, die in der A.S.A. arbeiteten, waren zuvor einige Zeit in Sanitätsformationen und Lazaretten der kriegführenden Staaten oder am Interniertenkrankenhaus in Luzern tätig. Daher verfügten sie bereits über Erfahrungen im Bereich der Wiederherstellungs-, Knochen-, Gefäß- und Nerven Chirurgie, von welchen man nun profitierte.

Der Chef des Krankenhauses, Hauptmann Clement, machte mit seinen Kollegen jeden Tag eine Visite aller Patienten. Damit behielt das medizinische Personal den Überblick über die Patienten.

555 Ebd.: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an Dr. Clément vom 4. April 1917.

556 Ebd.: Brief von Hauptmann Lehmann an den Armeearzt Oberst Hauser vom 8. März 1917.

557 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport, S. 144; *Journal des Internés Français*, No. 34, 16. Juni 1917, S. 699f.

558 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 139ff.

Clement reservierte bestimmte Operationen für sich, arbeitete aber dennoch häufig mit den anderen Ärzten zusammen und übertrug Operationen auch an spezialisierte Kollegen. Denn Eingriffe an Wunden und Verletzungen des peripheren Nervensystems und die weitere Behandlung waren heikel und forderten daher eine konstante Zusammenarbeit der Chirurgen mit spezialisierten Neurologen.⁵⁵⁹ In der Regel hatten vier Ärzte gleichzeitig in der A.S.A. Dienst. Während des Jahres 1917 arbeiteten dort insgesamt zwölf Ärzte, deren Dienstlänge zwischen 30 und 112 Tagen variierte. Der Chefarzt selbst arbeitete im Jahr 1917 245 Tage.⁵⁶⁰

Die Zeit, die jeder der Ärzte in der Einrichtung verbrachte, wurde durch die Mobilmachung der einzelnen Chirurgen und Neurologen eingeschränkt. Dies wirkte sich nicht unbedingt günstig für die Behandlung und auch die Einarbeitung in die Krankengeschichten aus. Dennoch haben die Ärzte Nicod, der Chef der Orthopädischen Abteilung, König, des Lingeris, Julliard, Bing, Adolphe Fischer, de Montet, Bersot und Pachantoni, welcher am 4. August 1918 an der Grippe verstarb, Dokumente und Ergebnisse zusammengetragen, die teilweise auch publiziert wurden.⁵⁶¹

Während des Jahres waren zusätzlich etwa zehn Assistenten in der A.S.A. beschäftigt. Zudem konnte von der Eröffnung des Krankenhauses an Dr. Reymond, ein bekannter Hals-Nasen-Ohren-Spezialist, für Behandlungen in seinem Fachgebiet gewonnen werden. Er behandelte alle Internierten, die am Hals- oder Ohrbeschwerden litten.

Da die A.S.A. am Anfang noch über keine eigenen radiologischen Geräte verfügte, haben Dr. Reymond und die Krankenschwestern seiner Klinik ihre eigenen Einrichtungen unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Man transportierte die Anlage nach Gambach und nutzte diese dort intensiv. Da es nicht in allen Internierungsregionen radiologische Einrichtungen gab, konnten nun alle ihre Verletzten in die Röntgenabteilung der A.S.A. nach Fribourg schicken, sei es für die Behandlung oder zum Stellen einer Diagnose.⁵⁶² Zu Beginn des Jahres 1918 wurde dann ein eigenes Röntgengerät erworben. Dieser Apparat wurde von der Firma Klingelfuss in Basel hergestellt und hatte die Genehmigung, zum ersten Mal die amerikanischen Coolidge-Röhren in der Schweiz einzusetzen. Diese wurden durch das *Amerikanische Rote Kreuz* zur Verfügung gestellt.⁵⁶³

559 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 139.

560 Ebd., S. 143.

561 Ebd., S. 141.

562 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 145f.

563 Ebd., S. 146.

Im Untergeschoss des Krankenhauses wurde eine Mechanotherapiestation eingerichtet und am 21. Juni 1917 eröffnet. Dort wurden einfach gehaltene und praktische Apparate aufgestellt, da es sich nur um eine vorübergehende Einrichtung handelte. Die Behandlung begann normalerweise mit einem Lichtbad, wurde fortgeführt mit einer Massage und beendet mit der eigentlichen Mechanotherapie an den Geräten. So konnte man dort im Mittel 18 Fälle pro Tag behandeln.⁵⁶⁴

Über die Disziplin in der A.S.A. gab es nur wenig Klagen. Wenn doch Probleme auftraten, war dies zumeist auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen. Zur Verbesserung des Pflegedienstes wurden die Pfleger gegen Ende des Jahres 1918 ausschließlich aus professionellen Freiwilligen ausgewählt. Zudem arbeiteten professionelle Krankenschwestern aus dem *Saint-Vincent de Paul* und zahlreiche Schweizer Laienschwestern aus der Schwesternschule von Fribourg in der Einrichtung, welche für eine gute und ruhige Atmosphäre sorgten.⁵⁶⁵

Verwaltungstechnisch wurde das Krankenhaus von Fribourg, wie zuvor die A.S.A. in Luzern, als eigene Internierungsregion geführt.⁵⁶⁶

Nach den großen Repatriierungen im November und Dezember 1918 gab es keine Internierten mehr in Fribourg, die operiert werden mussten. Nur noch diejenigen, die nicht in reisefähigem Zustand waren, blieben in der Klinik. Nun wies man der A.S.A. hauptsächlich Grippekonvaleszenten aus den Regionen der Entente zu. Diese blieben, ebenso wie Nachzügler der Internierung, in der Schweiz. Aber sobald die zunächst nicht Reisefähigen ausreichend wiederhergestellt waren, wurden sie in Gruppen repatriert. Die Mehrheit der Internierten bedurfte indes keiner medizinischen Behandlung mehr und Einzelne passierten das Krankenhaus an einem Tag, welches nun wie ein Sammelplatz genutzt wurde.⁵⁶⁷

Die Erweiterung der A.S.A. in Fribourg

Schon im Frühling 1918 wurden Offerten für den Ausbau der Klinik unterbreitet; zu den gleichen Konditionen wie für die A.S.A. in Gambach. Das neue Gebäude sollte in der Nähe von Pérolles gebaut werden und nach dem Krieg als Ophthalmologische Klinik Verwendung finden. Der Kanton Fribourg hatte dieses Gebäude dem Internierungsdienst zur freien Disposition angeboten, aber die Nutzung des Gebäudes war zwischenzeitlich überflüssig geworden.

564 Ebd., S. 142.

565 Ebd.; *Journal des Internés Français*, No. 12, vom 16. Juni 1917, S. 699.

566 BAR E 27 13998: Brief von Hauptmann Lehmann an den Armeearzt Oberst Hauser vom 8. März 1917.

567 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 142.

Die Idee wurde erst wieder aufgenommen, als sich das Gebäude in Gambach doch als ungenügend herausstellte.⁵⁶⁸

Die Klinik von Pérolles lag in einer sonnigen und geschützten Lage und ermöglichte einen guten Einsatz der Heliotherapie für die Behandlung der Kriegswunden. Sie wurde erneut durch Spenden, welche von der Baronesse de Montenach und der Comtesse de Zürich gesammelt wurden, ausgestattet. Die Gemeinde von Fribourg erklärte sich bereit, die benötigten Zugangsstraßen zu bauen.

Am 16. Oktober 1918 wurde die Dependance der Klinik in Fribourg eröffnet. Es gab 40 Krankenbetten, die zum großen Teil sehr schnell belegt waren. Die Direktion der A.S.A. hatte sich vorgestellt, diejenigen Fälle zu überweisen, die nach einem hinreichenden Aufenthalt im Mutterhaus von Gambach nicht mehr konstant überwacht werden mussten, und solche, welche immer seltener Verbandswechsel oder Mechanotherapie, Massagen oder Elektrotherapie erforderten. Dann jedoch kam plötzlich der Waffenstillstand; die operativen Aktivitäten wurden unvermittelt aufgegeben und das Gebäude wurde während dieser Wochen nicht mehr genutzt.⁵⁶⁹

Patientenzahlen in Fribourg

Ab dem 2. Mai 1917 beherbergte das Krankenhaus in Fribourg seine ersten 9 Patienten, denen im Laufe des Jahres 387 Patienten folgten. 287 konnten das Krankenhaus als geheilt verlassen konnten.⁵⁷⁰ Am 31. Dezember 1917 befanden sich 119 Patienten in der Klinik. Vom 1. Mai bis 31. Dezember 1917 wurden 280 Operationen in Fribourg durchgeführt. Mit insgesamt 70 Eingriffen waren die häufigsten Eingriffe am Knochen oder betrafen eine Sequesterentfernung; gefolgt von 45 Hernienoperationen und 33 Geschossexstirpationen. Der Rest der Patienten wurde mit Mechanotherapie, Elektrotherapie, Radiotherapie, Massagen oder anderem behandelt.

Vom 1. Januar 1918 an gab es in der A.S.A. in Fribourg 118 Plätze für Internierte. Bis kurz vor dem Waffenstillstand wurden noch einmal 835 Patienten behandelt, davon 37 Offiziere und 798 Unteroffiziere und Soldaten.

⁵⁶⁸ Ebd., S. 145f.

⁵⁶⁹ Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 139.

⁵⁷⁰ BAR E 27 14031: Localités occupées par les Internés Français, Belges et Anglais en date du 10. Juin 1917.

Während der Periode nach dem Waffenstillstand, welche Favre als »*le Liquidation*« bezeichnete, zählte man 174 Franzosen, davon 12 Offiziere, sowie 22 Belgier, davon 3 Offiziere, und 45 Engländer, darunter ein Offizier. Bis zum 17. Januar 1919 wurde eine Gesamtzahl von 1076 Internierten erreicht.⁵⁷¹

Operationen waren die ursprüngliche Motivation gewesen, die Einrichtung in Fribourg zu eröffnen. Die Patienten wurden vor allem nach der Dringlichkeit und der Dauer der Heilung ausgewählt, so dass man neben der Behandlung der kleineren Fälle immer eine bestimmte Priorität auf Kriegsverletzungen im engeren Sinne legen konnte. Deren Behandlung dauerte im Allgemeinen länger und blockierte daher die Betten für eine längere Zeit. Insgesamt wurden während der gesamten Internierungszeit 728 Operationen durchgeführt.

Wenn man Operationen an den Augen, Zahnbehandlungen, Anfertigungen für orthopädische Schuhe und Anwendung von Apparaten abzog, gab es im engeren Sinne 679 chirurgische Eingriffe.

Die monatliche Zahl an Operationen war variabel. In der Zeit unmittelbar nach der Ankunft der Internierten war sie sehr hoch und trotz aller Berechnungen nahmen die Anfragen einen solchen Umfang an, dass die Frage nach der Vergrößerung des Krankenhauses diskutiert wurde.⁵⁷² Später nahm die Nachfrage aber kontinuierlich ab.⁵⁷³

571 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 139.

572 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 139.

573 Ebd., S. 137.

12. Verwaltung der Patienten in den Schweizer Krankenhäusern

Über die Schweizer Krankenhäuser gab es von Seiten der Internierten keine Reklamationen. In den Einrichtungen waren nur sehr selten große Schlafsäle eingerichtet, die Zimmer waren hell und ansprechend. Sie wurden in der Regel mit zwei, drei oder im Maximum vier Patienten besetzt. Die militärischen Internierten wurden dabei in zwei Klassen aufgeteilt: zum einen die Offiziere und zum anderen Unteroffiziere und Mannschaften. Die Zivilinternierten bildeten ebenso zwei Kategorien. Diejenigen, die selbst für ihren Unterhalt bezahlen konnten, wurden entsprechend der Bezahlung untergebracht; die anderen, die nicht zahlen konnten, wurden behandelt wie Mannschaften.⁵⁷⁴

Die behandelnden Ärzte mussten für jeden Neuankömmling in der Schweiz auf einem Spezialformular einen Beobachtungsbogen anfertigen, der die Krankengeschichte aufzeigte und fortsetzte. Falls der Internierte die Region wechselte oder aus einer anderen Region kam, musste man dem Bogen die bereits gemachten Beobachtungen und Behandlungen entnehmen können. Der Beobachtungsbogen wurde Tag für Tag geführt, auch wenn sich der Internierte für eine lange Zeit in einer Einrichtung für Internierte oder einer Sanitätseinrichtung befand. Im Fall der Repatriierung oder einer Rückkehr in Gefangenschaft musste dem Internierten immer eine Zusammenfassung der Krankengeschichte mitgegeben werden. Diese Zusammenfassung war der Nachweis, wie man die Kriegsgefangenen, die der Schweiz anvertraut worden waren, behandelt und gepflegt hatte. Das Original der Krankengeschichte wurde dem zuständigen dirigierenden Sanitätsoffizier zugestellt und sollte in der Schweiz bleiben.⁵⁷⁵

Dennoch waren die Beobachtungsbögen oft nicht vollständig oder sind teilweise sogar abhanden gekommen. Daher erließ der Armeearzt am 31. Oktober 1917 die Anweisung *Instruction concernant la tenue et la transmission des histoires de malades (feuilles d'observation)*.⁵⁷⁶

574 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 54f.

575 BIG EDA A 81-1: Instruktion Nr. 759 B über Führung der Krankengeschichten vom 31 Oktober 1917.

576 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 147.

Die Interniertenpost

Der Postdienst für die Internierten wurde von der Feldpost der Armee übernommen, was durch die hohe Zahl der Internierten eine besondere Belastung darstellte. Die rechtliche Grundlage für den Postdienst der Internierten waren die *Instructions pour le Service postale des prisonniers de guerre internés en suisse* und das in drei Sprachen herausgegebene Merk-
büchlein *Instructions pour les ordonnances postale des prisonniers de guerre internés en Suisse / Anleitung für die Postordonnancen der in der Schweiz internierten Kriegsgefangenen* in der ersten Auflage vom 5. Mai 1916.⁵⁷⁷ Zudem wurde in jeder Internierungseinrichtung ein Aushang in der jeweiligen Sprache der Internierten ausgehängt, auf welchem die Formalitäten für die Post erklärt wurden.⁵⁷⁸

Eine Bedingung für den Postdienst war, dass durch die Internierten keine zusätzlichen Belastungen und Kosten auf die zivile Post zukommen durften. Zu diesem Zweck verschickte die Generaldirektion der Post Rundschreiben an die Sektorstellen der Post und die Bureaus in den Internierungsregionen. Von der Post wurde festgelegt, dass die Postschalter in einzelnen Orten nicht die gesamte Zeit für Internierte geöffnet waren, sondern nur zu bestimmten Stunden.⁵⁷⁹

Man stellte den Internierten für ihre Korrespondenz militärische Postkarten bereit; bis Ende 1916 etwa 480.000.⁵⁸⁰ Aber auch von Hilfsorganisationen wurden den Internierten Postkarten zur Verfügung gestellt.⁵⁸¹

Die Post der belgischen und französischen Internierten, welche in die von deutschen Truppen besetzten Gebiete geschickt wurde, musste über die Zensurstelle in Konstanz umgeleitet werden. Zu diesem Zweck sollten die Internierten der Entente spezielle Briefumschläge und Briefköpfe benutzen, die ihnen von der Direktion der Feldpost geliefert wurden. Ein Büro in Kreuzlingen fungierte als Sammelstelle für die Weitergabe der Interniertenpost an die Zensurbehörde. Für den Briefverkehr mit Frankreich, in beide Richtungen, gab es anfangs die Sammelstelle in Bern, von wo aus man die Post nach Pontcarlier weiterleitete, wie die Post der anderen Kriegsgefangenen.

577 BAR E 27 13976.

578 BAR E 27 13976.

579 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 178ff.

580 Abbildungen ausgefüllter Militärpostkarten finden sich bei Schild: Die Internierung von ausländischen Militäreinheiten in der Schweiz 1859-1871-1916-19, S. 120ff.

581 Ebd., S. 128ff.

Später, ab 1916, diente die Stelle in Neuchâtel als Sammelstelle. Die französische Sammelstelle für Kriegsgefangenenpost wurde gegen Ende des Krieges nach Beaune verlegt.⁵⁸²

Die Briefe der Internierten waren portofrei und mussten auf der Seite der Adresse den Namen des Absenders tragen. Sie durften ausschließlich durch die Postordonnanzen an die Poststelle gesendet werden. Die Poststellen der Internierungsregionen hatten alle den gleichen Poststempel, der neben dem Namen des Ortes den Zusatz trug: *Kriegsgefangenen-Internierung in der Schweiz* oder *Internement des prisonniers de guerre en Suisse*. Der gesamte Internierungsdienst musste identische Briefmarken verwenden oder die Umschläge, welche den vorgeschriebenen Briefkopf trugen.⁵⁸³ Bis zum 9. Oktober 1916 war die Interniertenpost portofrei innerhalb der Schweiz und ins Ausland für Pakete bis 5 kg, denn die Zahl der Sendungen gemäß der *Union postale universelle* und der Haager Konvention war nicht beschränkt.

Diese Portobefreiung führte dazu, dass sie in großem Stil genutzt wurde und der Postverkehr ins Ausland, aber auch innerhalb der Schweiz enorm anstieg. Einzelne Internierte verschickten mehr als 50 Postkarten auf einmal und 15 bis 20 Briefe an einem Tag. Schon im Mai hatte man festgestellt, dass in einzelnen Sektoren ein Mittel von 2 Postsendungen pro Tag und Internierten verschickt wurde. Zudem stieg die Zahl der Sendungen, welche an die Internierten ausgeliefert wurden, auf etwa 40.000 an.

Die große Zahl von Sendungen führte ab dem 10. Oktober 1916 dazu, dass man die Portofreiheit auf 10 Briefe, Postkarten, Drucksachen, Muster und andere kleine Pakete bis zu einem Gewicht von 1 Kilo pro Monat für jeden Internierten einschränkte. Von diesem Tag an konnten die portofreien Sendungen nur mehr am 1., 3., 5., 10., 13., 15., 18., 20., 25. und 28. jedes Monats verschickt werden.⁵⁸⁴

An diesen Tagen mussten die Postordonnanzen alle portofreien Sendungen zur Post tragen. Zusätzlich hatten sie einen Zustellschein auszufüllen, auf welchem die internierten Absender sowie die Zahl der Briefe und Postkarten aufgeführt waren. Dieser wurde der Poststelle übergeben.

582 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport*, S. 180f. Abbildungen der Briefumschläge und der Zensurstempel finden sich bei Schild: *Die Internierung von ausländischen Militäreinheiten in der Schweiz 1859-1871-1916-19*, S. 122ff.; S. 141ff.; S. 147f.

583 BAR E 27 13976: Aushang. Postdienst der in der Schweiz internierten Kriegsgefangenen.

584 Ebd.: *Anleitung über den Postdienst der in der Schweiz internierten Kriegsgefangenen*. 3. Auflage vom 7. Oktober 1916; Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport*, S. 181.

Eine Statistik stellte für das Jahr 1916 einen Rückgang der portofreien Sendungen von 26% der abgesendeten und 76% der empfangenen Sendungen fest. Die Zahl der Sendungen blieb nun unter dem vorgegebenen Soll.⁵⁸⁵

Um die Adressen der Internierten zentral zu erfassen, musste jeder Internierte, wenn er an seinem Internierungsort angekommen war, eine weiße Postkarte ausfüllen, auf welcher sich ein Vordruck befand, um seiner Familie seine Adresse mitzuteilen. Da jedoch zu Beginn der Internierung viele Pakete für die Gefangenen in der Schweiz ohne Angabe des Sektors ankamen, wurden alle Internierten in einer alphabetischen Liste erfasst. Diese Arbeit übernahm das Sammlungsbüro 23 der Feldpost in Bern. Zunächst verwendete man zu diesem Zweck die Karteikarten der Internierung, später führte man eine gelbe Karte ein, die *Avis d'arrivée en Suisse*. Diese musste für jeden Internierten durch den Chef der jeweiligen Einrichtung ausgefüllt und unverzüglich an die Quartiermeister der Region geschickt werden. Dort wurde die Karte mit dem Soldblatt des Soldaten abgeglichen und anschließend an das Büro 23 weitergeschickt. Die Kartei des Büros umfasste bis zum Jahresende 1916 etwa 30.000 Namen.⁵⁸⁶

Da die Internierten häufig ihre Sektoren aus gesundheitlichen oder arbeitstechnischen Gründen wechseln mussten, war es notwendig, die Kartei tagesaktuell zu führen. Die Quartiermeister trugen daher jede Ortsänderung auf den Soldblättern der Internierten ein und schickten eine Mitteilungskarte an das Büro 23. Für das Jahr 1916 gab es etwa 25.000 Veränderungen. Im Jahr 1917 existierte dann ein Verzeichnis mit etwa 40.0000 Namen und 888.785 Veränderungen.⁵⁸⁷

Im April 1917 wurde ein neuer Postbefehl herausgegeben, in welchem die Interniertenpost geregelt wurde. Dort wurden hauptsächlich Regelungen über das Porto der Post der Werkstätten und Einrichtungen der Internierung getroffen. Die Post der Internierten aus Österreich-Ungarn wurde zu denselben Bedingungen wie die der anderen Internierten befördert. Zudem wurde auf eine Verschärfung der Zollkontrollen hingewiesen. Der Inhalt von Paketen an die Internierten musste nun vollständig deklariert werden. Des Weiteren wurden die am 9. Oktober 1916 gemachten Einschränkungen bezüglich der Zahl der Briefe, die jeder Internierte kostenfrei verschicken durfte, bekräftigt.⁵⁸⁸

585 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 182.

586 BAR E 27 13976: Anleitung über den Postdienst der in der Schweiz internierten Kriegsgefangenen. 3. Auflage vom 7. Oktober 1916.

587 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 261ff.

588 BAR E 27 13976: Postdienst für die in der Schweiz internierten Kriegsgefangenen. 1. Januar bis 30. Juni 1917.

Seelsorge für die Internierten

Neben zahlreichen Fürsorgeeinrichtungen etablierte der Internierungsdienst schon sehr bald eine spezielle Seelsorge für die Internierten.⁵⁸⁹ Für die englischen Internierten standen katholische Priester in den Internierungsregionen zur Verfügung. Neben Abbé Bullet waren dies Monsignore Tisdale, Pater W. J. Neville und Pater D. Fahey. Sie hielten Messen in englischer Sprache in Châteaux-d'Œx, in Murren und alle vierzehn Tage in Leysin und Signal de Bougy. Zudem führten sie Hochzeiten von Internierten und Taufen durch. In Châteaux-d'Œx, bedingt durch viele englische Touristen, arbeitete Reverend Dudley Lampen von der *Church of England*. Dieser wurde später von Reverend A. M. Sutherland, einem Presbyterianer aus Lausanne, und Reverend Isaac Hutchinson, welcher aus England kam, unterstützt. Ab Januar 1917 wurde die Seelsorge der anglikanischen Internierten in die Hände von Reverend A. H. Sewell, einem Army Chaplain, gelegt.⁵⁹⁰ Für die belgischen Internierten, die überwiegend katholisch waren, gab es vier von der belgischen Regierung entsandte Feldprediger, die in Lausanne, Glion, Aeschi, Clarens, Leysin und Interlaken Predigten auf Flämisch hielten. Zudem gab es drei internierte belgische Pfarrer, die für die Sektoren Neuchâtel, Boudry und Cortaillod zuständig waren. Die französischen Internierten nahmen an den Gottesdiensten in den Orten teil, wo sie interniert waren. In den Pfarrgemeinden wurde für sie ein wöchentlicher oder vierzehntägiger spezieller Gottesdienst abgehalten. Besonders viele Gottesdienste fanden dabei in Leysin und Montana statt. Der religiöse Dienst wurde auch für die Familien der Internierten sehr wichtig, so dass man weitere spezielle Gottesdienste für die Familien durchführte. Während des Jahres 1917 gab es 32 internierte französische Priester, welche die Seelsorge in den Sektoren unterstützten. Die meisten wurden im Laufe des Jahres repatriert, als Ersatz fanden sich freiwillige Priester aus der Schweiz, Polen und Belgien.⁵⁹¹

Für die protestantischen Internierten wurde ebenfalls eine Seelsorge organisiert. Dabei galt für die deutschen Internierten, dass sie an den Gottesdiensten in den Internierungsregionen teilnahmen. Zusätzlich gab es während des Jahres 1917 14 protestantische Feldprediger, 38 Schweizer Pfarrer in den Gemeinden und 5 deutsche Pfarrer, welche für die Internierten zuständig waren. Neben zahlreichen speziellen Gottesdiensten für die Internierten in den Kirchen gab es auch viele Feldgottesdienste.

589 Original-Dokumente zur Einrichtung der Seelsorge befinden sich in BAR E 27 13999.

590 Picot: *The British interned in Switzerland*, S. 161ff.

591 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport*, S. 163f.; ders.: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 238ff.

In die Regionen mit sehr vielen Protestanten, wie Davos, wurden zusätzliche Pfarrer entsandt.⁵⁹² Für die französischen und belgischen Protestanten gab es insgesamt sechs Feldprediger in den Regionen. Problematisch für die Durchführung von zentralen Veranstaltungen wurden hier jedoch die geringe Zahl und die Verteilung der Internierten auf verstreut liegende Orte. Die Feldprediger bereisten so alle Internierungsorte und führten dort die Gottesdienste, zum Teil in den Einrichtungen selbst, durch.⁵⁹³

Im Februar 1916 wurden die Zürcher Rabbiner Dr. T. Lewenstein und Dr. M. W. Rappaport damit beauftragt, sich um die deutschen jüdischen Internierten zu kümmern. Für die belgischen, französischen und englischen jüdischen Internierten war der Rabbiner Jules Wolf aus La Chaux de Fonds zuständig.⁵⁹⁴

13. Probleme bei der Internierung

Landesverteidigung

Im September 1916 hatte ein internierter französischer Korporal die Erlaubnis erhalten, nach Brig (Wallis) zu fahren. Er nutze diese Gelegenheit, um die Furkagegend zu besuchen. Der Armeearzt erinnerte sofort in einer Order daran, dass jeder Zugang zu den Grenzbefestigungen und den Festungen der Schweiz für die Internierten verboten sei. Unter den Orten, welche der Generalstab als Internierungsregionen ausgeschlossen hatte, waren: Murten und Umgebung, der Berner Jura, der Hauenstein, die Rheingrenze von Basel bis Schaffhausen, das Ober-Engadin, das Hinter-Rheintal, das Tessin, der St. Gotthard, die Täler über der Rhone, der Simplon und Saint-Maurice.

Für die Internierten der Klasse IV war es jedoch möglich, dort zu einem Arbeitseinsatz abkommandiert zu werden. Dies jedoch nur mit der Autorisation des Generalstabes. Diese Erlaubnis war für jeden Fall gesondert einzuholen und wurde im Allgemeinen gegeben.

In der Region Bas-Valais am linken Ufer der Rhone waren Morgins, Champéry, Varnayaz, Salvan, les Marécotes, Finhaut, Martigny, Chable und Champex die einzigen Orte, die den Internierten offenstanden.

592 Schreiber: Die Seelsorge an den evangelischen deutschen Internierten in der Schweiz.

593 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 164f.; ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 242ff.

594 NZZ Nr. 1589, vom 8. Oktober 1916; Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 165f.; ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 245; NZZ 139, Nr. 181 vom 31. Januar 1917.

Aber dort war das Betreten für internierte Artillerie- oder Pionieroffiziere der Artillerie und höhere Offiziere verboten. Die Route über den St. Bernhard war für die Internierten gesperrt.

Ausnahmen gab es für Basel, wo die Internierten im deutschen Generalkonsulat angestellt waren und sich Internierte in Behandlung in den Krankenhäusern und Kliniken befanden, oder für die internierten Studenten. Ebenso für Brig, wo man Zivilinternierte untergebracht hatte und für Saint-Maurice, wo man chirurgische Fälle in der Klinik Saint-Amé behandelte. Für den Neuchâtel Jura gab es am 17. Januar 1917 eine Order des Generalstabes der Armee, der die Räumung von Internierten im gesamten Westjura anordnete, diese wurde jedoch am 19. Januar bereits widerrufen und nur die Internierten von Rasses und von Fleurier wurden in das Berner Oberland A gebracht, ausgenommen eine Abteilung, die nach Boudry transferiert wurde.

Für den Fall der Generalmobilmachung der Schweizer Armee mussten alle Internierten die vom Generalstab festgelegten Regionen räumen und durften zahlreiche gesperrte Wege nicht mehr benutzen.⁵⁹⁵

Disziplin und Alkoholmissbrauch

Für die Internierten galten in Bezug auf die Disziplin die Vorschriften der Schweizer Armee. Alle Fragen bezüglich der Disziplin und auch Bestrafungen wurden in den Generalinstruktionen vom 25. Januar 1916 festgelegt. Diese Passage wurde im April und im November 1916 überarbeitet, so dass nun alle Bestraften unter den Internierten dem Armeearzt gemeldet wurden.⁵⁹⁶

Für den Kontakt der Internierten mit den Vorgesetzten ihrer eigenen Armee galten die Vorschriften der ausländischen Armeen. Für die militärische Disziplin waren die Sektorchefs gegenüber den dirigierenden Sanitätsoffizieren verantwortlich.

Die Polizeistunde galt auch für die Internierten. Für die einfachen Soldaten galt sie ab 21.30, für die Unteroffiziere bis einschließlich des Ranges eines Wachtmeisters ab 22 Uhr und für die Offiziere galten die zivilen Polizeistunden der jeweiligen Orte. Ausnahmen mussten vom Armeearzt bewilligt werden. Zudem mussten sich die Internierten, welche nicht arbeiteten, während der Arbeitszeit ihrer Kameraden in ihren Einrichtungen aufhalten.

595 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 53.

596 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918-1919. Troisième Rapport, S. 95.

Jeder Internierte musste seine Legitimationskarte mitführen. Die Kontrolle der Internierten konnte dabei vom Platzkommandanten oder von der Polizei erfolgen. So wollte man verhindern, dass Internierte unkontrolliert die Sektoren wechselten.⁵⁹⁷

Als Hauptproblem für die Disziplin unter den Internierten erwies sich dabei der Alkoholmissbrauch, welcher die meisten Disziplinarstrafen verursachte. Edouard Favre sprach in einzelnen Sektoren von bis zu 90 %, was sich auch in den monatlichen Rapporten niederschlug.⁵⁹⁸

Der Besuch von Lokalen und der Genuss von Alkohol wurden in einer Anweisung vom 30. November 1916 geregelt. Untertags war der Konsum von Alkohol verboten. Ausnahmen konnten vom zuständigen Arzt, dem Platzkommandanten oder dem dirigierenden Sanitäts-offizier bewilligt werden, aber auch dann nur in kleinen Mengen.

Dennoch gab es zahlreiche Probleme mit dem Ausschank von Alkohol an Internierte. Die englische Regierung, aber auch Schweizer Autoritäten beschwerten sich mehrfach beim Internierungsdienst, dass die Internierten zu viel Alkohol tranken.⁵⁹⁹ Daher wurden in Luzern Restaurants und Wirtschaften zum Teil für die Internierten gesperrt, weil die Wirte keine Sorge trugen, dass die Internierten sich nicht völlig betranken.⁶⁰⁰ Gegen die Sperrung wurde von den betroffenen Wirten jedoch juristisch vorgegangen und man erreichte eine Aufhebung der Sperrung.⁶⁰¹ Das schweizerische Justiz- und Polizeidepartement untersuchte die Zulässigkeit solcher Sperrungen für den Internierungsdienst und kam zu dem Schluss, dass sie rechtmäßig seien, aber im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation der Wirte mit äußerster Zurückhaltung angewendet werden sollten.⁶⁰²

Ein weiteres Problem, welches öffentlich angesprochen wurde, war der Geldverleih an die Internierten. Es gab einzelne Internierte, welche sich Geld liehen und nicht in der Lage waren, es zurückzubezahlen. Der Armeearzt wies öffentlich in Schweizer Zeitungen darauf hin, dass die Internierten von ihren Staaten ausreichend versorgt würden und man ihnen somit kein Geld leihen dürfe.⁶⁰³

597 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 87.

598 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 88f.; ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918-1919. Troisième Rapport, S. 116ff.

599 BAR E 27 14023: Brief von Armeearzt Hauser an den dirigierenden Sanitäts-offizier der Region Bern vom 26. April 1917; ebd.: Brief von Horace Rumbold an Bundesrat Hoffmann vom 4. Januar 1917.

600 BAR E 27 14023.

601 BAR E 27 14023.

602 BAR E 27 14023: Brief des Schweizerischen Justiz- und Polizeidepartements an das Schweizerische Politische Departement, Abteilung Auswärtiges vom 15. September 1917.

603 NZZ 138, Nr. 1167 vom 27. Juni 1917; NZZ 138, Nr. 2053 vom 1. November 1917; NZZ 139, Nr. 619 vom 11. Mai 1918.

Die Strafen bei Missbrauch oder Disziplinarverstößen entsprachen denen der Schweizer Armee; dies war vom Bundesrat am 14. Oktober 1916 beschlossen worden.⁶⁰⁴ Sie waren gestaffelt und kannten neben Hausarrest und Gefängnis als letzte Maßnahme die Rücksendung in die Kriegsgefangenschaft; diese konnte jedoch nur durch das Politische Departement verfügt werden.⁶⁰⁵ Die Zuständigkeit der Militärgerichte ergab sich aus der Tatsache, dass die Internierten im Sinne von Kap. II der Haager Neutralitätskonvention von 1907 betrachtet werden mussten.⁶⁰⁶

Am 1. Juli 1916 richtete das Militärische Departement zudem Militärtribunale für die Sektoren mit Internierten ein. In den Fällen von schweren Vergehen, die vor ein Kriegsgericht gestellt werden mussten, wurde nun ein Verfahren geführt, dessen Ergebnisse dem Armeearzt vorgelegt werden mussten. Dieser entschied dann, ob der Betreffende vor das Tribunal gestellt werden sollte oder ob es ausreichend war, eine Strafe zu verhängen.⁶⁰⁷ Falls der betreffende Internierte verurteilt wurde, lag es am Kanton, wo die Strafe verbüßt werden musste.⁶⁰⁸ Die Internierten wurden dann nicht mehr als Mitglieder einer Internierungsregion geführt, sondern kamen im Zentralbureau der Internierung auf eine Liste der durch die Militärjustiz Verurteilten. Dort wurde dann für diese eine gesonderte Abrechnung geführt.⁶⁰⁹ Listen mit verurteilten und in die Kriegsgefangenschaft zurückversetzten Internierten finden sich im Bundesarchiv in Bern.⁶¹⁰ Dies waren im Lauf der Internierung 73 Internierte der Entente und 27 Internierte der Zentralmächte.⁶¹¹ Für Alkoholiker wurden darüber hinaus bestimmte Einrichtungen geschaffen. Dort wurde kein Alkohol ausgegeben und jeder Konsum war streng verboten. Zudem galten Besuchsverbote für Lokale und Cafés. Alkoholikereinrichtungen gab es in Gimel (VD) für französische, belgische und englische Internierte, in Henniez und Lucens (VD) für französische und belgische Internierte⁶¹² sowie in Signal de Bougy (VD) für englische Internierte und im Felsenheim bei Sachseln (NW) für deutsche Internierte.⁶¹³

604 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918-1919. Troisième Rapport, S. 95; BAR E 27 14025: Bundesratsbeschluss betreffend Strafgerichtsbarkeit und Disziplinargewalt über Internierte vom 14. Oktober 1916.

605 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 89f.; BAR E 27 14026: Brief des Schweizerischen Justiz- und Polizeidepartements an die Abteilung für Internierung des Schweizerischen Politischen Departements vom 22. September 1917.

606 BAR E 27 14024: Schweizerische Armee an das Schweizerische Politische Departement vom 18. Februar 1916.

607 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 106f.

608 BAR E 27 14024.

609 Favre: Instruktion betreffend die verwaltungstechnische Behandlung von verurteilten Internierten vom 1. Januar 1917.

610 BAR E 27 14027.

611 NZZ 140, Nr. 307 vom 28. Februar 1919.

612 BAR E 27 14023.

613 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 92ff.

Für tuberkulosekranke französische und belgische Internierte, die zugleich Alkoholiker waren, wurde Anfang 1917 eine Einrichtung in Weissenburg-Bad eröffnet.⁶¹⁴ Eine weitere Einrichtung gab es in Kienthal.⁶¹⁵

Die Straflager in Witzwil, Kalchrein und Duillier

Für die straffällig gewordenen Internierten wurden nach Rücksprache mit der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft und der französischen Botschaft drei Straflager eingerichtet.⁶¹⁶ Die Internierten, welche in ein solches Lager geschickt wurden, wurden im Anschluss nicht mehr in ihren früheren Sektor zurückgesandt, sondern auf andere verteilt. Das Lager Duillier (VD) für Internierte der Entente wurde auf Vorschlag von Major Albert Vernet am 18. Dezember 1916 eröffnet. Es wurde von Wachmannschaften bewacht und verfügte über eine Stacheldrahtumzäunung. Arbeit war in diesem Lager für die Internierten Pflicht. Sie wurden in der Landwirtschaft tätig, legten Felder oder Drainagen an oder wurden zum Straßenbau eingesetzt.⁶¹⁷ In Witzwil (BE) wurde ein Straflager für englische, belgische und französische Internierte am 2. Juni 1916 eröffnet. Untergebracht waren die Internierten in einer ehemaligen Strafanstalt für Angehörige der Schweizer Armee. Im Kanton Thurgau wurde die Zwangsarbeitsanstalt Kalchrein für deutsche Internierte eingerichtet. Ab dem 31. Dezember 1916 gab es hier Platz für bis zu 20 Männer. Verwaltet wurde die Anstalt von J. Rieser.⁶¹⁸ Darüber hinaus wurden Internierte in kantonalen Gefängnissen und Strafanstalten untergebracht, wenn sie verurteilt wurden.⁶¹⁹

Fluchtversuche

Schon zu Beginn der Internierung gab es vor allem von Schweizer Seite Bedenken, ob man die Bewachung der Internierten sicherstellen könne. Die an der Internierung beteiligten Staaten verpflichteten sich daher, entflozene Internierte in die Schweiz zurückzubringen.⁶²⁰ Diese Abmachung wurde auf befreundete Nationen ausgedehnt.

614 Ders: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 106f.

615 Ders: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport, S. 121.

616 BAR E 27 14020: Brief der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft an das Politische Departement vom 26. April 1916; ebd., Brief der französischen Botschaft an den Internierungsdienst vom 8. Mai 1916.

617 BAR E 27 14020: *Ordre Général pour le Camp Disciplinaire de Duillier* vom 13. Dezember 1916.

618 BAR E 27 14020.

619 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 99f.; ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 109ff.; BAR E 27 14024.

620 NZZ 137, Nr. 122 vom 24. Januar 1916, Nr. 1161 vom 20. Juli 1916.

So erklärte sich Österreich-Ungarn damit einverstanden, deutsche Internierte, die sich nach Österreich absetzten, in die Schweiz zurückzuschicken.⁶²¹ Italien erklärte sich ebenfalls dazu bereit, entwichene deutsche, französische, belgische und englische Internierte zurückzubringen; Frankreich, englische und belgische Internierte in die Schweiz zu überführen.⁶²²

In der Schweiz war die Heerespolizei angewiesen, reisende Internierte zu kontrollieren und entwichene Kriegsgefangene aufzugreifen und nach Bern zu überführen.⁶²³

Zur Rückführung der Internierten wurden den betreffenden Gesandtschaften wöchentlich Listen zugeschickt, auf welchen sich der Name, Vorname, der Grad und die Einteilung sowie die Internierungsregion und das Datum der Flucht der Internierten befanden.⁶²⁴

Zudem wurden in den Tageszeitungen die Fluchtversuche zum Teil mit Angabe der Nationalität, des Namens und Dienstrangs des Geflohenen gemeldet.

Die Schweizer Bevölkerung und die Internierten

Für die Schweizer Bevölkerung und besonders für die Schweizer Armee ergab sich das Problem, dass man nun uniformierte Soldaten fremder, mitunter feindlich gesonnener Staaten in der Schweiz beherbergte. Die latente Gefahr, dass diese im Kriegsfall aktiv werden könnten, war der Bevölkerung bewusst. Mitunter sahen einzelne Schweizer Orte durch die internierten Soldaten wie Garnisonsstädte aus.

Dennoch wurden die Zivilinternierten und die Kriegsgefangenen in der Regel freundlich aufgenommen. Lediglich zu Beginn des Krieges mussten bei Durchtransporten von französischen Zivilinternierten zwischenzeitlich die Bahnsteige abgesperrt werden, da es zu Anfeindungen gekommen war.⁶²⁵

Problematisch wahrgenommen wurde aber anfangs, vor allem für die Schweizer Männer, die Anziehung, welche die Kriegsgefangenen auf die Frauen auszuüben schienen. Die Tatsache, dass fast alle jungen Schweizer Männer zum Militärdienst einberufen waren, dürfte diese Problematik noch verstärkt haben. *Pro Captivitis* beschwerte sich in der Neuen Zürcher Zeitung sogar öffentlich, dass Schweizer Frauen sich die Adressen der Internierten aufschrieben und regelrechte Wallfahrten zu den Internierungsorten durchführten. Dies war

621 BAR E 27 14021: Brief der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft an Bundesrat Hoffmann vom 30. Mai 1916.

622 BAR E 27 14021.

623 Ebd.: Brief des Kommandos der Heerespolizei an die Polizeikommandanten der Kantone vom 4. August 1916.

624 BAR E 27 14021.

625 NZZ 136, Nr. 151 vom 8. Februar 1915, NZZ Nr. 850 vom 4. Juli 1915.

»eine betrübliche Tatsache, und verdient entschieden Verurteilung. Diese Vorkommnisse erhalten dadurch noch eine besondere Beleuchtung, weil es Frauen fast aller Stände sind, die ihre Würde nicht besser zu wahren wissen.«⁶²⁶

Ähnlich äußerte sich auch der *Verband der Schweizer Freundinnen Junger Mädchen*:

»[...] dass es nicht nachher heiße die Schweizerinnen seien ihnen nachgelaufen und hätten sie belästigt. Darum etwas mehr von der herben Unnahbarkeit unserer Berge, die in stiller Reinheit ihr Haupt zum Himmel erheben und doch so fest im Heimatboden wurzeln!«⁶²⁷

Das Problem war dabei vor allem die mangelnde Beschäftigung der Internierten:

«Klagen über Internierte. Adelpoden. Die hiesige Bevölkerung beklagt sich über die zunehmende Gefährdung der guten Sitten durch Internierte und allzu mildherzige Töchter und Frauen. Es wird dringend um ausgiebige Beschäftigung der Internierten gesucht.»⁶²⁸

In einzelnen Orten, unter anderem in Stansstadt, kam es zu Belästigungen und Überfällen auf Internierte oder auch deren nachgereiste Frauen, vor allem durch Jugendliche. Probleme gab es dabei auch vor allem, weil die Internierten »der holden Weiblichkeit zu offenkundig gegenübertraten« und so Anlass zu Eifersucht boten.⁶²⁹

Der Ort Stansstadt kam lange nicht zur Ruhe; so gab es weitere Vorfälle, bei welchen mehrere Schweizer, die allesamt als »Raufbolde« bekannt waren, eine Gruppe von Internierten provozierten, indem sie zunächst in einer Gruppe von fünfzehn Mann zwei der Internierten überfielen und gegen diese später in einer Wirtschaft handgreiflich wurden. Als die Internierten sich zur Wehr setzten, um sich den Weg zurück in ihr Quartier zu erkämpfen, verletzten sie die Schweizer durch den Gebrauch von Stöcken, was diese zum Anlass nahmen, gerichtlich gegen sie vorzugehen. Der Grund war auch diesmal ein Verhältnis eines Internierten mit einer Schweizerin. In diesen Fällen musste die Polizei eingreifen, denn die Tätlichkeiten gegenüber Militärinternierten unterstanden der bürgerlichen und nicht der militärischen Gerichtsbarkeit.⁶³⁰ Der zweite geschilderte Fall wurde juristisch von der Polizei verfolgt, aber auch dem Internierungsdienst und Armeearzt Hauser gemeldet. Die betroffenen Internierten wurden zunächst von der Polizei und dem Internierungsdienst verhört und in andere Orte verlegt oder repatriert⁶³¹

626 NZZ 137, Nr. 845 vom 27. Mai 1916.

627 NZZ 137, Nr. 939 vom 12. Juni 1916.

628 NZZ 137, Nr. 1584 vom 6. Oktober 1916.

629 BAR E 27 14022: Oberst Beyerlin vom 4. Dezember 1917; ebd.: Verfügung Kontr.-Nr. 98/1310 vom 9. Juli 1918.

630 BAR E 27 14022: Oberst Beyerlin vom 4. Dezember 1917; ebd.: Verfügung Kontr.-Nr. 98/1310 vom 9. Juli 1918.

631 BAR E 27 14022.

Ausländische Besuche und das Zusammentreffen Internierter

Sehr viele deutsche und französische Offizielle und Militärs besuchten die Internierten ihrer Länder in der Schweiz. Von deutscher Seite aus besuchten der deutsche Gesandte in Bern Gisbert von Romberg und der deutsche Militärattaché Bismark die Schweiz. Der ehemalige Reichskanzler Bernhard Fürst von Bülow weilte in den Wintermonaten von 1915 bis 1917 jeweils einige Wochen in Luzern, zusammen mit seiner Frau, welche zur Erholung in die Schweiz kam. Er besuchte mehrmals die Internierten in der Innerschweiz.⁶³² Von französischer Seite kam General Pau, der im Juli 1917 französische Internierte und Evakuierte in Engelberg und Genf besuchte.⁶³³ Auf englischer Seite besuchte Lord Cecil im März 1917 die englischen Interniertenlager.⁶³⁴ Auch der Abgesandte des Papstes, Monsignore Marchetti-Selvaggiani, besuchte im Auftrag des Papstes die Internierten, um nur einige prominente Besucher zu nennen.⁶³⁵ Bei Besuchen von ausländischen Militärs kam es wiederholt zu Unmutsäußerungen von Seiten der Schweizer Armee, da die Militärs offizielle Anlässe wie Paraden oder Ordensverleihungen auf Schweizer Boden und auch in der Nähe der Schweizer Grenzen abhielten. Der Internierungsdienst gab den Widersprüchen der Armee in allen Fällen, in welchen Protest angemeldet wurde, nach, gegebenenfalls wurden Besuchsorte gestrichen oder die befahrenen Routen geändert.⁶³⁶

Bei Kriegsende kam es in Meiringen zu Zusammenstößen zwischen französischen Internierten und der Schweizer Bevölkerung. Die französischen Internierten hatten sich dabei über die geltenden Versammlungsverbote der Internierung mit den Worten »*O, nous ne sommes pas des Internés, maintenant nous sommes des touristes*« hinweggesetzt. Am Rande dieser Feiern kam es dann zu einer Schlägerei mit Bauern aus der Umgebung.⁶³⁷ Außerdem gab es unter den Internierten wiederholt Reibereien. So kam es beim Aufeinandertreffen von deutschen und englischen Internierten in Seeburg zu Vorkommnissen, die auch in Tätlichkeiten ausarteten. In der Folge wurde über eine Verlegung der englischen Internierten nachgedacht.⁶³⁸

632 NZZ 137, Nr. 193 vom 6. Februar 1916, Nr. 325 vom 29. Februar 1916, Nr. 365 vom 7. März 1916, Nr. 663 vom 26. April 1916; Fesser: Reichskanzler Fürst von Bülow, S. 177; Winzen: Bernhard Fürst von Bülow, S. 164f.

633 NZZ 138, Nr. 1360 und 1362 vom 24. Juli 1917, Nr. 1367 vom 25. Juli 1917.

634 NZZ 138, Nr. 559 vom 30. März 1917.

635 Quirico: Cor Paternum.

636 BAR E 27 13970: Besuche der Internierten Anstalten durch fremde Militärs 1916-1918.

637 BAR E 27 14022: Rapport an den Kommandanten der Internierungsregion O.B.A. vom 14. November 1918.

638 BAR E 27 14022.

Betrug bei der Internierung

Es gab einzelne Fälle, in welchen Schweizer Ärzte gegen Zahlung eines Honorars angeboten hatten, ihren Einfluss geltend zu machen, damit Kriegsgefangene in der Schweiz interniert werden könnten. Zudem gab es Agenturen, die gegen Geld eine Internierung in der Schweiz versprachen.⁶³⁹ Da die betreffenden Fälle wegen fehlender Beweise eingestellt werden mussten, sah sich der Bundesrat gezwungen, im August 1917 ein Gesetz auf den Weg zu bringen, welches die Beteiligung an der Internierung ohne Erlaubnis der zuständigen Behörden verbot.⁶⁴⁰ Das Gesetz trat am 4. Oktober 1917 in Kraft.⁶⁴¹

Dennoch gab es auch weiterhin Personen, die sich an der Internierung bereichern wollten. In England und in Frankreich existierten ebenfalls Angebote für den Austausch oder die Internierung gegen Geld. Daher sahen sich die dortigen Regierungen ebenfalls genötigt, in Anlehnung an das Schweizer Gesetz eigene Gesetze zu erlassen, um diese Praxis zu verbieten.⁶⁴²

In einer Pressemitteilung des Armeearztes wurde vor Internierungsagenten gewarnt:

»von gewissen verdächtigen Persönlichkeiten, die Anstrengungen machen zur Erreichung der Internierung von Kriegsgefangenen in der Schweiz, werden von geängstigten Familien beträchtliche Summen erpresst. Wie bekannt, hat der Bundesrat gegen diese Individuen unterm 4. Oktober 1917 einen Beschluss gefasst, nach dem alle Personen, die in gewinnsüchtiger Absicht die Internierung oder Heimschaffung von Kriegs- und Zivilgefangenen vermitteln oder zu vermitteln versuchen, mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder einer Busse bis zu 10.000 Fr. bestraft werden. Diese Agenten haben keinen Einfluss bei den schweizerischen Behörden. Ihnen Geld geben, heisst dasselbe verlieren. Der Internierungsdienst ersucht um Bekanntgabe der Namen solcher Schwindler, die das Internierungswerk in seiner Ehre schädigen und dem guten Ruf der Schweiz zum Nachteil gereichen.«⁶⁴³

639 BAR E 27 13971: Schweizerische Bundesanwaltschaft an das Schweizerische Politische Departement, 21. September 1916.

640 Ebd.: Bundesratsbeschluss betr. die unbefugte Beteiligung bei der Internierung von Kriegsgefangenen in der Schweiz vom August 1917.

641 BAR E 27 13971: Bundesratsbeschluss betreffend die Vermittlung der Internierung oder Heimschaffung von Kriegs- und Zivilgefangenen vom 4. Oktober 1917.

642 BAR E 27 13971.

643 BAR E 27 14034: Warnung vor Internierungsagenten (mitgeteilt).

14. Interniertenarbeit und Weiterbildung

Die deutschen Internierten

Bereits im September 1916 stellte sich die Frage, wie sich die Internierten nach Besserung ihres gesundheitlichen Zustandes beschäftigen sollten.⁶⁴⁴ Major Polentz, der damalige Vertreter des Kriegsministeriums bei der kaiserlich deutschen Gesandtschaft in Bern, machte den Soldaten deutlich, dass Arbeit ein Teil der Internierung war:

»Sie werden alle mit mir einig sein, dass Sie nicht die Hände in den Schoß legen dürfen, um nichts zu tun, sondern dass Sie sich auch betätigen wollen. [...] Ich werde für die Kräftigsten und Gesundesten unter Ihnen Fabrikbetriebe für Eisen- und Holzindustrie einrichten und werde einen Teil der Interniertenbekleidung in der Schweiz herstellen lassen. [...] Da es mir aber nicht daran liegt, dass nur einzelne Leute arbeiten, sondern dass alle Beschäftigung finden, ersuche ich, dass einerseits die Professionisten der vorerwähnten andere Leute anlernen und dass es sich diese letzteren ganz besonders angelegen sein lassen, die neue Arbeit zu erlernen. [...] Ich habe die feste Überzeugung, dass wir in gemeinsamer Arbeit etwas Positives leisten und Freude an unserer Arbeit haben werden.«⁶⁴⁵

Die Arbeit der Internierten begann sehr bald. Sollten die ersten Tage und Wochen der Internierung vor allem der Wiederherstellung der Gesundheit dienen, so waren die Internierten sehr bald dazu angehalten, sich eine Arbeit zu suchen. Daher erließ der Armeearzt am 25. Februar 1916 spezielle Anweisungen. Zu diesem Zweck unterteilte man die Internierten in vier Kategorien:

Klasse I: Arbeitsunfähige

Klasse II: Teilweise Arbeitsfähige, zur Verwendung in den Internierungsanstalten geeignet

Klasse III: Teilweise Arbeitsfähige zur Verwendung außerhalb der Internierungsanstalten, jedoch nur für einen Teil des Tages oder nur für leichtere Arbeiten

Klasse IV: Vollständig Arbeitsfähige zur Verwendung auch außerhalb der Internierungsorte

Diese Einteilung wurde am 15. März 1918 abgeändert:

Klasse I: Internierte, welche arbeitsunfähig sind oder nur leichte Tätigkeiten verrichten konnten

Klasse II: Alle im Internierungsdienst Beschäftigten

Klasse III: Internierte, welche in den nationalen und Schweizer Werkstätten tätig waren, und Studenten

Klasse IV: Alle diejenigen Internierten, die in der Lage waren, ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen

⁶⁴⁴ Polentz: *Mitteilungen der Kais. Deutschen Gesandtschaft in Bern*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 15. September 1916, S. 1ff.

⁶⁴⁵ Ebd., S. 1f.

Es war den Internierten möglich, in speziellen Einrichtungen für Internierte zu arbeiten. Diese stellten Waren her, die nach Deutschland geliefert wurden, um den Schweizer Firmen keine Konkurrenz zu machen. Oder sie suchten sich eine Anstellung bei einer Schweizer Firma oder einem Geschäft; dies aber unter Überwachung der von der Schweizer Regierung eingesetzten Arbeitskommissionen sowie der Sektion IV der Abteilung für Gefangenenfragen der kaiserlich deutschen Gesandtschaft, welche zu diesem Zweck im September 1916 gegründet wurde.

Die Organisation der Arbeit der Internierten lag zunächst in den Händen der Division *Pro Captivitis* des SRK, an deren Spitze die Frau des Generalstabschefs Sprecher stand, und einiger deutscher Hilfsvereine, wie des am 14. Dezember 1915 gegründeten Hilfsbundes für deutsche Kriegerfürsorge in der Schweiz. Im September 1916 begann man dann die Arbeit in den einzelnen Orten zu organisieren, denn die Einrichtung von neuen Betriebsstätten und die Vergrößerung der bestehenden Betriebe überforderte *Pro Captivitis*.

Auf Anfrage des dirigierenden Sanitätsoffiziers von St. Gallen-Appenzell, Oberstleutnant Dr. Steinlin, wurde die Erlaubnis des Armeearztes gegeben, eine Zentralstelle für Interniertenarbeit zu schaffen, die man dem Internierungsbureau der Region angliederte. In der Zentralschweiz wurde die Deutsche Interniertenarbeit Luzern im November 1917 gegründet. Dort wurde die Arbeit der Internierten der Zentralschweiz koordiniert und man ging eine Geschäftsverbindung mit der *Deutschen Kriegsgefangenenfürsorge* Davos ein, um auch deren Produkte in Deutschland abzusetzen. Bereits Anfang des Jahres 1917 gab es 39 Beschäftigungsstellen unter schweizerischer Leitung und 46 unter dem Kommando der Sektion IV. Dazu existierten 36 deutsche Werkstätten.

Vom 14. bis 18. März 1917 fand in Frankfurt am Main eine Ausstellung statt, auf welcher die von den Internierten hergestellten Waren präsentiert und verkauft wurden. Eine weitere Ausstellung gab es im folgenden Jahr vom 22. Mai bis Mitte Juni 1918 in München.

Im März 1917 wurde ein Orchester mit internierten deutschen Soldaten gegründet. Dies unterstand ebenfalls der Sektion IV. Ebenso sollte den »hinreichend gesund gewordenen Internierten der Besuch schweizerischer Hochschulen, Fachschulen und Schulen, vom Herbst 1916 an, ermöglicht werden«.⁶⁴⁶

646 Ebd., S. 2.

Sie wurden, wenn sie die erforderlichen Nachweise erbringen konnten, an den Universitäten in Bern, Zürich und Basel oder am Polytechnikum in Zürich zugelassen. Die Studiengelder für deutsche Internierte wurden dabei von der *Deutschen Kriegsgefangenenfürsorge* bezahlt. Ein Erlass oder die Stundung der Gelder von schweizerischer Seite war nicht erwünscht, da die zuständigen Stellen »ohnehin für unsere gefangenen Studenten in Frankreich unablässig Opfer an Zeit und Geld bringen«. Zudem wurde der Besuch der Handelshochschule in St. Gallen und von Fachschulen und Mittelschulen ermöglicht sowie die Möglichkeit des Berufswechsels durch eine Lehre gegeben.⁶⁴⁷

Der Besuch der Universitäten war gesondert geregelt, er durfte nur in »durchaus tadelloser Uniform« erfolgen.⁶⁴⁸ Selbst die Pflege der Mitgliedschaft in einer Studentenverbindung wurde den Internierten ermöglicht.⁶⁴⁹ Im Oktober 1916 immatrikulierten sich die ersten Studenten in Basel; im November 1916 waren dann bereits 284 deutsche Internierte an den Schweizer Universitäten eingeschrieben.⁶⁵⁰ Sie wurden dabei nicht gesondert unterrichtet, sondern besuchten die regulären Schweizer Universitätskurse. Die Studenten bildeten eine eigene Internierungsregion und wurden in den Universitäts- und Schulstädten gemeinsam in Hotels untergebracht und einem *Studienplatzkommandanten* unterstellt. So blieben sie ebenso unter militärischer Disziplin.⁶⁵¹

Der Armeearzt ernannte Colonel de Montmollin als zuständigen Chefinspekteur für die Studien- und Weiterbildung der Internierten. Dieser führte dazu Anfang 1918 eine Inspektion durch alle Bildungszentren durch und legte im März 1918 einen Bericht vor. In diesem Bericht wies er auf die dringende Notwendigkeit der Weiterbildung hin und schlug die Einrichtung von nationalen Schulen unter Mitarbeit der Gesandtschaften und Legationen und der Universitäten vor.⁶⁵²

Zur Fortbildung der Internierten wurde nun in der Folge eine ganze Reihe von Fachschulen eingerichtet, in welchen sich die Internierten aus- und weiterbilden konnten. Diese standen neben den eingerichteten deutschen Unterrichts- und Arbeitsbetrieben.

647 Ebd., S. 3.

648 XIX. *Uniformen der Studierenden*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 15. Oktober 1916, S. 4.

649 *Kleinere Mitteilungen. Mitteilungen für Angehörige deutscher Studentenverbindungen*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 1. Oktober 1916, S. 10.

650 *NZZ* 137, Nr. 1682 vom 22. Oktober 1916, Nr. 1736 vom 31. Oktober 1916; *Studium und Schulbesuch der Internierten*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 1. November 1916, S. 6.

651 Woltereck: *Merkbuch für die deutschen Internierten in der Schweiz*, S. 52; BAR E27 14005: Bestimmungen betreffend die Studien der Internierten in der Schweiz vom 21. September 1916.

652 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 164ff.

Zudem gab es in fast jedem Internierungsort Schulen, Kurse und Sprachkurse für Internierte, welche besucht werden konnten.⁶⁵³

In Luzern wurde 1918 eine Internierten-Fachschule eingerichtet. Es gab die *Deutsche Technikerschule* in Zürich, welche Ende 1917 nach St. Gallen transferiert wurde. In der Region St. Gallen gab es zudem die *Deutsche Forstschule* und die *Deutsche Landwirtschaftsschule*. Letztere wurde im November 1916 auf Schloss Hard in Ermatingen eröffnet. Die Technische Schule, die aus Zürich übernommen wurde, unterteilte sich in fünf Abteilungen: Motorschule, Schifffahrt und Marine, Maschinenbau, Gas und Heizung sowie Konstruktion.⁶⁵⁴

In der Region Chur wurde am 11. November 1916 die *Deutsche Internierten-Bergschule* eingerichtet. Dort wurden Bergwerksarbeiter ausgebildet. Sie war unterteilt in eine Vorschule und eine Hauptschule, je nach Vorbildung der Kandidaten. Von 1916 bis Anfang 1918 besuchten 74 Internierte die Schule.⁶⁵⁵ In Davos wurde das bereits vor dem Krieg bestehende deutsche Gymnasium *Fridericianum* für die Vorbereitung auf die Kriegsreifeprüfung verwendet. Extra zu diesem Zweck wurde von M. Bach eine Broschüre herausgegeben mit dem Titel *Die Vorbereitung der deutschen Internierten in der Schweiz auf die Kriegsreife- und Einjährigen Prüfung, August 1916-Mai 1918*. Mitte April wurde die *Militäranwärterschule* in Davos eröffnet, unterteilt in zwei Sektionen. Eine, um junge Unteroffiziere auf ihre militärischen Aufgaben vorzubereiten, und die andere, um die älteren Unteroffiziere auf eine Rolle im Zivilleben vorzubereiten. Die letzte Einrichtung in Davos, die am 4. November 1917 eröffnete, war die *Lehranstalt für internierte Kolonialdeutsche*. In dieser Schule wurden die deutschen Soldaten unterrichtet, welche an einer Malariaerkrankung litten.⁶⁵⁶ Die Schule siedelte 1918 nach Brunnen über.⁶⁵⁷

Ähnlich wie die Kurse der Fachschulen waren die der *Realschule*, der *Handelsschule*, der *Handwerkerschule* in Davos und der *Internierten Handelsschule* in Chur.

In Basel wurde am 15. Mai 1917 die *Fortbildungsanstalt für deutsche internierte Volksschullehrer in Basel* eröffnet. Hier wurden die Kandidaten in sechs Monaten auf das Erste und Zweite Unterrichtsexamen vorbereitet.

653 Ebd., S. 208ff.

654 Ebd., S. 176f.

655 Ebd., S. 178f.

656 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 178ff.

657 NZZ 139, Nr. 1330 vom 8. Oktober 1918.

Die Deutsche Internierten Zeitung

Im Herbst 1915 wurde der *Sonntagsbote für die deutschen Kriegsgefangenen* gegründet. Die Herausgabe und Zensur dieser Zeitung in der Schweiz wurden von *Pro Captivitis* übernommen, damit man »unsern gefangenen Landsleuten eine gute und gut deutsche Kost bietet, da kein geringerer als der Dichter Hermann Hesse die Auswahl des Stoffes übernimmt.«⁶⁵⁸ Der schweizerische Armeearzt gab die Erlaubnis, eine Sonderausgabe dieser Zeitung herauszugeben, die den Titel *Deutsche Internierten Zeitung* trug.⁶⁵⁹ Diese sollte »neben der Unterhaltung und Belehrung«⁶⁶⁰ vor allem einen Kontakt der Internierten untereinander herstellen und sie über wichtige Ereignisse aus den unterschiedlichen Internierungsorten unterrichten. Ein besonderes Anliegen war auch, die Suche nach vermissten Kameraden zu erleichtern. Die Zeitung wurde vom 1. Juli 1916 bis zum 28. Februar 1919 von der *Deutschen Kriegsgefangenenfürsorge* Bern unter der Leitung von Leutnant W. Sticks herausgegeben.⁶⁶¹ Gedruckt wurde sie im Verlag A. Franke in Bern und später, ab Ausgabe 13, in der Deutschen Internierten-Druckerei in der Belpstraße 77 in Bern.⁶⁶² Diese wurde in der bereits bestehenden Buchdruckerei von Herrn v. Kamp Berger eingemietet und der Leitung von Leutnant Israel unterstellt.⁶⁶³ Die erste Aufgabe, die die neue Druckerei übernahm, war die Herausgabe des *Weihnachtskalenders 1916 für die Deutschen Kriegsgefangenen*.⁶⁶⁴ Neben den Berichten aus den Internierungsorten befasste sich die *Deutsche Internierten Zeitung* auch mit allgemeinen Berichten über wichtige Ereignisse und gab Mitteilungen über Zuständigkeiten, Ansprechpartner und rechtliche Grundlagen für die Internierung und damit zusammenhängende Fragen an die Internierten weiter. Zudem wurden namentliche Listen mit den ankommenden Internierten abgedruckt.⁶⁶⁵ Ebenfalls von der *Deutschen Internierten-Druckerei* herausgegeben wurde ein Merkblatt mit dem Titel *Einführung in die Organisation der Internierung*, welches im Auftrag der deutschen Heeresverwaltung gedruckt wurde.⁶⁶⁶

658 Woltereck: Zur Einführung, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 1. Juli 1916, S. 1-2, S. 1.

659 BAR E 27 14038: Rundschreiben von Armeearzt Oberst Hauser an die dirigierenden Sanitätsoffiziere der deutschen Internierungsregionen vom 30. Juni 1916.

660 Woltereck: Zur Einführung.

661 Ders.: Merkbuch für die deutschen Internierten in der Schweiz, S. 20; Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés. Troisième Rapport, S. 115.

662 Woltereck: Zur Einführung, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 1. Dezember 1916, S. 1.

663 *Die Deutsche Internierten-Druckerei in Bern*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 10. März 1917, S. 28-30.

664 Woltereck: Merkbuch für die deutschen Internierten in der Schweiz, S. 20.

665 Deutsche Gesandtschaft, Abteilung G: *Mitteilungen der kais. Deutschen Gesandtschaft in Bern*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 15. August 1916, S. 1-3.

666 BAR E 27 13958: *Einführung in die Organisation der Internierung*. Im Auftrage der deutschen Heeresverwaltung herausgegeben vom Vertreter des Preuß. Kriegsministeriums bei der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft in Bern mit Genehmigung des Schweizerischen Armeearztes.

Deutsche Interniertenschuhmacherei und orthopädische Werkstätte

Aus der Reihe der Betriebe, die für die deutschen Internierten gegründet wurden, ist ein Betrieb mit Blick auf das Thema dieser Arbeit ganz besonders herauszuheben, die *Deutsche Interniertenschuhmacherei und orthopädische Werkstätte Stansstadt*.

Die Absicht zur Gründung einer Interniertenschuhmacherei in Stansstadt wurde am 1. November 1916 in der *Deutschen Internierten Zeitung* veröffentlicht. Zeitgleich wurde Personal gesucht, unter anderem ein Bandagist und ein orthopädischer Mechaniker.⁶⁶⁷

Die im Juli 1916 auf Veranlassung des dirigierenden Sanitätsarztes der Region Zentralschweiz, Oberst von Deschwanden, gegründete Werkstätte stellte zunächst nur orthopädische Schuhe her, erweiterte den Betrieb jedoch schon sehr bald und produzierte orthopädische Apparate, Prothesen und Ähnliches. Sie unterstand der ärztlichen Leitung von Hauptmann Dr. Müller aus Engelberg und der technischen Leitung von Otto und Eberhard Müller von der Firma *Eberhard Müller & Söhne* aus Frankfurt am Main.⁶⁶⁸ Sie sollte der Aufgabe der »Beschaffung von orthopädischem Fußzeug und orthopädischen Apparaten«⁶⁶⁹ nachkommen. Nachdem die ursprüngliche Werkstatt zu klein geworden war, zog man zunächst in den großen Saal des Hotels Krone. Doch bald schon wurde ein erneuter Umzug nötig und die Sektion IV mietete Ende 1916 eine alte Schiffsbauwerkstätte in Stansstadt. Nach Abschluss der Umbauarbeiten konnte im Februar dort der Betrieb aufgenommen werden.

Der Betrieb gliederte sich in vier Abteilungen und lehnte sich an das Reservelazarett Ettlingen an, dessen Leiter Professor von Payen und Professor Schmidt beratend zur Seite standen.⁶⁷⁰

»1. Orthopädische Schuhmacherei und Reparaturwerkstätte, 2. Orthopädische Werkstätte für orthopädische Behelfs-Apparate, künstliche Glieder usw., 3. Abteilung für orthopädische Behandlung (medico-mechanische, elektrische, Heißluft-Behandlung), 4. Kaufmännische Abteilung. [...]

Besonderes Interesse beansprucht die mechanische Werkstätte. Nach vorheriger Diagnose ist es erforderlich, den betreffenden zerschossenen und gelähmten Körperteil in Gips zu modellieren, worauf am Modell die Anfertigung des betreffenden Apparates

667 *Mitteilungen der kais. Deutschen Gesandtschaft in Bern*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 1. November 1916, S. 1-8, S. 2.

668 Abteilung für Gefangenenfragen der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft in Bern (Hrsg.): *Die deutschen Kriegsgäste der Schweiz. Ein Gedenkblatt an die Hospitalisierung deutscher Kriegs- und Zivilgefangener*, S. 11f.; *Deutsche Interniertenschuhmacherei und orthopädische Werkstätte Stans*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 10. März 1917, S. 18-20.

669 *Deutsche Internierten-Schuhmacherei und orthopädische Werkstätte Stans*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 10. März 1917, S. 18-20.

670 St.: *Die Badischen Internierten in der Schweiz*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 9. Juli 1918, S. 5-8, S. 7.

vorgenommen werden kann. Sämtliche Apparate für Ischiadikus, Peroneus, Radialis, Ulnaris oder sonstige Lähmungen, sowie Prothesen, Korsetts und Stützapparate werden nach den neuesten Kriegserfahrungen und Erfindungen hergestellt. [...] Die Abteilung für orthopädische Behandlung, die mit einer Anzahl modernster Gymnastischer Apparate ausgestattet wird, soll von Zeit zu Zeit eine bestimmte Anzahl von Internierten aufnehmen, denen während der Anfertigung der nötigen Apparate sachgemäße ärztliche Spezialbehandlung zuteilwird. [...]

Durch das Tragen von orthopädischem Fußzeug und Apparaten sowie ärztliche Spezialbehandlung wird ein großer Teil der invaliden Internierten befähigt, nach erfolgter Rückkehr in die Heimat sofort wieder dem erlernten Beruf nachgehen zu können. Für schwere Fälle werden zur Zeit besondere Lehrwerkstätten eingerichtet, in denen die steifen und gelähmten Glieder allmählich an regelmäßige Arbeit gewöhnt werden, was erfahrungsgemäß einen günstigen Heilfaktor darstellt.«⁶⁷¹

1917 begab sich mehrmals hoher Besuch nach Stansstadt. Unter anderem besuchte Prinz Alfons von Bayern die Anstalt.⁶⁷² Die *Deutsche Internierten Zeitung* berichtete über den Besuch und stellte die Arbeit der Werkstatt vor:

»Von allen Werkstätten fesselte den Prinzen am meisten das orthopädische Atelier in Stansstadt, in dem außerordentlich geschickte Leute neue Probleme zu lösen versuchen; der Prinz besichtigte mit hoher Anerkennung nicht nur die hier hergestellten Kunstglieder, durch welche die Gliederverluste oder Fußverkürzungen so vorzüglich ausgeglichen werden, dass sie äußerlich oft kaum in Erscheinung treten, sondern auch die verschiedenen Rohmaterialien und die einzelnen Arbeiten der trefflich geleiteten orthopädischen Schuhmacherwerkstätte.«⁶⁷³

»Als besonders zeitgemäß und segensreich dürfen die orthopädischen Werkstätten in Stansstadt bezeichnet werden, in denen nur von Internierten künstliche Glieder aller Art und orthopädische Schuhe in großer Anzahl hergestellt werden. Seit Gründung dieser Sparte im November vorigen Jahres sind zirka 1500 Paare solcher Schuhe aus dieser Anstalt hervorgegangen und viele Verstümmelte sind durch ihre Produkte wieder arbeitsfähig geworden.«⁶⁷⁴

Aber auch Herzog Philipp Albrecht von Württemberg besuchte die Anstalt zusammen mit dem deutschen Gesandten Freiherr von Romberg, Botschaftsrat von Hindenburg und Major von Polentz.⁶⁷⁵ Wenig später übernahm die Großherzogin Luise von Baden das Protektorat über die Werkstätte.⁶⁷⁶

671 *Deutsche Internierten-Schuhmacherei und orthopädische Werkstätte Stans*, S. 19.

672 Der Besuch des Prinzen Alfons von Bayern bei den deutschen Internierten in der Schweiz vom 16. April bis 6. Mai 1917, Bern 1917.

673 F.F.L.: *Der Besuch des Prinzen Alfons von Bayern in den deutschen Interniertenregionen in der Schweiz*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 27. Mai 1917, S. 12-14, S. 13.

674 Der Besuch des Prinzen Alfons von Bayern bei den deutschen Internierten in der Schweiz vom 16. April 1917 bis 6. Mai 1917, S. 7.

675 R.: *Besuch in der Interniertenschuhmacherei und orthopädischen Werkstätte Stansstadt*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 10. Juni 1917, S. 14-15; *NZZ 138*, Nr. 1114 vom 19. Juni 1917.

676 *Telegramme. Orthopädische Anstalt Stansstadt*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 1. Juli 1917, Umschlagseite.

Am 10. September 1917 wurde die Werkstätte aufgrund einer besseren Verkehrsanbindung nach Luzern verlegt. Man mietete dort ein zweistöckiges Hofgebäude in der Theaterstraße 3 in die Nähe des Bahnhofs.⁶⁷⁷

1919 wurde die Fabrik gemäß Regierungsbeschluss unter das Fabrikgesetz gestellt und als Orthopädisches Institut und Werkstätte mit 25 Mitarbeitern geführt.

Nachdem die Kriegsgefangenen die Schweiz verlassen hatten, übernahmen am 15. September 1919 die Gebrüder Eberhard und Otto Müller den Betrieb vom deutschen Staat und führten die Firma erfolgreich weiter.⁶⁷⁸

Die französischen und belgischen Internierten

Neben den Universitäten wurden auch für die französischen Internierten spezielle Schulen eingerichtet. Den Anfang machte die *Ecole spéciale d'Yverdon*, welche am 5. Januar 1916 eröffnet wurde. Der Unterricht orientierte sich an den Vorgaben für das Zulassungsexamen der Militärschulen in Frankreich wie in *Saint-Maixent* oder *Saumur*. Die Schule wurde am 5. Januar 1916 eröffnet.

Unterrichtet wurden Französisch, französische Literatur, moderne Geschichte Frankreichs, spezielle Geografie Frankreichs, Arithmetik, Geometrie, Algebra, Physik und Chemie.⁶⁷⁹

In Weggis wurde eine allgemeine Schule eingerichtet. Es handelte sich dort um eine zivile Schule für Internierte, militärische Kurse waren nicht vorgesehen. Die Schüler hatten die Möglichkeit, sich allgemein zu bilden und bei ihrer Rückkehr nach Frankreich auch in eine Militärschule einzutreten.

Im Dezember 1916 wurde in der Internierungsregion Berner Oberland B in Thun eine praktische *Handels- und Buchhaltungsschule* für belgische und französische Internierte geschaffen. Dort wurden täglich fünf Stunden kommerzielle Arithmetik, Deutsch oder Spanisch, Englisch, Handels- und Zivilrecht, Volkswirtschaftslehre, Kalligrafie und Stenografie unterrichtet. Den Unterricht erteilten acht Professoren, davon sieben aus Frankreich und einer aus Belgien.

677 Müller-Engelberg: *Die deutschen orthopädischen Werkstätten und das Deutsche Interniertenhospital in Luzern*, in: *Beilage zur Deutschen Internierten Zeitung* vom 3. Februar 1918, S. 1-19, S. 10; Jagow: *Luzern*, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 4. November 1917, S. 6; Ruepp: *Orthopädie-Technik in der Schweiz*, S. 88.

678 Ruepp: *Orthopädie-Technik in der Schweiz*, S. 88f.

679 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport*, S. 149; BAR E 27 14008.

Man wollte hier vor allem diejenigen Internierten unterrichten, denen manuelles Arbeiten aufgrund von Kriegsverletzungen nicht mehr möglich war.⁶⁸⁰

In Lausanne gab es zwei Spezialschulen für Internierte. Zunächst am 1. Oktober 1917 die *Cours primaires et primaires supérieurs de perfectionnement*, eine Handelsschule, sowie die *Ecole de notariat*, die im April 1917 gegründet wurde. Dabei handelte es sich um eine unter der Aufsicht der französischen Botschaft stehende Verwaltungsschule. Zudem wurden in Lausanne für die belgischen Internierten die *Cours d'humanités belges* abgehalten.

In Vevey, in der Internierungsregion Montreux, wurde am 12. April die *Handelsschule* für Internierte eröffnet. Zusätzlich wurde bereits im März 1917 das *Centre d'études pour officiers français* eingerichtet, eine Schule für die Offiziersausbildung, die anschließend in Frankreich fortgesetzt werden konnte.⁶⁸¹

In Clarens wurde am 12. April 1917 eine *Ecole franco-belge d'arts et métiers à Clarens* gegründet. Dort wurden von 1917 bis 1918 110 Internierte mit einer sehr praktischen Ausbildung in Architektur, Metalltechnik oder Mathematik auf die Rückkehr in das Berufsleben vorbereitet.

In Tavel sur Clarens wurde 1917 die *Ecole d'apprentissage d'automobile et de motoculture (A.M.I.F.)* für französische Internierte eingerichtet.⁶⁸²

In der Region Jura wurde im November 1916 in Neuchâtel eine *Höhere Handelsschule* eröffnet. Zudem gab es in Neuchâtel drei weitere Spezialschulen für französische Internierte: die *Ecole spéciale préparatoire aux administrations civiles*, die am 1. Mai 1918 gegründet wurde, und die *Ecole normale*, die zum Sommer 1917 eröffnet wurde und Kurse in Geschichte, Geografie, Mathematik, Naturwissenschaften, Französisch und Deutsch anbot. Die Lehrer hier waren allesamt Internierte. Die dritte Schule war die *Ecole spéciale militaire*, die am 1. Januar 1917 eröffnet wurde. Dort wurden Offiziersanwärter auf ihre militärische Laufbahn vorbereitet.⁶⁸³

680 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 150; ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 172f.; BAR E 27 14008.

681 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 167ff.

682 Ebd., S. 169.

683 Ebd., S. 171f.

Speziell für belgische Internierte wurde am 3. Januar 1917 die belgische Schule für Geflügelzucht *L'Ecole belge d'aviculture* in Blonay eröffnet.⁶⁸⁴

In der Region Fribourg wurde am 18. April 1917 eine *Ecole normale primaire des internés belges* auf Initiative der belgischen Gesandtschaft gegründet. Die Schule sollte die Internierten auf das zentrale Examen für Volksschullehrer vorbereiten.

In Bulle wurde am 23. Oktober 1917 die *Ecole de mécanique pour internés belges* eröffnet. Diese unterstand der Kontrolle der belgischen Regierung. Die theoretischen Kurse an dieser Schule fanden jede zweite Woche statt und umfassten zwei Stunden Theorie (Mechanik, Technologie, Mathematik u.a.) und zwei Stunden Design und Zeichenunterricht. Der Rest der Unterrichtszeit wurde für praktische Übungen verwendet.⁶⁸⁵

Die Arbeit der französischen Internierten der Klasse IV wurde zunächst ebenfalls von *Pro Captivitis* übernommen. Am 1. Januar 1917 gründete die französische Regierung in Absprache mit den Schweizer Behörden ein *Office du Travail des internés français* in Bern. Unter der Regelung vom 8. Januar 1917 wurden hier die Weiterbildung der französischen Internierten und die Arbeit in den einzelnen französischen Einrichtungen koordiniert. Das *Office du Travail* veröffentlichte 1917 drei Statistiken über die Arbeit der französischen Internierten. Im Juli 1917 gab es 69 französische Werkstätten, 32 Schweizer Werkstätten in den französischen Sektoren und 17 private Werkstätten, in welchen französische Internierte arbeiteten.

Ebenfalls unter der Direktion des *Office du Travail* befand sich das *Orchestre Symphonique des Internes Alliés (O.S.I.A.)*, welches der Internierte Marc de Ranse, Professor an der *Schola Cantorum* in Paris, dirigierte.

Die französische Botschaft organisierte zusammen mit dem *Office du Travail* Ausstellungen mit den Arbeiten der Internierten vom 14. bis 18. April 1917 in Bern, vom 23. bis 28. April 1917 in Genf, vom 5. bis 9. Mai 1917 in Zürich und vom 19. bis 23. Mai 1917 in Basel.⁶⁸⁶

684 Ebd., S. 169f.

685 Ebd., S. 170f.

686 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 191ff.

Die französische Interniertenzeitung

Ähnlich wie für die deutschen Internierten gab es auch für die französischen Internierten eine Zeitung. Die erste Ausgabe des *Journal des Internés Français* erschien am 26. Oktober 1916. Chefredakteur war Lucien Broche, Herausgeber war die französische Botschaft unter Genehmigung des Internierungsdienstes. Die Redaktion der Zeitung war im Beaumontweg 10 in Bern untergebracht, der Druck der Zeitung erfolgte in der *L'imprimerie des Internés Français*, in der Druckerei Noséda in Vevey, die der Leitung von Hauptmann Jules Moreau unterstand. Ab Juli 1917 war die Redaktion dann im Dalmaziweg 46 untergebracht.⁶⁸⁷

Die Zeitung enthielt namentliche Listen der internierten Offiziere, der repatriierten Soldaten und Berichte aus den Internierungsregionen sowie Inserate und Stellenanzeigen, wie beispielsweise eine der A.S.A. in Luzern, wo eine große Anzahl von Masseuren benötigt wurde.⁶⁸⁸ Zudem wurden hier auch die offiziellen Dokumente und Veränderungen im Internierungswesen bekannt gegeben.

Große Aufmerksamkeit wurde auch den Besuchen von französischen Militärs und Staatsmännern in der Schweiz gewidmet, wie beispielsweise General Pau, der 1917 in die Schweiz kam. Pau besuchte unter anderem das Salemspital in Bern, wo er Dr. Matti traf, die A.S.A. in Fribourg und die orthopädische Werkstätte der französischen Internierten in Engelberg.⁶⁸⁹

Von der gleichen Redaktion wurde auch ein *Almanach des Internés Français* herausgegeben. Dies war ein Kalender für die Internierten, in welchem sich die gültigen Regelungen für die Internierung, die Geschichte der Internierung und zahlreiche Karikaturen und Fotografien aus der Internierung und aus Frankreich befanden. Zudem wurden der Kriegsverlauf und die bedeutendsten Protagonisten der französischen Armee vorgestellt.⁶⁹⁰

Die Zeitung wurde mit dem Waffenstillstand und den daran anschließenden Repatriierungen französischer Internierter gegen Ende 1918 eingestellt.⁶⁹¹

687 *Journal des Internés Français*, No. 40 vom 28. Juli 1917.

688 *Masseurs*, in: *Journal des Internés Français* vom 11. Januar 1917, S. 227.

689 *Le General Pau en Suisse*, in: *Journal des Internés Français* vom 9. Juni 1917, S. 677-679.

690 *Almanach des Internés Français pour 1919*, in: *Journal des Internés Français* vom 10. November 1918, S. 18; *Journal des Internés Français avec l'Autorisation du Service de Internement: Almanach des Internés Français 1918*, Bern 1918; ders: *Almanach des Internés Français 1919*, Bern 1919.

691 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés. Troisième Rapport*, S. 115.

Die Arbeit der belgischen Internierten

Es existierten nur wenige rein belgische Werkstätten. Neben den Schulen gab es das *Atelier belge d'apprentissage et de menuiserie* in Interlaken, welches im März 1917 seine Arbeit aufnahm. Dort wurden Fensterrahmen, Türen, Bänke, Tische sowie andere Möbel und Spielzeug für die belgischen und französischen Internierten und Flüchtlinge hergestellt. Die Artikel, die dort produziert wurden, durften in der Schweiz nicht verkauft werden, sondern wurden exportiert.⁶⁹²

Die belgische Interniertenzeitung

Es gab auch eine Zeitung für belgische Internierte. Diese erschien unter dem Namen *Le Belfroi, bulletin pour les internés et la colonie belge en Suisse* in französischer und *Het Belfort* in flämischer Sprache.⁶⁹³ Allerdings wurden bis zum Waffenstillstand nicht mehr als fünf Ausgaben veröffentlicht.⁶⁹⁴

Die britischen Internierten

Für die britischen Internierten wurde im September 1916 durch die britische Gesandtschaft in Château-d'Ex eine *Army School* eingerichtet. Die Schule war direkt der britischen Gesandtschaft und dem *War Office* unterstellt. Ab Januar 1917 waren die Kurse die gleichen wie in den britischen Armeeschulen. An der Spitze der Schule stand ein Direktor, der vom *War Office* eingesetzt wurde. Die Lehrer (*Army Schoolmasters*) waren hauptsächlich Zivilisten, welche aus England in die Schweiz geschickt wurden. Der Unterricht passte sich an die medizinischen Behandlungszeiten an. Für die Fächer Rechnungswesen, Stenografie und Maschinenschreiben konnte das Zertifikat der *Royal Society of Arts* erworben werden. Für die Fächer Mathematik, Geschichte, Geografie, Englisch und Französisch konnte das *Army School Certificate* erlangt werden. Während des Jahres 1917 besuchten 12 Offiziere und 335 Unteroffiziere und Soldaten die Schule.⁶⁹⁵

In Vevey wurde im März 1917 die *Advanced School of Motor Engineering* von Leutnant Wallis eröffnet. Diese wurde von zahlreichen Firmen aus der Schweiz und England unterstützt. Dort wurden Internierte zu Mechanikern ausgebildet.⁶⁹⁶

692 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 199.

693 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918-1919. Troisième Rapport, S. 115.

694 Ebd., S. 115.

695 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 173f.; Picot: The British interned in Switzerland, S. 144ff.

696 Picot: The British interned in Switzerland, S. 154.

In Seeburg bei Luzern wurde, nachdem die A.S.A. in Luzern aufgelöst worden war, eine britische Einrichtung gegründet. Dort wurden auf Wunsch des britischen Internierungsdienstes Werkstätten für die Ausbildung und Weiterbildung von britischen Internierten eröffnet. Man bildete die Internierten in Berufen aus, in welchen die Chance bestand, nach dem Krieg eine Anstellung zu finden, wie Klavierbauer, Sattler, Elektriker, Uhrmacher, künstlerisches Malen oder Sprachlehrer. Die Arbeit in Seeburg begann im Dezember 1917. Die große Klavierfabrik Brinsmead & Co schickte zwei Meister und auch für die Ausbildung der Sattler, Elektriker und Uhrmacher kamen Spezialisten aus England.

Sämtliches Material für die anfallenden Arbeiten wurde aus England importiert. Finanziell und technisch unterstellte man die Werkstätten dem *Britischen Roten Kreuz*.⁶⁹⁷

In Meiringen, im Hotel Flora, wurden eine Schneiderei und eine Sattlerei eröffnet. Dort wurden die Werkstätten mit vier elektrischen Nähmaschinen ausgestattet. Geleitet wurde die Schneiderei von einem *Sergeant Instructor* der Army.⁶⁹⁸

In Guntern wurde durch die Engländerinnen Cook-Daniels und Martin eine Teppichknüpferei eröffnet.⁶⁹⁹

Mitte des Jahres 1918 wurde beschlossen, die Werkstätten in Vevey zu konzentrieren, da dort Gebäude frei geworden waren. Der Umzug wurde im September und Oktober 1918 durchgeführt, die Arbeit dort endete aber schon kurz darauf durch den Waffenstillstand.⁷⁰⁰

Die britische Interniertenzeitung

Zu Beginn des Jahres 1917 wurde zunächst in Murren die Zeitschrift *Interned Bim* herausgegeben. Ende 1917 beschlossen die englischen Verantwortlichen für die Internierung eine eigene offizielle Zeitung zu veröffentlichen. Sie erschien unter der Aufsicht der britischen Botschaft in Bern und hieß *British Interned Magazine*. Verlegt wurde die Zeitung in Vevey, wo sie in einer Schweizer Druckerei gedruckt wurde.⁷⁰¹

697 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 198f.

698 Ebd.

699 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 198f.

700 Picot: The British interned in Switzerland, S. 154.

701 Ebd., S. 94.

15. Tätigkeit der Internierten in der Landwirtschaft

Am 10. Februar 1917 gab das schweizerische Militärdepartement eine Anweisung heraus, um die landwirtschaftliche Produktion zu erhöhen. Daher gab der Armeearzt am 9. März Anweisungen an die Chefs der Internierungsregionen, dass die abkömmlichen Internierten der Klasse III und IV künftig in der Landwirtschaft beschäftigt werden sollten. Sie wurden für ihre Tätigkeit direkt den Regionalkommandanten unterstellt.⁷⁰²

Für umfangreiche landwirtschaftliche Arbeiten, wie die Pflege großer Weideflächen oder die Kultivierung neuer Landflächen sollten den Kantonen, Distrikten, Kommunen, Korporationen und Assoziationen drei Kategorien von Internierten zugeteilt werden:

1. Männer der Klasse IV, die wie freie Arbeiter behandelt wurden und gemäß den üblichen Konditionen bezahlt wurden.
2. Abteilungen, die sich aus arbeitsfähigen Alkoholikern zusammensetzten. Diese wurden nicht pauschal bezahlt, sondern gemessen an ihrer effektiv erbrachten Arbeit.
3. Strafabteilungen, die unter sehr strenger Aufsicht standen. Bezahlung und Unterkunft wurden gesondert geregelt.

Im März 1917 bat man zudem darum, 60 Internierte abzustellen, die sich um die Beschaffung von Brennmaterial kümmern sollten. Zu diesem Zweck schuf man in Ponts-de-Martel einen neuen Internierungssektor, welcher der Region Jura-West unterstellt wurde.⁷⁰³ In Orbe (VD) wurden 60 Internierte zum Torfstechen abkommandiert.⁷⁰⁴

702 BIG EDA A 81-1: Befehl zur Abkommandierung von Internierten zu landwirtschaftlichen Arbeiten und zur Torfgewinnung vom 2. Juni 1917.

703 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 204ff.

704 NZZ 139, Nr. 851 vom 28. Juni 1918.

16. Die Berichterstattung in den Schweizer Zeitungen über die Internierung

Über die Internierung wurde in vielen Schweizer Zeitungen und Illustrierten geschrieben. Die *Schweizer Illustrierte* berichtete mehrmals ausführlich mit zahlreichen Fotografien; zunächst vom Austausch der Verwundeten, später auch vom Eintreffen der Internierten in der Schweiz.

»Als leuchtendes Gestirn am kriegsumdüsterten Himmel kann man den Austausch kriegsgefangener Soldaten zum Kuraufenthalt in der Schweiz ansehen. Letzter Tage trafen in Leysin die französischen und in Davos die deutschen Austauschgefangenen ein, begrüßt von der harrenden Menge. Dieses Werk der Menschenliebe ging vom Papste aus und so beeilten sich die denn auch die Deutschen, nach ihrer Ankunft in Davos, dem Heiligen Vater in Rom telegraphisch ihren Dank abzustatten. Möge es beiden Parteien vergönnt sein, ihre völlige Genesung zu erlangen, um als vollwertige Glieder der Menschheit nach dem Kriege zu ihren Lieben zurückzukehren. Hoffentlich führt dieser erste Versuch zu weiterem Austausch Kranker und Erholungsbedürftiger, um so Menschenleben zu retten, die sonst zum Teil langsam dahinsiechen würden. Franzosen und Deutschen wünschen wir, dass der Anblick unserer herrlichen Alpenwelt und der Umgang mit Freunden die Erinnerung an die Schrecknisse des Krieges zurückdränge und nach ihrer Genesung der langersehnte Frieden für alle gekommen sei, denn die Erlösung von der menschenmordenden Krankheit haben wir alle nötig.«⁷⁰⁵

»*Soyons Amis!* Auf dem Berner Bahnhof stehen nebeneinander zwei Invalidenzüge; in einem sind Deutsche, im andern Franzosen. Wer nun aber glaubte, eine hasserfüllte Schimpferei zu vernehmen, der kam nicht auf seine Rechnung. Ein Korrespondent des Berner Bundes hörte dagegen folgendes: Ein heiteres, in französischer Sprache geführtes Wortgeplänkel hat sich zwischen den „Feinden“ angesponnen. Die deutschen Soldaten begannen. „Seid ihr gut gereist?“ „Danke, vortrefflich.“ „Wann seid ihr abgefahren, wie lange habt ihr in Konstanz gewartet?“ [...].«⁷⁰⁶

Zu Beginn der Internierung schrieb man:

»Nach längeren Verhandlungen, die in Bern stattfanden und wobei die Schweiz durch den Chefarzt der Armee, Dr. Hauser, Deutschland durch Herrn von Hindenburg, einen Neffen des Heerführers, und Frankreich durch den Grafen von Manneville vertreten war, ist eine Übereinkunft über die Unterbringung einer Anzahl erholungsbedürftiger Kriegsgefangener in der Schweiz getroffen worden. Wir bringen diesmal eine Anzahl Bilder über den Transport französischer kranker Soldaten, die ihre Kur in Leysin, Montana und dem Berner Oberland durchmachen sollen und bei ihrer Ankunft von der Bevölkerung aufs herzlichste begrüßt worden sind, wie übrigens schon bei ihrer Fahrt durch die Schweiz. Einige der Photographien zeigen die kurze Verpflegung eines Trupps solcher Franzosen, unter dem sich zahlreiche Offiziere befanden, im Bahnhof Zürich. Die Gewissheit der Kranken, sich nicht mehr im Feindeslande aufzuhalten, sondern der geliebten Heimat nahe zu sein, vor allem aber die herrliche Gebirgsnatur der Orte, wo sie ihre Gesundheit wieder herzustellen hoffen, werden beim Herannahen der schönen Jahreszeit ihre Wirkung auf sie nicht verfehlen. Viele unter den Gefangenen sind tu-

705 *Schweizer Illustrierte Zeitung*, Nr. 6 vom 5. Februar 1916, S. 84.

706 *Schweizer Illustrierte Zeitung*, Nr. 21 vom 20. Mai 1916, S. 323.

berkulös; auf diese unglücklichen hatten die Auswahl treffenden Ärzte in den deutschen und französischen Gefangenenlagern vor allem ihre Aufmerksamkeit gerichtet. Davos und Leysin bieten ja auch die besten klimatischen Vorbedingungen für eine Heilung. Schilderungen aus Leysin und Montana sprechen von einem tiefen Eindruck, den der Empfang, die herrliche Natur und die musterhaften sanitären Einrichtungen auf die französischen Gefangenen gemacht haben; wir sind stolz darauf, dass unser Land seine Mission, dem Unglück entgegenzutreten, wo es sich findet, und als Bindeglied zwischen den feindlichen Nationen zu dienen, durch ein neue segenbringende Tat zu erfüllen trachtet.«⁷⁰⁷

Das *Journal de Genève* berichtete ebenfalls ausführlich über die Verwundetentransporte und die Internierung. Zunächst wurde der Fortgang der Verhandlungen beschrieben.⁷⁰⁸ Nach deren Abschluss wurde die gesamte Einrichtung des Internierungsdienstes in groben Zügen vorgestellt, die verantwortlichen Personen auf Schweizer Seite benannt und die Arbeit der Kommissionen dargestellt. Später wurden die offiziellen Interniertenzahlen mitgeteilt.⁷⁰⁹ Die Berichte über die Ankunft der Internierten waren ähnlich wie diejenigen in der *Neuen Zürcher Zeitung* (NZZ).⁷¹⁰

Wichtige Fragen wie die Organisation der Arbeit und die Bewachung wurden mehrfach aufgegriffen. Vor allem im Bereich der Interniertenarbeit war der Ton sehr beschwichtigend und man machte mehrfach deutlich, dass die Internierten keine Konkurrenz für Schweizer auf dem Arbeitsmarkt waren.⁷¹¹

Die NZZ berichtete ausführlich über die Austauschtransporte von Zivilinternierten, den Verwundetentransport und die Internierung. Die Menge an einzelnen gedruckten Meldungen war hoch, so finden sich zu den Höchstzeiten der Transporte, im ersten Halbjahr 1915, monatlich 8 bis 19 Meldungen über durch die Schweiz geleitete Transporte für Zivilinternierte und verwundete Kriegsgefangene. Die NZZ unterschied dabei auch nicht zwischen Evakuierten aus den besetzten Gebieten und Zivilinternierten. Der Ton der Berichte ist in der Mehrzahl sehr sachlich, einzelne Meldungen, die von Korrespondenten vor Ort selbst geschrieben wurden, ähneln im Ton aber den Berichten in der *Schweizer Illustrierten*.

Die Berichte über die Internierung in der NZZ umfassten auch Neuerungen und Erklärungen über die Regelungen und Verordnungen des Internierungsdienstes.

707 *Schweizer Illustrierte Zeitung*, Nr. 8 vom 19. Februar 1916, S. 114.

708 *Journal de Genève* vom 8. Mai 1915, vom 24. September 1915, vom 28. Oktober 1915, vom 21. Dezember 1915.

709 *Journal de Genève* vom 13. April 1916, vom 30. Mai 1916, vom 30. Juni 1916, vom 1. Juli 1916, vom 21. Juli 1916, vom 15. September 1916 und vom 24. November 1916.

710 *Journal de Genève* vom 31. Mai 1916, vom 3. Juli 1916, vom 19. Juli 1916 und vom 28. Juli 1916.

711 *Journal de Genève* vom 6. September 1916 und vom 16. September 1916.

Sie schlossen alle an der Internierung beteiligten Parteien mit ein und berichteten aus allen Internierungsregionen. Auch die Mitarbeit des Papstes bei der Internierung und dem Verwundetenaustausch wurde mehrfach gewürdigt. Ausführlich berichtete beispielsweise die Reporterin Isabelle Kaiser mit dem Leitartikel *Unsere Kriegsinternierten*, welcher den Alltag der deutschen Kriegsinternierten am Vierwaldstättersee beschreibt, deren Disziplin lobt und auch die freundliche Aufnahme der Verletzten durch die Schweizer Bevölkerung erwähnt.⁷¹² Aber bei der NZZ sind auch kritische Stimmen eingegangen, welche keine ausführliche Berichterstattung über die Internierung wünschten, diese wurde daher im weiteren Verlauf auf Agenturberichte beschränkt:

»[...] Wir glauben mit dieser Anordnung im Sinne vieler Leser zu handeln, die uns schon oft den Wunsch nahegelegt haben, es möchten die Zeitungen die Berichterstattung über die Interniertenhospitalisierung einschränken. Je stiller und ruhiger es hierbei zugeht, je weniger Aufsehen davon gemacht wird, umso mehr gewinnt die ganze Aktion den Charakter eines Liebeswerkes, das mit einer Attraktion oder Sehenswürdigkeit nicht das allergeringste zu tun hat. Das ist auch der Grund, warum wir in den Meldungen, die uns für unsere Sonderbeilage „Saison-Reise-Verkehr“ zukommen, durchweg alle Angaben über die dort internierten Kriegsgefangenen streichen.«⁷¹³

Die NZZ berichtete neben der Internierung auch allgemein über Kriegschirurgie und Kriegorthopädie oder das Sanitätswesen in den kriegführenden Staaten sowie auch über Lazarettreisen einzelner Ärzte.⁷¹⁴

Ein Artikel in der NZZ verdient besondere Aufmerksamkeit, weil sich hier der einzige Hinweis darauf finden ließ, dass von belgischer Seite zwischen Frankreich und dem Vatikan vermittelt wurde:

»Der von Papst Benedikt XV. vorgeschlagene Austausch der invalid gewordenen Gefangenen scheint bei den kriegführenden Parteien Annahme zu finden; denn Belgien tritt als Vermittler zwischen dem Heiligen Stuhl und Frankreich auf und befürwortet die menschenfreundliche Maßregel [...].«⁷¹⁵

Auffallend war bei der Berichterstattung der Presse, dass stets über alle Seiten berichtet wurde. So gab es Artikel nicht nur über die Transporte der Kriegsgefangenen, sondern auch die Heimschaffung von Sanitätsmannschaften oder den Austausch von Zivilinternierten.

712 NZZ 137, Nr. 1017 vom 25. Juni 1916.

713 NZZ 137, Nr. 1169 vom 22. Juli 1916.

714 NZZ 136, Nr. 161 vom 11. Februar 1915, *Aus den Pariser Spitälern*; Nr. 74 vom 21. Januar 1915, Bericht über die Lazaretttätigkeit von Professor Sauerbruch; Nr. 45 vom 13. Januar 1915, Müller, Karl: *Zu deutschen Kriegslazaretten*; Nr. 356 vom 26. März 1915; ders.: *Von der Gesundheits- und Heilpflege im deutschen Heer*; Nr. 479 vom 22. April 1915, *An die Schweizer Ärzte in Serbien und Montenegro*; NZZ 138, Nr. 1001 vom 3. Juni 1917, Bericht über eine Lazarettreise und die willkürlich bewegbare künstliche Hand von Professor Sauerbruch; Nr. 1408 vom 21. Oktober 1915, *Die Schule der Kriegsinvaliden*; NZZ 137, Nr. 8 vom 3. Januar 1916, *Schweizer Ärzte in Schlesien*.

715 NZZ 136, Nr. 21 vom 7. Januar 1915, *Gefangenenaustausch*.

Die Zeitungen bemühten sich dabei alle angekündigten und durchgeführten Transporte zu erwähnen. Darüber hinaus gab es Berichte über die Reisen von Ärzten in die Krisengebiete oder den Besuch von hochrangigen ausländischen Würdenträgern bei den Internierten. Allerdings gab es auch kritische Artikel, welche den Kriegsparteien vorwarfen, dass sie kein echtes Interesse an ihren Kriegsgefangenen und deren Schicksal hätten.⁷¹⁶

Die Internierung wurde zudem verfilmt. Die NZZ wie auch die *Deutsche Interniertenzeitung* erwähnten den Film *Bei unseren internierten Helden in der Schweiz*.⁷¹⁷

716 NZZ 137, vom 9. Oktober 1916.

717 NZZ 138, Nr. 378 vom 3. März 1917.

III. Teil Orthopädie und Kriegschirurgie

1. Orthopädie und orthopädische Chirurgie in der Schweiz

Die Anfänge der systematischen Orthopädie in der Schweiz lagen bei Jean André Venel (1740-1791) aus Morges. Zunächst begab er sich bei François David Cabanis nach Genf in die medizinische Lehre. 1762 zog Venel nach Montpellier und studierte dort Medizin, verließ dieses bereits ein Jahr später und ließ sich in Orbe im Kanton Waadtland nieder. 1765 widmete er sich bei den Gynäkologen André Levret (1703-1780) in Paris und Johann Jakob Fried in Straßburg dem Studium der Geburtshilfe. Ab 1765 war Venel dann wieder in Orbe, zog jedoch 1769 nach Yverdon um und eröffnete dort eine stadtärztliche Praxis. Nachdem ein von ihm lanciertes Projekt einer Hebammenschule zunächst abgelehnt wurde, reiste Venel nach Polen und wurde Leibarzt des Grafen Potocki. Dort unternahm er zahlreiche Reisen durch ganz Europa und kehrte 1775 nach Yverdon zurück, wo es ihm 1777 gelang, die seit langer Zeit geplante Hebammenschule zu eröffnen.⁷¹⁸ 1778 gab er dann die *Précis d'instruction pour les sages-femmes, ouvrage composé en faveur de l'Ecole des sages-femmes du Pays de Vaud formée à Yverdon* heraus.⁷¹⁹ 1780 kehrte Venel schließlich nach Orbe zurück und gründete dort das *Institut orthopédique*.⁷²⁰

Venel begann mit der stationären Behandlung von körperbehinderten Kindern. Seine Arbeit, vornehmlich über Klumpfüße und Skoliosen (Rückgratverkrümmungen), machte ihn international bekannt und so gelang es ihm, seine Behandlungsmethoden zu verbreiten. Zudem betätigte er sich weiter als Lehrer für Hebammen. Seine wichtigste orthopädische Schrift wurde die *Description de plusieurs nouveaux moyens mécaniques, propres à prévenir, borner et même corriger, dans certain cas, les courbures latérales et la torsion de l'épine du dos* aus dem Jahr 1788. Venel plante zudem die Veröffentlichung eines Buches über Klumpfüße, starb jedoch, bevor er dies vollenden konnte, am 9. März 1791, nachdem er auf der Rückreise von einer Skoliosebehandlung beim zehnjährigen Sohn des Prinzen von Nassau an Lungentuberkulose erkrankt war.⁷²¹

718 Bischofberger: Jean André Venel (1740-1791). Wichtiger Arzt des Aufklärungszeitalters, S. 11ff.

719 Guisan: Jean-André Venel, Instituteur en l'art des accouchements, S. 287-299.

720 Debrunner: Das Ende der maschinellen Orthopädie, S. 224.

721 Bischofberger: Jean André Venel (1740-1791). Wichtiger Arzt des Aufklärungszeitalters, S. 22f.; Grosch: Jean-André Venel (1740-1791) und die Begründung der klassischen Orthopädie, S. 192ff.

Nach Venels Tod wurde die Klinik de l'Abbaye von Venels Bruder Louis (1742-1796), einem Apotheker, und seinem Neffen, dem Orthopädiemechaniker Pierre-Frédéric Jaccard (1768-1820), weitergeführt. Jaccards Schwiegersohn Antoine Paul Martin (1794-1862) übernahm dann die Klinik und verlegte sie im Jahr 1820 nach Aubonne. Später übernahm Henri Martin-Crinsoz (1842-1914) die Klinik und führte erstmals orthopädische Operationen durch. 1872 zog das Institut dann an den Stadtrand von Lausanne in die Villa Chantilly in der Avenue d'Echallens. Dieses Gebäude war im Besitz der Familie Martin. 1876 trug die Klinik den Namen *Hospice Orthopédique de la Suisse Romande*. Das Institut vergrößerte sich sehr schnell; bereits 1886 konnte man 30 Patienten beherbergen.⁷²²

Die Weiterentwicklung der Klinik erfolgte dann unter Placide Nicod (1876-1953). Nicod studierte ab 1896 Medizin in Genf und Lausanne. Nach seinem Abschluss 1901 unternahm er eine Studienreise nach Lyon, Bologna, Paris, Beck-sur-Mer, Berlin, München und Heidelberg und arbeitete nach seiner Rückkehr in der Pädiatrie bei Adolphe Combe (1859-1917) und in der Chirurgie bei César Roux (1857-1934).⁷²³ 1899/1900 arbeitete er als Unterassistent am *Hospice* bei Martin, wo er ab 1903 dauerhaft tätig wurde.⁷²⁴ Nicod gründete 1912 ein zweites privates orthopädisches Institut in Lausanne in der Avenue de la Gare 26, wo er Physiotherapie und Mechanotherapie durchführte. 1913 wurde er Privatdozent für Orthopädie, jedoch erst 1931 außerordentlicher Professor. Während des Ersten Weltkrieges arbeitete Nicod bis 1917 regelmäßig als Chirurg in Valence im französischen Hilfsspital No. 201.⁷²⁵

Nicod beschäftigte sich besonders mit der Kinderlähmung und behandelte diese überwiegend durch Bewegungstherapie. Darüber hinaus befasste er sich mit der operativen Behandlung von Hüftarthrosen.⁷²⁶

Aus dem *Hospice* wurde 1926/27 durch einen Neubau zunächst ein Krankenhaus für 60 Patienten und 1957 die orthopädische Universitätsklinik.⁷²⁷

722 Ebd., S. 33; Fredenhagen/Romer/Rüttimann: Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, S. 120ff.; Hugli, Nicod: Centième Anniversaire de l'Hôpital Orthopedique de la Suisse Romande; Nicod: Historique médical de l'Hôpital orthopédique de la Suisse Romande, S. 291f.

723 Rüttimann: Wilhelm Schulthess (1815-1917), S. 139.

724 Ebd.

725 Ebd., S. 140.

726 Ebd., S. 141; Fredenhagen/Romer/Rüttimann: Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, S. 136ff.; Gross: Placide Nicod. Un pionnier de l'orthopédie moderne.

727 Nicod: Historique médical de l'Hôpital orthopédique de la Suisse Romande, S. 302.

Ebenfalls in Lausanne wurde Charles Scholder (1861-1918) tätig. Scholder studierte ab 1880 in Zürich Medizin. Nach seinem Abschluss arbeitete er in der chirurgischen Klinik bei Rudolf Krönlein. Nach Stationen in Wien und Berlin wurde er Bordarzt auf einem holländischen Truppentransporter, welcher ihn nach Java führte. 1887/88 war er wieder in der Schweiz und wurde Assistent bei Emil Kocher in Bern. Nachdem er bei Schulthess die medicomechanische Behandlungsweise kennengelernt hatte, studierte er diese in Stockholm bei Gustav Zander. Da ihm die bisherigen Maschinen nicht ausreichend waren, entwickelte er sie selbstständig weiter und präsentierte den *Arthromoteur*, mit welchem man mit einer Maschine alle Gelenke therapieren konnte. Er gründete 1894 das *Institut médicomechanique et orthopédique de Lausanne*. Nach seinem Tod wurde dies von seinem Sohn Jean-Charles Scholder (1891-1958) weitergeführt, der selbst Professor für Orthopädie wurde.⁷²⁸

In Genf entwickelte sich die Orthopädie durch die Kinderchirurgie. Der Kinderarzt Edouard Martin-du-Pan (1844-1931) gründete 1889 das *Asile de Pinchat*, eine Anstalt für Kinder mit chirurgischen Tuberkuloseerkrankungen. Martin-Du-Pan studierte in Paris und arbeitete zunächst in der Kinderchirurgie und Orthopädie. Nach seiner Rückkehr in die Schweiz eröffnete er eine kinderärztliche Praxis in Eaux-Vives. Ab 1884 leitete er das *La Maison des Enfants malades*, welches später *Hôpital Gourgas* genannt wurde. Bis zur Gründung der universitären Kinderklinik kamen alle kranken Kinder der Stadt, des Kantons und auch aus dem nahegelegenen Frankreich zur Behandlung in seine Praxis. Die Leitung des *Asile de Pinchat* gab er an seinen Mitarbeiter Alfred Marchard (1870-1931) ab.⁷²⁹

In der Deutschschweiz finden wir zunächst Wilhelm Schulthess (1855-1917) aus Villnachern (AG). Nach dem Medizinstudium in Zürich wurde er 1880 Assistent bei Oscar Wyss (1840-1918). 1883 eröffnete Schulthess nach einer internistischen und pädiatrischen Ausbildung eine eigene Praxis. Im selben Jahr gründete er zusammen mit August Lüning (1852-1925) ein orthopädisches Institut in Zürich. Schulthess wurde 1889 für Orthopädie in Zürich habilitiert. 1912 wurde er außerordentlicher Professor. Er beschäftigte sich mit Rückgratverkrümmungen, zu deren Behandlung er zahlreiche Apparate konstruierte. Zudem befasste er sich mit Lähmungen und führte Bewegungsexperimente durch.⁷³⁰

728 Fredenhagen/Romer/Rüttimann: Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, S. 36ff.

729 Ebd., S. 37.

730 Ebd., S. 32f.; NZZ 138, Nr. 633 vom 11. April 1917; Nr. 684 vom 13. April 1917, Nachruf auf Professor Schulthess.

August Lünig (1852-1925) studierte Medizin in Zürich und schloss sein Studium 1876 ab. Nach einer Bildungsreise nach Deutschland und Österreich wurde er Assistent bei Rose und Krönlein in Zürich. 1884 wurde er dort für Chirurgie habilitiert und übernahm von nun an fast alle Operationen im Institut.⁷³¹

Das Orthopädische Institut war zunächst in der Löwenstraße Nr. 16 untergebracht. Im Mai 1896 wurde ein Neubau in der Neumünsterallee eröffnet, in welchem sich heute noch das Haupthaus der Schulthess-Klinik befindet.⁷³²

Ebenfalls im orthopädischen Institut in Zürich wurde Richard Scherb (1880-1955) tätig. Geboren in Bischofszell (TG), studierte Scherb in Lausanne, Berlin und Zürich Medizin. Nach seinem Abschluss wurde er zunächst Assistent unter Conrad Brunner in Münsterlingen. Ab 1909 war er Privatassistent bei Schulthess und Lünig. Diese Tätigkeit unterbrach er für Studienreisen nach München 1909/10, wo er bei Fritz Lange (1864-1952) tätig wurde, und nach Italien, wo er in Mailand das *Instituto Rachitico* und in Bologna das *Instituto Rizzoli* besuchte. Ende 1910 traf Scherb dann Hans Spitzny (1872-1956) in Graz. 1912 wurde er schließlich Anstaltsarzt am Balgrist. 1915 leitete Scherb für drei Monate das k.u.k. Reservespital II in Troppau. 1919 wurde er Chefarzt, zwei Jahre später wurde er habilitiert. 1931 wurde er zunächst Titularprofessor, ab 1946 dann außerordentlicher Professor für Orthopädie an der Universität Zürich. 1950 ging Scherb als Leiter des Balgrists in den Ruhestand. 1929 war er Gründungsmitglied der *Société Internationale de Chirurgie Orthopédique* (SICOT).⁷³³ Scherb beschäftigte sich mit Versteifungsoperationen und auch der von Schulthess begründeten Myokinesiographie, der Bewegungstherapie bei Lähmungen. Seine jahrelangen Forschungsergebnisse publizierte er 1952 als kinetisch-diagnostische Analyse von Gehstörungen.⁷³⁴

Hans Hoessly wurde am 30. April 1883 in Malans (GR) geboren. Nach einem Aufenthalt in St. Moritz, wo sein Vater als Arzt tätig war, besuchte er in Basel das Gymnasium und die Universität. Nach seinem Staatsexamen 1907 war er Assistenzarzt in Basel und Hamburg. 1912 begleitete er als Arzt eine schweizerische Expedition zur Durchquerung Grönlands, die von Alfred de Quervain, dem Bruder von Fritz de Quervain, geleitet wurde.

731 Fredenhagen/Romer/Rüttimann: Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, S. 34.

732 Rüttimann: Wilhelm Schulthess (1855-1917) und die Schweizer Orthopädie seiner Zeit, S. 43.

733 Uebelhart: Richard Scherb (1880-1955), Orthopäde und Muskelphysiologe; Rüttimann: Wilhelm Schulthess (1855-1917) und die Schweizer Orthopädie seiner Zeit, S. 200ff.

734 Fredenhagen/Romer/Rüttimann: Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, S. 41.

1916 wurde er in Zürich für die Chirurgie habilitiert. Während des Krieges besuchte Hoessly Lortz in Wien und leitete die orthopädische Abteilung der A.S.A. in Luzern.⁷³⁵ Nach Schulthess' Tod sollte zunächst Hans Hoessly die Leitung der Klinik übernehmen, dieser starb jedoch bereits 1918 an den Folgen der Grippe, so dass Eugen Hallauer (1888-1973) interimistisch die Klinik leitete. Hallauer bewarb sich auch um die Stelle, aber 1918 wurde Scherb gewählt.⁷³⁶

Als Orthopäde speziell in der Internierung wurde auch J. F. Müller (1876-1942) aus Engelberg tätig. Nach seinem Studium führte er zunächst eine Praxis in Engelberg und war während des Ersten Weltkrieges als Anstaltsarzt in der A.S.A. in Luzern tätig. Nach Weiterbildungen in Heidelberg und München ließ er sich 1919 als Orthopäde in Luzern nieder. Er befasste sich hier vor allem mit Kindern, welche an Missbildungen litten. Diese wurden ihm von *Pro Infirmis* aus der Innerschweiz zugewiesen.⁷³⁷

2. Kriegschirurgie und Sanitätsdienst in der Schweiz

Die Kriegschirurgie findet ihren Ursprung in den Feldscherern des 15. und 16. Jahrhunderts.⁷³⁸ Dies waren Angehörige des zumftmäßig organisierten Gewerbes der Scherer und Bader, die das Handwerk der Chirurgie erlernt hatten. Es handelte sich dabei um keine studierten Mediziner, sondern um Praktiker. Für Chirurgen galt zu dieser Zeit, dass sie ins Feld ziehen müssen, um das Handwerk der Chirurgie zu lernen.⁷³⁹

Einige von ihnen veröffentlichten Abhandlungen über ihre Arbeiten, so Heinrich von Pfohlspundt, der 1460 die *Bündth-Ertzney* publiziert hatte, oder Hieronymus Brunschwig (1450-1533), der 1497 das *Buch der Chirurgia. Hantwirkung der Wundartzney* schrieb. Brunschwig war der Ansicht, Schusswunden wären durch das Schießpulver vergiftet und müssten kauterisiert werden.⁷⁴⁰

735 Andenmatten: Hans Hössly (1883-1918). Ein vielseitiger Forscher und Arzt; G.M.: *Nekrolog. Hans Hoessly*, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 39/6 (1919), S. 303-304; zur Grönlandexpedition: Medizinische Gesellschaft Basel. Sitzung vom 20. Februar 1913, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 13/14 (1913), S. 611.

736 Uebelhart: Richard Scherb (1880-1955), Orthopäde und Muskelphysiologe, S. 54f.

737 Fredenhagen/Romer/Rüttimann: Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, S. 42.

738 Dubs: Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst, S. 2.

739 Ebd.; Porter: Die Kunst des Heilens, S. 189.

740 Dubs: Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst, S. 2; Porter: Die Kunst des Heilens, S. 189; Köhler: Grundriss einer Geschichte der Kriegschirurgie, S. 53; Brunner: Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossenschaft, S. 128.

Zudem beschrieb er das Einheilen und Wandern von Geschossen im Körper.⁷⁴¹ Brunshwig empfahl die Extraktion des Projektils und eine Reinigung durch das Durchziehen mit einem Haarseil oder mit Ziegen- oder Kuhmilch.⁷⁴²

Die Entwicklung der Kriegschirurgie in der Schweiz wiederholte die Entwicklungslinien des Auslandes und speziell der Staaten, zu denen die Schweiz einen engen Kontakt hatte. Durch die Mehrsprachigkeit des Landes finden wir hier einen Einfluss von drei Seiten: Deutschland, Frankreich und Italien.

Im 15. Jahrhundert gab es zwei berühmte Chirurgen, die sich aus der Masse der Feldscherer abhoben. Der eine war Hans von Toggenburg aus Schwyz, welcher Mathias Corvinus, dem späteren ungarischen König, einen Pfeil aus dem Körper entfernen konnte und dafür zum Grafen und Ritter gemacht wurde. Zudem schrieb er die *Pfohlspeundt'sche Bündth-Erzney* ab und machte sie den Schweizer Chirurgen zugänglich.⁷⁴³ Der andere war Anthoni Truttmann.⁷⁴⁴

Ende des 15. und Anfang des 16. Jahrhunderts gab es in der Schweiz zahlreiche Schlachten. Bei diesen Schlachten war immer eine große Zahl von Scherern vertreten. Da die Straßburger in diesen Schlachten gemeinsam mit den Schweizern kämpften, lernten sich die Schweizer Scherer Hieronymus von Brunshwig und Hans von Gerßdorff kennen. Laut Theodor Billroth waren die Schweiz und das Elsass zu dieser Zeit die Zentren der Chirurgie.⁷⁴⁵

Ein weiterer berühmter Chirurg aus der Schweiz war Felix Würtz (um 1500/1510-1575). Würtz war Sohn eines Malers und zog nach seiner Lehrzeit als Scherer sechs Jahre lang durch Deutschland, Italien, Frankreich und die Niederlande. 1536 kehrte er nach Zürich zurück und arbeitete dort bis 1559. Anschließend wurde er in Basel tätig. 1563 veröffentlichte er das Buch *Practica der Wundartzney*, welches allerdings unvollendet blieb.⁷⁴⁶ Würtz sprach auch über Wundkompliken und Hospitalbrand.⁷⁴⁷

741 Köhler: Grundriss einer Geschichte der Kriegschirurgie, S. 53.

742 Brunner: Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossenschaft, S. 127; Dubs: Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst, S. 3.

743 Dubs: Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst, S. 58.

744 Clairmont: Schweizer in der Geschichte der Chirurgie, S. 846.

745 Dubs: Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst, S. 58f.; Clairmont: Schweizer in der Geschichte der Chirurgie, S. 846.

746 Dubs: Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst, S. 59; Clairmont: Schweizer in der Geschichte der Chirurgie, S. 846f.; Toellner: Illustrierte Geschichte der Medizin, S. 980f.; Ackerknecht/Buess: Kurze Geschichte der grossen Schweizer Ärzte, S. 19f.; Brunner: Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossenschaft, S. 147ff.

747 Köhler: Grundriss einer Geschichte der Kriegschirurgie, S. 77.

Im 18. Jahrhundert finden wir den Schweizer Johann Ulrich Bilger, den Generalchirurg von Friedrich dem Großen. Bilger war Sohn eines Zunftmeisters aus Chur. Nach einem Studium in Basel arbeitete er unter anderem in Straßburg und wurde dort Wundarzt. Nach einer Stelle bei der Herzogin von Württemberg gelangte er nach Berlin. 1744/45 nahm er an Feldzügen in Böhmen und Sachsen teil. Im Anschluss wurde er zunächst Regimentschirurg, später Generalchirurg. 1761 wurde ihm für eine Arbeit über Amputationen, *Abhandlung von dem sehr seltenen Gebrauch oder der beinahe gänzlichen Vermeidung des Ablösens der menschlichen Glieder*, der Dokortitel von der Universität Halle verliehen. Die Arbeit wurde 1764 von Tissot ins Französische übersetzt. 1763 veröffentlichte er die Schrift *Anweisung zur Wundarzneikunst in Feldlazaretten*. 1783 folgte seine *Praktische Anweisung für die Feldwundärzte*. 1794 wurde er geadelt und starb zwei Jahre später.⁷⁴⁸

Um 1800 übte Frankreich dann großen Einfluss auf den schweizerischen Armeesanitaetsdienst aus, denn die meisten schweizerischen Söldner standen zur Zeit der *Helvetik* in französischen Diensten.⁷⁴⁹ Auch durch die folgenden Militärkapitulationen war die Schweiz an Frankreich gebunden. Das Sanitaetspersonal der helvetischen Armee 1789/99 orientierte sich an französischen Mustern, zudem erhielt es andere Uniformen als der Rest der Armee. Die Kontingente von Bern und Neuenburg hatten dann ab 1797 als erste Einheiten eigene Arztuniformen. »Das Bataillon erhielt einen Bataillonschirurgen im Rang eines Hauptmannes und zwei Unterchirurgen mit Unterleutnantsrang. Sanitaetspersonal und Sanitaets-Formationen waren streng kantonal geordnet und in jedem Kanton stand ein kantonaler Oberfeldarzt an der Spitze des Militär-Sanitaetswesens.«⁷⁵⁰

1798, beim Kampf des patrizischen Bern gegen französische Truppen, die den Schutz des von Bern abgefallenen Waadt übernahmen, wurden vom damaligen Oberfeldarzt Wyß aus Bern kleine Feldlazarette in Erlach, Nidau, Büren, Aarberg und Murten eingerichtet.⁷⁵¹ Diese mussten jedoch vielfach durch Rückzugsbewegungen verschoben werden. Der Oberchirurg der Schweizer Truppen war Dr. Abraham Schiferli aus Bern, welcher später große Erfolge auf dem Gebiet der Ophthalmologie feierte, russischer Hofrat und geadelt wurde.⁷⁵²

748 Fischer: Chirurgie vor 100 Jahren, S. 317ff.; Dubs: Die Feldchirurgie im Schweizerischen Gefechtssanitaetsdienst, S. 61.

749 Dubs: Die Feldchirurgie im Schweizerischen Gefechtssanitaetsdienst, S. 69.

750 Dubs: Die Feldchirurgie im Schweizerischen Gefechtssanitaetsdienst, S. 69.

751 Ebd., S. 71; Imhof: Geschichte der Schweiz, S. 93f.

752 Dubs: Die Feldchirurgie im Schweizerischen Gefechtssanitaetsdienst, S. 71f.; Im Hof: Geschichte der Schweiz, S. 93f.

1809 wurden die *eidgenössischen Instruktionen* verfasst, welche das erste schweizerische Sanitätsreglement darstellten. Bei der Truppenaufstellung 1813/14 gab es den ersten eidgenössischen Oberfeldarzt. 1815 erweiterte der damalige eidgenössische Oberfeldarzt Dr. Friedrich Bernhard Jakob Lutz (1785-1861) das Reglement und man führte ein System von Ambulanzen nach französischem Vorbild ein. Allerdings existierten diese bis 1831 nur auf dem Papier. Im Jahr 1817 erschien das *Allgemeine eidgenössische Militärreglement*, welches nun einen ständigen eidgenössischen Oberfeldarzt als Leiter des Sanitätsdienstes vorsah.⁷⁵³

3. Schweizer Kriegschirurgen im 19. und 20. Jahrhundert

In kriegschirurgischer Hinsicht beginnen wir zunächst bei Karl Hermann Demme (1831-1864) aus Bern. Er machte den italienischen Feldzug im Jahre 1859 mit und fasste seine Erfahrungen in den *Militärchirurgischen Studien* aus dem Jahr 1863 zusammen.

Im deutsch-französischen Krieg von 1870/71 war August Socin (1837-1899) aus Vevey im Karlsruher Bahnhofslazarett tätig. Socin studierte in Basel und Würzburg. Darüber hinaus arbeitete er zur Weiterbildung in Prag und Wien. 1857 wurde er promoviert. 1859, nach Abschluss seines Studiums, war er kurze Zeit in Paris tätig und begann anschließend als Assistent am Basler Bürgerspital. Zwei Jahre später übernahm er die Leitung der Chirurgischen Klinik in Basel und habilitierte sich 1861 für Chirurgie. Socin war von 1862 bis 1899 Professor für Chirurgie an der Universität Basel.⁷⁵⁴

1866, während des italienisch-österreichischen Krieges, war Socin zusammen mit Albert Burckhardt-Merian (1843-1886), einem berühmten HNO-Arzt aus Basel, in Lazaretten in Ravenna und Verona tätig.⁷⁵⁵ Socin begab sich während des deutsch-französischen Krieges 1870/71 auf Einladung des badischen Frauenvereins am 9. August 1870 in Begleitung von Edwin Klebs aus Bern, Dr. Hoffmann und Dr. Breiting aus Basel nach Karlsruhe. Dort wurde in einer Lokomotivwerkstätte ein Lazarett mit 400 Betten eingerichtet. So konnte man die Verletzten direkt mit der Bahn anliefern. Da die Verwundeten jedoch auf sich warten ließen, begab er sich zusammen mit seinen Kollegen nach Hatten, Ritterhofen, Nieder- und Oberbetschdorf, wo sie dem dortigen Arzt zu Hilfe kamen und die dort in Bauernhäusern lagernden verwundeten Franzosen behandelten.

753 Dubs: Die Feldchirurgie im Schweizerischen Gefechtssanitätsdienst, S. 70.

754 Nissen: August Socin (1837-1899), S. 192f.; Engelhardt: Biographische Enzyklopädie deutschsprachiger Mediziner, Bd. 2, S. 584f.; Meier: August Socin (1837-1899). Leben und Werk des Basler Chirurgen.

755 Meier: August Socin (1837-1899). Leben und Werk des Basler Chirurgen, S. 15.

Bei seiner Rückkehr nach Karlsruhe war das Lazarett gut gefüllt und Socin begann damit den Lazarettendienst einzurichten. Er ließ für jeden Verwundeten einen Journalbogen drucken, auf welchem später die vordere und hintere Ansicht eines Körpers aufgemalt waren. So konnte der Arzt die Lage der Wunden eintragen und die Kollegen mussten nicht von Neuem untersuchen. Das Bahnhofslazarett wurde am 14. November 1870 geschlossen und man zog in zwei Turnhallen um. Socin veröffentlichte seine kriegschirurgischen Erfahrungen in den *Kriegschirurgischen Erfahrungen* aus dem Jahr 1872. Socin war in diesem Lazarett vom 11. August 1870 bis zum 23. März 1871 tätig. Über 643 Verwundete wurde von ihm eine genaue Statistik geführt.

Socin beschrieb in seinem Werk die Wirkung der Projektile, den Wundverlauf und die Wundbehandlung sowie in einem speziellen Teil die Verletzungen der einzelnen Körperregionen wie Kopf, Thorax, Bauch oder Extremitäten und deren Behandlung. Er führte bei vielen Verletzungen die Verwundeten namentlich auf und beschrieb den Verlauf ihrer Behandlung.⁷⁵⁶

Der zusammen mit Socin tätige Edwin Klebs beschäftigte sich sehr ausführlich mit Schussverletzungen und veröffentlichte ebenfalls 1872 das Buch *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Schusswunden*. Klebs untersuchte 108 Fälle von Verwundeten. Er beschrieb ähnlich wie Socin Schussverletzungen in allen Regionen des Körpers. Der größte Teil seiner Fälle aber hatte Verletzungen an den unteren Extremitäten und dabei vor allem an Knie und Schienbein. Besonders die Knieverletzungen waren anfällig für Infektionen, da die anatomischen Verhältnisse des Knies eine Wundreinigung beinahe unmöglich machten und so eine septische Gelenkentzündung schneller eintrat als bei anderen Wunden. Auch Klebs stellte die Krankenschichten ausführlich und nachvollziehbar dar, zudem beschrieb er die durchgeführten Operationen.

Ebenfalls im deutsch-französischen Krieg arbeitete Albert Burckhardt aus Basel, zusammen mit Dr. Neuhaus, Dr. Anker, den Gebrüdern Hess und Studiosus Moll. Die Schweizer Ärzte begaben sich am 8. August 1870 zunächst nach Heidelberg, von wo aus man sie nach Nancy abkommandierte. Nach einer mehrtätigen Reise mit Halten in einigen Lazaretten wie in Reimilly kamen die Schweizer Ärzte schließlich im französischen Pont-à-Mousson an, wo sich das achte Feldlazarett des X. Armeekorps befand.

756 Socin: *Kriegschirurgische Erfahrungen*.

Burckhardt übernahm dort zunächst ein Zimmer mit 60 Verwundeten, wenig später, nach einer Erkrankung des Stabsarztes Dr. Rose, erhielt er dessen Position. Am 3. Oktober wurde das Lazarett verlegt und Burckhardt wurde nach Trémery abkommandiert, wo er mit drei Assistenzärzten tätig war. Mit dem Fall von Metz wurde das Lazarett in Trémery aufgelöst und Burckhardt zog einem Monat durch Frankreich, bevor man in Puiseaux ein neues Lazarett einrichtete. Puiseaux war die letzte Station, bevor Burckhardt in die Schweiz zurückkehrte. Er berichtete ausführlich über seine Tätigkeit in dem 1872 erschienenen Werk *Vier Monate bei einem preussischen Feldlazareth während des Krieges von 1870*.⁷⁵⁷

Zudem arbeiteten Ulrich Krönlein, Emil Ritzmann, Edmund Rose, W. v. Muralt, H. v. Wyss, O. Kolb, Dr. de Montmollin, Dr. Lorenz und Dr. Frey ebenfalls in deutschen Lazaretten.⁷⁵⁸

Ein weiterer Schweizer Arzt war Otto Gelpke, der im Feldzug 1870/71 als Hilfsarzt eines bayerischen Bataillons tätig war. Nach dem Friedensschluss arbeitete er dann in einem Lazarett in Héricourt. 1876 ging er als holländischer Militärarzt auf die Sundainseln und beteiligte sich am Feldzug von Aceh gegen die niederländischen Kolonialmächte auf Sumatra.⁷⁵⁹

Der Berner Chirurg Theodor Kocher (1841-1917) veröffentlichte 1880 eine Studie *Ueber Schusswunden* und 1895 *Die Lehre von den Schusswunden durch Kleinkalibergeschosse*. Kocher studierte ab 1858 in Bern Medizin. Nach seiner Promotion im Jahre 1865 folgten Reisen nach London, Paris und Berlin. Kocher war Schüler von Hermann Askan Demme (1802-1867), Georg Albert Lücke (1829-1894), Billroth und von Langenbeck. 1866 wurde er Privatdozent am Inselspital in Bern, 1872 übernahm er dann den Lehrstuhl von Lücke und wurde Professor für Chirurgie. Trotz zahlreicher Angebote verließ er die Universität Bern nicht. Kocher beschäftigte sich unter anderem mit antiseptischer Wundbehandlung und ging später, durch eine Zusammenarbeit mit dem Bakteriologen E. Tavel (1858-1912), zu rein aseptischer Behandlungsweise über. Kocher entwickelte mit Tavel eine Methode zur Dampfsterilisation von Instrumenten.⁷⁶⁰ Zudem arbeitete er über akute Osteomyelitis, einer Entzündung des Knochenmarks, die Operation von Hernien und beschäftigte sich mit der operativen Behandlung von Abdominal- und Organleiden. Seine Ergebnisse veröffentlichte er im Werk *Chirurgische Operationslehre*, welches 1892 erstmals erschien.

757 Burckhardt: Vier Monate bei einem preussischen Feldlazareth.

758 Madritsch: Der Zürcher Chirurg Rudolf Ulrich Krönlein 1847-1910, S. 10ff.; Burckhardt: Vier Monate bei einem preussischen Feldlazareth, S. 8f.

759 N.N.: Dr. Otto Gelpke, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/18 (1917), S. 564-565.

760 Tröhler: *Surgery (Modern)*, S. 991.

Kocher war berühmt für die Behandlung von Kropfleiden. Für seine Arbeit auf diesem Gebiet wurde ihm 1909 der Nobelpreis für Medizin verliehen.⁷⁶¹ Kocher war während des Ersten Weltkrieges mindestens einmal in einem deutschen Lazarett. Er besuchte zusammen mit seinen Söhnen das Lazarett in Freiburg im Breisgau.⁷⁶²

Ulrich Krönlein (1847-1910) aus Stein am Rhein (SH) studierte ab 1866 Medizin in Zürich. Noch während des Studiums war er 1870 auf den Schlachtfeldern des deutsch-französischen Krieges tätig, um kriegschirurgische Erfahrungen zu sammeln. 1870 bis 1873 war er zunächst Assistent bei Professor Rose in Zürich. 1872 wurde er promoviert. 1874 wurde er Assistent bei von Langenbeck in Berlin. Nach seiner Assistentenzeit und einer Station in Gießen wurde er 1881 Professor in Zürich. Krönlein beschäftigte sich zunächst auch in seiner Dissertation mit offener Wundbehandlung, später aber auch mit der Behandlung der Appendizitis, der Behandlung von Magen- und urologischen Leiden. Zur Behandlung von Hirnblutungen erfand er ein *Craniometer*, um die Blutung zu lokalisieren.⁷⁶³ Krönlein gab auf dem 28. Deutschen Chirurgetag 1899 zur Klärung der hydrodynamischen Sprengwirkung die Mitteilung über *Krönlein'sche Schädelschüsse* heraus.⁷⁶⁴

Heinrich Bircher (1850-1923) aus Küttingen (AG) arbeitete noch während seines Medizinstudiums in Heidelberg und Bern 1870 in einem deutschen Kriegslazarett, zusammen mit seinem Lehrer Edwin Klebs (1834-1913). 1872 schloss er sein Studium ab und eröffnete zunächst eine eigene Praxis in Aarau. Wenig später wurde er zum leitenden Arzt des städtischen Kranken- und Armenasyls, welches später im Kantonsspital Aarau aufging. Da Bircher medizinisch sehr weit gefasste Interessen hatte, arbeitete er neben der Chirurgie auch als Gynäkologe und forschte über Schilddrüsen- und Kropfleiden, Knochenchirurgie und die chirurgische Behandlung von Magenleiden. Daneben war Bircher als Sanitätsoffizier tätig. Er begann 1871 als Leutnant, durchlief mehrere Stationen und wurde schließlich Oberst und leitender Sanitätsoffizier des II. Armeekorps. In dieser Tätigkeit führte er Schießversuche durch und war von 1892 bis 1910 Lehrer an der Schießschule in Wallenstadt, wo er über Geschosswirkungen dozierte.

761 Ackerknecht/Buess: Kurze Geschichte der grossen Schweizer Ärzte, S. 64f.; http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1909/kocher-bio.html. Angesehen am 2. April 2010. <http://www.viszeral.ch/11129.html>. Angesehen am 2. April 2010.

762 StALU, Akt 41/105: Telegramm vom 16. Oktober 1914.

763 <http://www.vis.usz.ch/UEBERUNS/GESCHICHTE/Seiten/KroenleinUlrich.aspx>. Angesehen am 2. April 2010; Madritsch: Der Zürcher Chirurg Rudolf Ulrich Krönlein 1847-1910.

764 Ackerknecht/Buess: Kurze Geschichte der grossen Schweizer Ärzte, S. 67f.

Bircher führte 1885 Versuche durch über *Die Wirkung der Handfeuerwaffen mit besonderer Berücksichtigung des Vetterli-, Rubin- und Heblergewehres*. Er dehnte seine Versuche aus und publizierte die Ergebnisse 1888 in seinem *Handbuch der Kriegsheilkunde für die schweizerischen Sanitätsoffiziere*. Er beschäftigte sich hier vor allem mit der Wirkung des modernen Spitzgeschosses. Birchers Versuche waren nützlich, aber nicht unumstritten, vor allem Versuche mit einem lebenden Pferd, das über mehrere Stunden beschossen wurde, erregten die Öffentlichkeit und führten zu militärischen Konsequenzen.⁷⁶⁵

Friedrich Steinmann (1872-1932) aus Corcelles (NE) studierte von 1891 an Medizin in Lausanne und Bern. Nach dem Staatsexamen 1897 wurde er Assistent bei Theodor Kocher in Bern. 1907 gründete er mit Kollegen das Privatkrankenhaus Engenriedspital. 1908 erfolgte die Habilitation für Chirurgie. 1919 wurde er außerordentlicher Professor für Unfallheilkunde, ab 1926 dann ordentlicher Professor. Während des Ersten Weltkrieges war Steinmann in österreichischen Lazaretten als Chirurg tätig. 1930 wurde er Chefarzt für Chirurgie an der Krankenanstalt Tiefenau in Bern. Steinmann beschäftigte sich mit der Behandlung von Knieverletzungen und ganz besonders der Frakturheilung. Die Beschäftigung auf dem Gebiet der Frakturheilung mündete 1907 in die Vorstellung der *Nagelextension*, der Gewichtsextension von Frakturen durch in den Knochen eingeführte Nägel.⁷⁶⁶

César Roux (1857-1918) stammte aus Mont La Ville bei Lausanne. Ab 1875 studierte er in Lausanne und Bern Medizin. 1880 wurde Roux promoviert und anschließend Assistent bei Kocher in Bern. 1881 besuchte er auf einer Ausbildungsreise Billroth und Albert in Wien sowie von Volkmann in Halle. 1893 kehrte Roux nach Lausanne zurück und eröffnete eine allgemeinärztliche Praxis. 1887 wurde er Chefarzt der Chirurgie am Kantonsspital in Lausanne. 1890, nach der Gründung der Universität in Lausanne, wurde Roux Professor für Chirurgie und 1893 schließlich Ordinarius der chirurgischen Klinik. Roux spezialisierte sich vor allem auf die Viszeralchirurgie. Dabei entwickelte er unter anderem die Y-Roux-Anastomose für die Behandlung des Magenkrebses.⁷⁶⁷ Zudem erfand er die *Roux'schen Wundhaken*. Während des Ersten Weltkrieges arbeitete er mehrere Wochen in Besançon in den Lazaretten.⁷⁶⁸

765 Ackerknecht/Buess: Kurze Geschichte der grossen Schweizer Ärzte, S. 68; Colombo: Heinrich Bircher (1850-1923), Chirurg, Demograph und Militärarzt.

766 Wolf: Fritz Steinmann – Initiator der endostalen Dauerzugbehandlung (Nagelextension), S. 227ff.

767 Dhayat, Renggli, Dhayat, Merlini: Zum 150. Geburtstag von César Roux (1857-1918). Erinnerung an Leben und Schaffen eines bedeutenden Kocher-Schülers, in: *Chirurg* 78 (2007), S. 155-160; Decker: La service universitaire de Chirurgie de Lausanne, S. 18ff.; Hutchinson, Hutchinson: César Roux and His Original 1893 Paper, in: *OBES SURG* 20 (2010), S. 953-956;

Ebenfalls als Kriegschirurg arbeitete Friedrich de Quervain (1868-1940) aus Sitten. Nach dem Ende seines Medizinstudiums 1892 dissertierte er 1893 mit der Arbeit *Über die Veränderung des Zentralnervensystems bei experimenteller Kachexia thyreopriva der Tiere*. Ab 1892 arbeitete er in La Chaux-de-Fonds und wurde 1887 Leiter der chirurgischen Abteilung. Ab 1902 lehrte er als Privatdozent an der Universität Bern, ab 1907 als Titularprofessor. 1910 trat er die Nachfolge von Wilms in Basel an und wurde ordentlicher Professor an der Chirurgischen Universitätsklinik. 1918 beerbte er den Lehrstuhl von Theodor Kocher in Bern, mit welchem er bereits während seiner Assistentenzeit zusammengearbeitet hatte. Während der Jahre 1918/19 war er zudem Präsident der Vereinigung der Schweizer Chirurgen.⁷⁶⁹ De Quervain beschäftigte sich ausführlich mit Kropfleiden, der gastrointestinalen Chirurgie und der chirurgischen Behandlung von Tuberkulose und bösartigen Geschwüren wie dem Brustkrebs.⁷⁷⁰ Er entwickelte zudem zusammen mit der Firma M. Schaerer AG aus Bern einen verstellbaren Operationstisch und Sterilisationsanlagen.⁷⁷¹

Während der Zeit des Ersten Weltkrieges war de Quervain wöchentlich im Reservelazarett Badenweiler tätig und besuchte Lazarette im Elsass. Die dabei gewonnenen Erfahrungen über Geschosswirkungen leitete er an das Politische Departement weiter. Er nutzte seine Verbindungen ins Ausland auch, um seinen Schülern die Teilnahme an Rotkreuzmissionen zu ermöglichen.⁷⁷² Zudem wurde de Quervain im Januar 1917 autorisiert, am Bürgerspital der Universität Basel diejenigen Fälle zu operieren, die sich im Einzugsbereich des Gebietes befanden, welches er als »*Chirurgien Reviseur*« betreute, oder der deutschen Internierungsregion der Zentralschweiz. In einem Hotel in Basel wurde unter seiner Leitung eine Station für die frisch Operierten eingerichtet, die aber auch diejenigen Patienten aufnahm, für welche eine stationäre Überwachung in der Klinik nicht länger notwendig war.⁷⁷³

Vauthey, Jean-Nicolas, Guy J., Maddern, Gertsch, Phillippe: César Roux - Swiss pioneer in surgery, in: *Surgery* 112/5 (1992), S. 946-950.

768 NZZ 135, Nr. 1373 vom 2. Oktober 1914.

769 Iselin, Vischer: Festschrift. Herrn Prof. Dr. med. Fritz de Quervain Direktor der chirurgischen Klinik in Bern anlässlich seines sechzigsten Geburtstages gewidmet von seinen Schülern und Freunden; Tröhler: F. de Quervain, chirurgien pratique à La Chaux-de-Fonds (1895-1910): Un esprit physiopathologique à la conquête d'un terrain nouveau; ders.: Der Schweizer Chirurg J.F. de Quervain (1868-1940). Wegbereiter neuer internationaler Beziehungen in der Wissenschaft der Zwischenkriegszeit; Nissen: Die Chirurgische Universitätsklinik Basel, 1913-1963, S. 26ff.

770 Bluntschli: Fritz de Quervain, S. 473; Nissen: Friedrich de Quervain 1868-1940, S. 316f.

771 Boschung: Berner Pioniere der Medizintechnik, S. 19f.

772 Iselin, Vischer: Festschrift. Herrn Prof. Dr. med. Fritz de Quervain Direktor der chirurgischen Klinik in Bern anlässlich seines sechzigsten Geburtstages gewidmet von seinen Schülern und Freunden, S. 45.

773 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 146.

Für die Kriegsgefangeneninternierung besonders bedeutend wurde Hans Brun (1874-1946) aus Luzern. Nach Abschluss der Schule studierte er ab 1892 Medizin in Zürich. Nach Abschluss seines Studiums mit dem Staatsexamen 1897, einer Dissertation über Schädel- und Gehirnverletzungen und einer fünfjährigen Assistenzzeit bei Krönlein an der Chirurgischen Klinik Zürich begab er sich 1903 auf eine Ausbildungsreise nach Deutschland, Italien, Frankreich, Nordafrika, Spanien und Portugal. Im selben Jahr eröffnete er zusammen mit seiner Frau eine Privatklinik *Am Bergli* in Luzern. Das Behandlungsspektrum von Brun war sehr weit gefasst. In seiner Privatklinik führte er durchschnittlich 350 Operationen pro Jahr durch. Brun blieb trotz seiner Privatklinik stets eng mit der Universität Zürich verbunden. Er hielt dort Vorträge und habilitierte sich mit einer Arbeit über Magenoperationen. Für das Sommersemester 1914 bekam er erstmals die *Venia legendi*. 1935 wurde er schließlich Titularprofessor. In dieser Funktion war er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1942 tätig. Zu Zwecken der Weiterbildung war er während des ersten Balkankrieges 1912/13 als Chefarzt des *Schweizerischen Roten Kreuzes* (SRK) in Dimoitika bei Adrianopel. Zwei Monate war er dort mit einem Team tätig und operierte vor allem die Frischverwundeten, die in Güterwaggons und mit Ochsenkarren angeliefert wurden. Bei Ausbruch des Ersten Weltkrieges war er als Chefarzt des Festungslazaretts 28 in Straßburg tätig.⁷⁷⁴ Ab 1916 war er dann, im Rang eines Hauptmanns, Chef der *Armeesaniätsanstalt* (A.S.A.) in Luzern und ab 1918 Leiter des *Deutschen Interniertenspitals*. Nebenbei arbeitete Brun noch in den Etappensaniätsanstalten Zofingen, Olten und der Festungssaniätsanstalt Andermatt. Während des Zweiten Weltkrieges war Brun als Leiter einer Saniätsanstalt in Luzern und später in Fluelen eingesetzt.⁷⁷⁵

Ebenfalls in der Internierung tätig wurde Hermann Matti (1879-1941) aus Thun. Nach seinem Medizinstudium in Bern, welches er 1904 mit dem Staatsexamen abschloss, bildete er sich zunächst in Paris, Bonn, Berlin und Wien weiter. 1904 bis 1908 war er Assistent an der Chirurgischen Klinik am Inselspital bei Theodor Kocher. 1908 eröffnet er eine eigene Praxis in Bern. 1909 wurde er für Chirurgie habilitiert. 1919 wurde er zunächst außerordentlicher Professor, 1938 dann ordentlicher Professor in Bern und Direktor der Chirurgischen Klinik am Inselspital Bern.⁷⁷⁶

774 Kuhn: Die Armee-Saniätsanstalt in Luzern, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 22. April 1917, S. 16-20, S. 17; StALU, PA 213/158; Nekrolog: Prof. Dr. Med. Hans Brun 1874-1946, Luzern 1946.

775 Stegmann: Hans Brun und die Knochenchirurgie.

776 <http://www.viszeral.ch/11131.html>. Angesehen am 1. April 2010; Fischer: Biographisches Lexikon, S. 1005.

Matti war im Winter 1914/15 als Chef eines Festungslazarets in Straßburg tätig.⁷⁷⁷ Er war zudem als konsultierender und behandelnder Chirurg im Internierungsdienst beschäftigt und übernahm dort zahlreiche Funktionen. Der Armeearzt Oberst Hauser beauftragte ihn bereits im September und Dezember 1916, alle Regionen zu besuchen und alle die Fälle zu untersuchen, die für eine chirurgische Behandlung in Frage kamen.⁷⁷⁸ Der Armeearzt legte zudem fest, dass er zusammen mit Professor Julliard die Gesichts- und Kieferverletzungen der Ententesoldaten untersuchen sollte. Zudem war er als »*Chirurgien reviseur*« für die zweite Zone zuständig; diese umfasste die Regionen Haut-Valais, Berner Oberland A, Berner Oberland B, Murren, Jura-Ost, Aargau, den französischen Teil der Internierungsregion Zentralschweiz, St. Gallen und Appenzell.⁷⁷⁹

Matti fasste seine Erfahrungen, besonders im Bereich der Knochenbrüche, in seinem zweibändigen Werk *Die Knochenbrüche und ihre Behandlung* (1918) zusammen. Seine Erfahrungen, speziell im Bereich der Kriegschirurgie, stellte er in seinem Werk *Vorlesungen über Feldchirurgie* dar.⁷⁸⁰

Charles Julliard (1876-1962) aus Genf hatte dort Medizin studiert und zahlreiche Studienreisen ins Ausland unternommen. So war er in Paris, Breslau, Wien, Tübingen und Heidelberg als Arzt tätig. Julliard war der erste Professor für klinische Chirurgie an der Universität in Genf. Julliards Interessen waren sehr weit gefächert. Er war 1910 als Chirurg an der Zahnklinik tätig, besuchte Fachkurse in Bakteriologie und Thoraxchirurgie und wurde 1925 Professor für Unfallchirurgie. Während des Ersten Weltkrieges war er zunächst zwei Jahre in Lyon im Hôpital 112 tätig. Nach seiner Rückkehr wurde er im Internierungsdienst aktiv und war zusammen mit Hermann Matti beauftragt worden, alle chirurgischen Fälle zu untersuchen. Von 1916 bis 1918 war er zudem für alle Internierten verantwortlich, welche Kiefer-, Gesichts- oder Kopfverletzungen hatten, und behandelte diese in seiner Klinik in Genf. Als man für die Internierten der Entente die A.S.A. in Fribourg eröffnete, wurde Julliard im Rang eines Hauptmanns ebenfalls dort tätig.⁷⁸¹

777 Matti: *Vorlesungen über Kriegschirurgie*, S. 9.

778 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport*, S. 335.

779 Ebd., S. 336f.

780 Matti: *Vorlesungen über Kriegschirurgie*, S. 13.

781 Roch: *Charles Julliard 1876-1962*.

Der Unfallchirurg Carl Schlatter (1864-1934) aus Wallisellen (ZH) studierte nach dem Abschluss des Gymnasiums in Zürich 1883 Medizin in Heidelberg und Zürich, wo er 1889 mit dem Staatsexamen abschloss. Im Anschluss arbeitete er zunächst als Arzt in Herisau, wo er mikrobiologische Studien betrieb und in diesem Fachgebiet seine Dissertation veröffentlichte. Nach einem Aufenthalt in Wien bei Theodor Billroth und Eduard Albert im Winter 1889/1890 holte ihn Ulrich Krönlein als Assistent an die Universität Zürich. 1895 wurde er habilitiert und 1899 in Zürich zum außerordentlichen Professor ernannt. Der Ruf auf eine Ordinariatsstelle blieb ihm jedoch verwehrt.⁷⁸² Während des Ersten Weltkrieges war Schlatter als Arzt in Wassen (UR) und später als Leiter der Sanitätsanstalt in Olten (AG) tätig.⁷⁸³ Carl Schlatter reiste von 1. Dezember 1914 bis Mitte Januar 1915 in das Militärlazarett Stuttgart. Anfang des Jahres 1915 besuchte er zudem österreichische Lazarette. Dabei führte ihn sein Weg auch in die mechanotherapeutischen Einrichtungen und Invalidenschulen in Bayern und Österreich. Besonders eindrücklich war für ihn der Besuch in dem von Professor Spitzny geleiteten Orthopädischen Spital mit Invalidenschule in Wien, in welcher 3000 bis 4000 Kriegsverwundete gleichzeitig behandelt und geschult wurden. 1917 war Schlatter zudem Vorsitzender der Austauschkommission des Internierungsdienstes in Konstanz.⁷⁸⁴ Berühmt wurde Carl Schlatter durch den zeitgleich 1905 von ihm und von Osgood diagnostizierten *Morbus Osgood-Schlatter* – einer Nekrose im Bereich der Patellarsehne.

Eugen Bircher (1882-1956) studierte ab 1902 Medizin in Basel und Heidelberg. Nach dem Abschluss mit dem Staatsexamen 1906 wurde er von 1907 bis 1908 Assistent am Kantonsspital Aarau, 1908 dann am Bürgerspital in Basel bei Professor Wilms. 1909 wurde er zunächst Assistent, später Sekundararzt bei seinem Vater Heinrich Bircher in Aarau. Von 1917 bis 1934 war er chirurgischer Chefarzt und ab 1932 dann auch Direktor des Kantonsspitals Aargau. Bircher war zudem im Militär engagiert; ab 1914 bis 1917 war er Stabschef der Fortifikation Murten. Zur Zeit des Ersten Weltkrieges bewarb er sich zunächst erfolglos um eine Entsendung ins Ausland; durch die Intervention von General Wille war er dann von Dezember 1915 bis Januar 1916 in Bulgarien tätig. Bircher beschäftigte sich bis zum Ersten Weltkrieg bereits intensiv mit Geschosswirkungen und publizierte 1907 *Die Bedeutung der Schusswunden in kriegschirurgischer und taktischer Hinsicht* (1909), dann *Die kriegschirurgische Wirkung der Spitzgeschosse und deren taktische Bewertung*.

782 Zirojevic: Der Unfallchirurg Carl Schlatter (1864-1934), S. 7ff.

783 Ebd., S. 46.

784 Ebd., S. 8f.

Bircher verfasste noch zahlreiche Publikationen aus den Bereichen der Kropf-, Magen-, Kniegelenks- und Kriegschirurgie und führte als erster Arzt eine endoskopische Untersuchung am Gelenk durch. Bircher war nach dem Ersten Weltkrieg politisch wie auch militärisch tätig, unter anderem war er im Zweiten Weltkrieg Leiter einer Schweizer Ärztemission an der deutschen Ostfront.⁷⁸⁵

⁷⁸⁵ Eine weitergehende Beschäftigung mit Bircher verfehlt jedoch die Intention dieser Arbeit. Ausführlich daher: Heller: Eugen Bircher, Arzt, Militär, Politiker.

7. Schweizer Ärzte in Lazaretten auf dem Balkan 1912 und 1913 und im italienisch-türkischen Krieg von 1911 bis 1912

Die Konflikte auf dem Balkan und im italienisch-türkischen Krieg boten etlichen Ärzten aus der Schweiz die Möglichkeit, sich mit kriegsbedingten Verwundungen auseinanderzusetzen. Diese Erfahrungen bildeten unter anderem eine Grundlage der Behandlungen der Internierten im Ersten Weltkrieg.

Der italienisch-türkische Krieg war ein Konflikt zwischen Italien und dem Osmanischen Reich, welcher am 29. September 1911 durch eine italienische Kriegserklärung begann.⁷⁸⁶ Ziel war für die Italiener die Eroberung neuer Kolonien, was ihnen im Friedensvertrag von Ouchy im Herbst 1912 bestätigt wurde.⁷⁸⁷ Italien erhielt die Provinzen Tripolitanien und Cyrenaika.⁷⁸⁸

Als Balkankriege wurden die Auseinandersetzungen auf der Balkanhalbinsel von 1912 und 1913 bezeichnet. Nachdem sich durch den italienisch-türkischen Krieg eine Schwäche des Osmanischen Reiches offenbart hatte, kam es im Herbst 1912 zum einem ersten Konflikt.⁷⁸⁹ Es gelang zwar zunächst im Mai 1913 durch den *Londoner Vertrag* den Krieg zu beenden, die Ruhe währte jedoch nur kurz und die Situation eskalierte erneut. Diese Auseinandersetzung wurde mit dem Frieden von Bukarest am 10. August 1913 beendet.⁷⁹⁰

Auf den Schlachtfeldern dieser Auseinandersetzungen wurden Schweizer Ärzte im Rahmen humanitärer Hilfsmissionen tätig, wie beispielsweise Conrad Brunner (1859-1927) aus Münsterlingen (TG). Er befasste sich ausführlich mit Wundbehandlung und stellte 1894 bereits in einer Untersuchung über das schweizerische *Ordonnanzgewehr Modell 1889* fest, dass sich das dort verwendete Kappengeschoss beim Aufschlagen auf harte Körper oder Knochen teilen konnte, so dass abgetrennte Splitter weitere Verletzungen verursachen konnten oder zu unberechenbaren Querschlägern wurden. 1913 stellte er Untersuchungsergebnisse einer Schießerei in Romanshorn vor, wo ein offenbar geistig Verwirrter mit seinem *Ordonnanzgewehr Modell 1889* wahllos auf Passanten und Polizisten schoss. Brunner konnte dabei die Verletzungen bei der Behandlung der Überlebenden und der Sektion der Toten studieren. Brunner verglich seine Ergebnisse später auch mit denjenigen, die er in Neapel beim Tripolisfeldzug Ende 1911 beobachten konnte.

786 Majoros/Rill: Das Osmanische Reich 1300-1922, S. 353.

787 Ebd.

788 Ebd.; Wrigley, *Germany and the Turco-Italian War, 1911-1912*, S. 314f.; Paris, *The First Air Wars – North Africa and the Balkans*, S. 97ff.; Cunsolo: *Lybia, Italian Nationalism and the Revolt against Giolitti*, S. 188ff.

789 Hall: *The Balkan Wars 1912-1913*, S. 21; Majoros/Rill: *Das Osmanische Reich 1300-1922*, S. 354.

790 Majoros/Rill: *Das Osmanische Reich 1300-1922*, S. 355; Hall: *The Balkan Wars*, S. 22ff.

Dabei stellte er fest, dass sich die Geschosswirkung ähnlich verhielt wie in den theoretischen Untersuchungen.⁷⁹¹ Während des Tripolisfeldzugs besuchte Brunner durch Vermittlung des Oberfeldarztes Oberst Hauser, der schweizerischen Bundesbehörden und der schweizerischen Gesandtschaft in Rom die italienischen Spitäler, in welchen Verwundete untergebracht waren. Brunner berichtete, dass die Verwundeten so schnell wie möglich mittels Sanitätsschiffen von Tripolis (Libyen), Bengasi (Banghazi, Libyen), Homs (Syrien) und anderen Orten, wo gekämpft worden war, nach Italien transportiert wurden. Sie wurden insbesondere nach Neapel gebracht, wo ein Hauptsammelplatz eingerichtet worden war. Von dort aus wurden die Verwundeten und Kranken auf die umliegenden Spitäler verteilt. Brunner sah bei seinen Besuchen vor allem Schussverletzungen. Dabei stellte er fest, dass es ausgedehnte Zertrümmerungen der Knochen durch die Geschosse gab, denn die arabische Seite verwendete veraltete Bleigeschosse, welche beim Auftreffen eine *Pilzstauchung* erfuhren und zersplitterten, was zu einer Verteilung von Splittern im Körper führte. Zudem bewirkten Bleigeschosse, bedingt durch die größeren Einschuss- und Ausschussöffnungen, eine größere Infektionsgefahr. Behandelt wurde in Italien vor allem durch Ruhigstellung der Schusswunde. Operativ eingegriffen wurde nur, wenn eine Eiterung einsetzte oder sich der Heilungsprozess verzögerte. Bei Schussfrakturen wurden gefensterter Gipsverbände angelegt und die Wunde durch das Fenster mit Jodtinktur, Wasserstoffsuperoxid oder Alkoholkompressen gereinigt. Bei Oberschenkelfrakturen brachten die Italiener neben dem Gipsverband zusätzlich Extensionen an.⁷⁹²

Eduard Stierlin aus Schaffhausen sowie Christoph Socin und Adolf Vischer aus Basel waren im Rahmen einer Rotkreuzmission auf Empfehlung des Bundespräsidenten Forrer im Oktober 1912 nach Serbien entsandt worden. Armeearzt Oberst Hauser stattete die Mission mit der Ausrüstung einer Schweizer Sanitätskompanie aus. In Serbien übernahmen sie am 25. Oktober 1912 zunächst die Leitung eines in der Militärakademie eingerichteten Spitals mit 300 Betten, wo die Verletzten der Schlacht bei Kumanova behandelt wurden.

791 Brunner: Ärztlicher Verein Münsterlingen. Sitzung vom 14. März 1912, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 62/11 (1912), S. 425-429; ders.: Weitere Beobachtungen über die Geschosswirkung des schweizerischen Ordonnanzgewehrs Modell 1889, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/23 (1913), S. 705-717; ders.: Weitere Beobachtungen über die Geschosswirkung des schweizerischen Ordonnanzgewehrs Modell 1889 (Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/24 (1913), S. 750-756; ders.: Weitere Beobachtungen über die Geschosswirkung des schweizerischen Ordonnanzgewehrs Modell 1889 (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/25 (1913), S. 771-779.

792 Brunner: Ärztlicher Verein Münsterlingen. Sitzung vom 14. März 1912, S. 425-429.

Diese wurden per Bahn über 400 Kilometer nach Belgrad transportiert und kamen meist noch am Tag ihrer Verwundung an. Jedoch war dort zu wenig Pflegepersonal, man verfügte nur über 15 Pflegerinnen und nur eine ausgebildete Krankenschwester.

Mit der vorrückenden Frontlinie begaben sie sich zunächst nach Skopje (türkisch Üsküb) im heutigen Mazedonien, wo sie für eine Woche das Lazarett des *Roten Halbmondes* übernahmen. Dort standen serbische Sanitätssoldaten als Pfleger zur Verfügung. Socin beklagte sich, dass diese keine Erfahrungen im Krankentragen hatten, was sich besonders bei Schussfrakturen der Extremitäten bemerkbar machte, darüber hinaus musste er in Skopje mit einem großen Materialmangel kämpfen, da die Bahnlinie unterbrochen war und kein Material herangeschafft werden konnte. Mitte November begaben sich die Ärzte zur kämpfenden Armee nach Monastir, wo sie in der Sanitätskompanie der Morawa-Division eingereiht wurden. Dort arbeiteten sie zunächst auf dem Hauptverbandplatz. Hier zeigte sich, dass es schwierig war, die Verwundeten nach hinten in die Lazarette zu transportieren, denn die Verwundeten mussten über die Berge von Perlepe (Prilep, Mazedonien) über fast 1300 Kilometer nach Köprülü gebracht werden. Dies geschah mit Sanitätswagen oder Ochsenkarren, da die Zahl der Sanitätswagen nicht ausreichte. Nach der Einnahme von Monastir wurde die Mission dann im griechischen Spital untergebracht, dem einzigen Friedenskrankenhaus der Stadt. Dorthin wurden nach Möglichkeit alle operativen Fälle gebracht. In Monastir musste man zudem 1500 türkische Verwundete pflegen, die von der türkischen Armee zurückgelassen worden waren. Dies führte in den ersten Tagen zu einem Platzmangel und dem Ausbruch von Durchfall- und Typhuserkrankungen. Viele Verwundete wurden daher nach Üsküb evakuiert. Der Transport der Verwundeten mit der Bahn war auch weiterhin nicht möglich, da die Bahnlinie von den Türken bei ihrem Rückzug zerstört worden war.⁷⁹³ Die Mission der Schweizer Ärzte endete am 23. Dezember mit der Rückkehr in die Schweiz.⁷⁹⁴

Ebenfalls in Serbien tätig wurde Alfred-C. Matthey aus Neuchâtel. 1912 arbeitete er in einem Lazarett in Kragyevac, welches in der Kaserne des 11. und 19. Regiments untergebracht war. In diesem provisorischen Lazarett behandelte er etwa 500 Patienten.⁷⁹⁵

793 Socin: Beobachtungen über den serbischen Heeressanitätsdienst, in: *Militärärztliche Beilage zum Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 1 (1913), S. 1-7; Stierlin/Vischer: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, in: *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 131/3-4 (1914), S. 311-374, S. 312.

794 Die Korrespondenz zu den Rotkreuzmissionen befindet sich in BAR E 2001 (A) 1000/45 Nr. 669. Dort findet sich auch der *Bericht des Schweizer. Roten Kreuzes über seine Hilfsaktion im Balkankrieg 1912/13*.

795 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (campagne de 1912-13), in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 33/4 (1913), S. 297-308, S. 298f.

Dr. Peyer aus Schaffhausen machte sich auf den Weg nach Gruda in Montenegro, wo er für drei Monate tätig wurde. Sanitätsmajor de Marval aus Neuchâtel wurde im Auftrag des IKRK auf den Kriegsschauplatz im Balkan entsandt.⁷⁹⁶

Dr. Franchino Rusca aus dem Insepsital in Bern wurde von Bundespräsident Forrer ebenfalls für eine medizinische Tätigkeit auf den Schlachtfeldern in Bulgarien, Serbien und Montenegro empfohlen. Er arbeitete über zwei Monate als leitender Chirurg eines Divisionsspitals in Saitschar und stellte eine detaillierte Übersicht über die 151 von ihm behandelten Fälle auf. Die Verletzten stammten aus den Schlachten von Kumanowo, Schwarzgipfel, Novi Pazar und Adrianopel und kamen gewöhnlich fünf bis sechs Tage nach ihrer Verletzung in Saitschar an.⁷⁹⁷ Rusca berichtete, dass die Wundbehandlung der Schusswunden in Serbien sehr einfach war. Meist wurde die Verletzung nur mit Jodtinktur bepinselt und mit einem Okklusivverband, einem luftdicht abschließenden Verband, geschlossen. Quetsch- und Risswunden wurden mit *Perubalsam* behandelt. Die Heilung der Schusswunden verlief häufig gut, Infektionen waren selten. Schrapnell- und Granatverletzungen heilten dagegen deutlich langsamer. Tetanus konnte Rusca in Serbien nicht beobachten.⁷⁹⁸

Im November 1912 wurde eine schweizerische Rotkreuzmission nach Griechenland und Montenegro entsandt. Dieser gehörten neben den Ärzten Albert Reverdin aus Genf, Georges Porte aus Genf, Alfredo Vella aus Bedretto, Marie Feyler aus Lausanne, Henry Flournoy aus Genf und Hauptmann Girard aus Basel acht Krankenschwestern und Krankenpfleger an. Die Mission kam am 9. November an und wurde zunächst in Preveza tätig. Mit dem Vormarsch am 26. November rückte sie ins 43 Kilometer nördlichere Phillipias vor. Das neue Spital lag am Ortseingang von Phillipias an der einzigen befahrbaren Straße und erweiterte sich laufend, so dass man im Januar 1913 bereits über 325 Betten verfügte.

Da die Schlachten rund um Phillipias in bergigem Gebiet stattfanden, wurden die Verletzten von der Frontlinie durch Kameraden oder mit Hilfe von Maultieren zum Verbandplatz transportiert. Der Weitertransport in das Lazarett geschah in der Regel mit drei motorisierten Krankenwägen. Es handelte sich aber dennoch um ein *Hôpital d'évacuation*; die meisten Patienten wurden nach der ersten Behandlung in das rückwärtige Preveza transportiert.

796 BAR E 2001 (A) 1000/45 Nr. 669.

797 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/51 (1913), S. 1689-1748, S. 1689.

798 Rusca: Über den Sanitätsdienst bei der serbischen Armee, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 62/35 (1912), S. 1332-1334.

Von dort aus wurden sie auf der *Albanie*, einem schwimmenden Krankenhaus, nach Athen eingeschifft. Nach drei Monaten begaben sich Dr. Flournoy und Dr. Porte nach Hause. Sie wurden durch Dr. Narbel aus Lausanne, Dr. Forel aus Bercher und Dr. Hug ersetzt.

Zudem stießen drei Schweizer Krankenpfleger und vier Schweizer Krankenschwestern hinzu, welche bislang in Athen tätig gewesen waren; ein Krankenpfleger erlag einer Darminfektion. Am 22. März 1913 kam die Expedition wieder in der Schweiz an.⁷⁹⁹

Für den Februar 1913 wurde aus der Schweiz eine Rotkreuzmission für die Kranken der serbischen Armee auf den Weg gebracht. Der Zug startete am 8. Februar 1913 und führte von Bern über Wien und Budapest nach Belgrad, welches am 10. Februar erreicht wurde. Der Expedition gehörten die Ärzte Odermatt, Bayard, Ludwig, Hertenstein, Niehans und Häberli an. Die Mission wurde in Serbien vom serbischen Oberfeldarzt geteilt, so dass Dr. Ludwig mit zwei Pflegern nach Krusevaz entsandt wurde; Häberli und Bayard wurden dem Reservespital Nr. 15 in Belgrad zugeteilt; Niehans, Odermatt und Hertenstein übernahmen zusammen mit den Schwestern das Reservespital Nr. 7 in Belgrad.

Am 19. Februar machte sich eine weitere Rotkreuzmission auf den Weg nach Serbien. Unter der Leitung von Eduard Stierlin reisten Adolf Vischer, Dr. Wydler aus Zürich und Dr. Merz aus St. Gallen nach Durazzo (Durrës, Albanien). Begleitet wurden sie von vier Rotkreuzschwestern und vier Pflegern. Das Material wurde bereits am 17. Februar nach Durazzo vorgeschickt. Das Personal folgte am 18. und 19. Februar 1913 nach. Am 21. Februar kam die Expedition in Triest an und setzte mit dem Dampfer *Urano* die Reise fort. In Durazzo richtete man ein Lazarett in einer griechischen Schule ein, welches etwa 150 Verwundete aufnehmen konnte. Hier wurden dann hauptsächlich die Verwundeten der Belagerungsarmee vor Skutari (Shkodra, Albanien) behandelt. Ein kleiner Teil der Verletzten stammte von der Beschießung von Alessio (Lezha, Albanien) und kleineren Kämpfen rund um Durazzo. Am 20. März machten sich Dr. M. Wydler, Dr. Merz und ein Pfleger auf den Weg nach Alessio, während der Arzt Adolf Vischer in Ravenna arbeitete. Die Leitung des Lazaretts in Durazzo hatte nun Eduard Stierlin, bei welchem die Rotkreuzschwestern verblieben. Stierlin erkrankte allerdings an Flecktyphus und zog sich in der Folge ein Pleuraempyem zu.

799 Société Vaudoise de Médecin. Sitzung vom 3. Mai 1913, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 33/7 (1913), S. 558-565; Narbel: Quelques notes glanées à l'armée d'Épire, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 13/22 (1913), S. 916-921; Reverdin: L'activité de l'ambulance Vaud-Genève pendant la guerre gréco-turque, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 34/11 (1914), S. 657-676.

Daher wurde er in das österreichische Landesspital Ragusa versetzt, wo er sich einer Operation unterziehen musste. Erst nach zwei Monaten konnte er in die Schweiz gebracht werden, wo er im Bürgerspital in Basel weiterbehandelt wurde.⁸⁰⁰

Camille Lommel aus dem Inselspital in Bern und Carl Egli reisten im Februar 1913 zur Unterstützung des Sanitätsdienstes der montenegrinischen Armee im Auftrag des SRK nach Gruda (Grudë, Kroatien).⁸⁰¹

Am 12. Februar 1913 machte sich durch Vermittlung von Ferdinand Sauerbruch eine weitere Rotkreuzmission auf den Weg nach Bulgarien. Diese wurde von Hans Brun aus Luzern geleitet. Neben Brun waren noch die Ärzte Heinrich Freysz und Paul Schelbert aus Zürich, Aldo Balli aus Locarno, der aus eigener Initiative bereits in Sofia tätig gewesen war, und auf Vermittlung von Theodor Kocher auch Charles Pettavel aus Neuenburg bei dieser Mission vertreten. Zudem reiste der cand. med. A. Alder auf Vermittlung von Ferdinand Sauerbruch nach Bulgarien. Am 14. Februar kamen sie, mit Verbandmaterial und Lebensmitteln versehen, in Sofia an. Da die Mission für chirurgische Hilfe vorgesehen war, wurde sie mit 33 großen Kisten mit Verbandmaterial, chirurgischen Utensilien und einem Sterilisator der Firma *Hanhart & Comp.* aus Zürich ausgestattet. Zudem wurden von schweizerischen Firmen zahlreiche Lebensmittelkonserven mitgegeben.

Die Mission begab sich dann mit einem Militärzug nach Mustafa Pascha (Swilengrad, Bulgarien) und reiste von dort, da die Orienteisenbahnlinie nicht benutzt werden konnte, auf der Straße weiter. Das Ziel war Dimoitika (Didymoticho, Griechenland), etwa 30 Kilometer südlich von Adrianopel (Edirne, Türkei). Das in einem früheren türkischen Stadthaus eingerichtete Etappenspital umfasste etwa 150 Betten. Es verfügte über 15 Zimmer und über Nebengebäude, in welchen man weitere 200 Patienten unterbringen konnte. Anfangs musste man sich mit zurückgelassenem türkischem Sanitätsmaterial behelfen, da die eigenen Utensilien noch auf Ochsenkarren transportiert wurden. Der Zustand des Gebäudes war sehr schlecht, so dass auf Veranlassung der bulgarischen Königin die Scheiben der Zimmer ersetzt wurden, damit es nicht mehr auf die Patienten schneien konnte.⁸⁰²

800 Die Korrespondenz zu den Rotkreuzmissionen befindet sich in BAR E 2001 (A) 1000/45 Nr. 669. Dort findet sich auch der *Bericht des Schweizer. Roten Kreuzes über seine Hilfsaktion im Balkankrieg 1912/13*; Stierlin/Vischer: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, in: *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 131/3-4 (1914), S. 311-374, S. 312; Varia: Prof. Dr. med. Eduard Stierlin, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1/1 (1920), S. 14.

801 Die Korrespondenz zu den Rotkreuzmissionen befindet sich in BAR E 2001 (A) 1000/45 Nr. 669. Dort findet sich auch der *Bericht des Schweizer. Roten Kreuzes über seine Hilfsaktion im Balkankrieg 1912/13*.

802 Alder: Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 503f.

Dimoitika war ein Hauptetappenpunkt, daher kamen in unregelmäßigen Abständen alte und frische Verwundete, heimkehrende oder zurückkehrende Rekonvaleszenten und abgeschobene, als hoffnungslos eingestufte Fälle im Spital an. Der Transport der Patienten vom Bahnhof war langwierig und gestaltete sich aufgrund der örtlichen Gegebenheiten schwierig. Daher wurde neben dem Bahnhof ein Barackendorf eingerichtet, in welchem weitere 700 Patienten untergebracht werden konnten.⁸⁰³ Die Verwundeten wurden in Güterwagen transportiert, die meist nicht einmal mit Stroh ausgelegt und oft von vorhergehenden Pferdetransporten noch schmutzig waren. Teilweise fuhren die Soldaten auch auf dem Dach der Waggon mit. Zwischen Bahnhof und Lazarett wurden die Patienten mit Blessiertenwagen oder Ochsenkarren transportiert. Die Blessiertenwagen waren zwei- oder vierrädrig, aber nicht in ausreichender Zahl vorhanden. Die Ochsenkarren, die meist nur mit Stroh bedeckt waren, machten den Transport für die Verletzten sehr anstrengend. Gegen Ende des Krieges gab es dann auch vereinzelt motorisierte Transportwägen.⁸⁰⁴

Nach einiger Zeit wurde die Mission von Dr. Kreuzer aus Luzern und Dr. Rabin aus Zürich unterstützt. Am 6. März gingen Balli, Pettavel und Rabin nach Kirk-Kilisse (Kirkklareli, Türkei), um dort tätig zu werden. In Kirk-Kilisse befanden sich fünf Etappenspitäler mit etwa 4000 Betten. Die Schweizer übernahmen die Leitung des dritten Etappenspitals, in welchem Verbandmaterial und Instrumente ausreichend vorhanden waren. In Kirk-Kilisse wurden die Verwundeten der Schlachten von Adrianopel und Tschataldja behandelt. Diese Patienten wurden meist mit Ochsenwagen aus Adrianopel gebracht. Diejenigen aus Tschataldja wurden mit der Bahn antransportiert. Ein Teil der Verwundeten war bereits von einer österreichischen Mission behandelt worden und mit Begleitzetteln in lateinischer Sprache versehen. Dies half es den Ärzten, Sprachprobleme unter den Kollegen zu umgehen.⁸⁰⁵ Am 7. April verließ die Mission Dimoitika und machte sich über Adrianopel und Wien auf den Weg in die Schweiz, wo sie am 13. April 1913 eintraf.⁸⁰⁶

Der Deutsche M. Michaud, der in Lausanne den Lehrstuhl für innere Medizin innehatte, war von April bis Juli 1913 in einer Mission des Deutschen Roten Kreuzes in Serbien tätig. Er arbeitete in einem Lazarett in Nisch (Niš, Serbien) und beschäftigte sich vor allem mit der in-

803 Ebd., S. 505f.

804 Ebd., S. 512ff.

805 Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/30 (1913), S. 929-941, S. 939.

806 Die Korrespondenz zu den Rotkreuzmissionen befindet sich in BAR E 2001 (A) 1000/45 Nr. 669. Dort findet sich auch der *Bericht des Schweizer. Roten Kreuzes über seine Hilfsaktion im Balkankrieg 1912/13*.

ternistischen und bakteriologischen Behandlung von Kriegsverletzungen.⁸⁰⁷ Einblick in diese Studien erhielten R.-Eugène Bourquin, Oberstleutnant Yersin, Dr. Chapois und Dr. Breguet, welche auf eine Anfrage aus Serbien von Dr. Sahli, dem Zentralsekretär des SRK, im Juni 1913 auf den Weg geschickt wurden. Ausgerüstet mit dem chirurgischen Material einer Sanitätskompanie, machten sie sich zunächst auf den Weg nach Belgrad.⁸⁰⁸ Yersin und Breguet wurden von dort nach Pirot in ein Militärhospital geschickt.⁸⁰⁹ Bourquin und Chapois nach Nisch, wo Dr. Chapois die Leitung der inneren Abteilung übernahm. Cr. Bourquin war für die Behandlung der infektiösen Krankheiten zuständig.⁸¹⁰

Ebenfalls in Serbien wurde Albert Jentzer tätig. Er arbeitete in Lazaretten in Saitschar (Zaječar, Serbien) und Belgrad und lernte dort serbisch-kroatische Behandlungsmethoden für Ober- und Unterschenkelfrakturen kennen.⁸¹¹

K. Reber arbeitete ab dem 12. Juli 1913 mit drei Kollegen in Serbien. Dort wurde er in Kraljevo in einem Reservespital und in Nisch in einem Spital tätig. In Kraljevo fehlte es an fast allen Instrumenten und Einrichtungen für chirurgische Eingriffe. In Nisch hingegen befand sich ein gut eingerichtetes Spital mit 450 Patienten, welche von zwei Ärzten und mehreren Krankenpflegern versorgt wurden. Verbandmaterial und Instrumente waren ausreichend vorhanden. Die serbischen Krankenpfleger waren jedoch auch hier nicht ausreichend ausgebildet und eigneten sich nur zum Krankentragen oder um Essen zu verteilen. Reber hatte zusammen mit einem ungarischen Medizinstudenten eine Station mit 120 Patienten zu betreuen. Operiert wurde in einem speziell eingerichteten Zimmer mit elektrischem Licht auf einem Holztisch. Ein Sterilisationsgerät war ebenfalls vorhanden. Die Situation in Nisch verbesserte sich weiter, als Dr. von Oettingen aus Deutschland kam und seine Instrumente mitbrachte. Begleitet wurde er von seiner Frau, welche als Operationsschwester arbeitete.⁸¹²

807 Michaud: Société Vaudoise de Médecine, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 34/8 (1914), S. 552-556.

808 Bourquin: Deux mois en Serbie pendant la seconde guerre balkanique, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 34/2 (1914), S. 100-110, S. 100f.

809 Yersin: Société Médicale de la Suisse Romande, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 33/12 (1913), S. 930-941

810 Bourquin: Deux mois en Serbie pendant la seconde guerre balkanique, S. 102.

811 Jentzer: De la méthode serbo-croate pour réduire les fractures du fémur et de la jambe, S. 450-454.

812 Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 64/48 (1914), S. 1494-1508.

Schweizer Kriegschirurgie in Lazaretten des Balkankrieges

Charles Pettavel und A. Alder lieferten einen ausführlichen Bericht über die Tätigkeit der Rotkreuzmission in Dimoitika unter der Leitung von Hans Brun. Alder hatte dabei die Gelegenheit, 1431 Verwundete zu beobachten und auszuwerten.⁸¹³ Ebenfalls in Bulgarien tätig wurde N. Guerdjikoff. Er war in Sofia im Hôpital Rasprédélitelna als Chirurg tätig und behandelte 2943 Verletzte und Kranke.⁸¹⁴

Albert Reverdin gehörte einer Rotkreuzmission an, welche im November 1912 in Griechenland und Montenegro tätig wurde. Die Mission begann ihre Arbeit zunächst in Preveza und rückte mit dem Vormarsch nach Phillipias vor. Sie behandelte insgesamt 2137 Kranke und Verwundete.⁸¹⁵

Bei einer Analyse der Kriegsverletzungen in Dimoitika zeigte sich, dass es 1008 Schussverletzungen durch Infanteriegeschosse gab. Teilweise handelte es sich um multiple Verletzungen durch mehrfach ein- und austretende Geschosse. 216 Verletzungen erfolgten durch Schrapnellgeschosse und 47 durch Granatverletzungen. Den Rest bildeten weitere Verletzungen durch Handwaffen.⁸¹⁶ In Kirk-Kilisse beobachtete Pettavel 80 % Gewehrkugelverletzungen, 16 % Schrapnellverletzungen und nur 4 % Granatverletzungen.⁸¹⁷ Das Auftreten von Komplikationen bei Schrapnell- und Gewehrschusswunden war dabei nicht selten. Bei Explosionen gab es zudem häufig Verletzungen durch herumfliegende Gegenstände, welche sich dann in der Wundhöhle wiederfanden. Explosionen der eigenen Munition der Soldaten wurden ebenfalls beobachtet.⁸¹⁸

Rusca stellte bei den von ihm betreuten serbischen Verwundeten deutliche Unterschiede der Verletzungsart fest, je nachdem, aus welcher Schlacht die Verwundungen der Patienten stammten. Bei Kumanowo war die Zahl der Schrapnellverletzungen sehr gering, ganz im Gegensatz zu Adrianopel, wo viel Artillerie zum Einsatz kam. Die Statistik ergab daher bei Rusca insgesamt 80 % Gewehrschussverletzungen durch Mantel- wie auch Spitzgeschosse, 11 % Schrapnellverletzungen, 6 % Granatverletzungen und 3 % Bajonettverletzungen. Auf ein ähnliches Ergebnis kam Matthey.

813 Alder: Etappenspitaleerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 517f.

814 Guerdjikoff: Notes médico-chirurgicales sur les guerres balkaniques, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 34/4 (1914), S. 243-265.

815 BAR E 2001 (A) 1000/45 Nr. 669; Reverdin: L'activité de l'ambulance Vaud-Genève pendant la guerre gréco-turque, S. 669.

816 Alder: Etappenspitaleerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 517f.

817 Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 933.

818 Alder: Etappenspitaleerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 518.

Er registrierte ebenfalls 80 % Gewehrverletzungen, dabei waren die meisten Treffer aus einer Entfernung von 600 bis 1200 Metern abgegeben worden.⁸¹⁹ Stierlin und Vischer stellten bei ihren Beobachtungen ebenso ein starkes Überwiegen der Schussverletzungen fest. Sie führten dies auf das Versagen der türkischen Artillerie zurück.⁸²⁰

Bei den Schussverletzungen konnten sowohl Rusca wie auch Reber keinen Unterschied der Art der Weichteilverletzung – durch die unterschiedlichen Geschosse – feststellen.⁸²¹ Als infiziert betrachtete Rusca nur diejenigen Verletzungen, bei welchen sich eine stärkere Entzündung zeigte.⁸²² Stierlin und Vischer gelang es ebenfalls nicht, die Verletzungsart zwischen den verschiedenen Geschossarten zu differenzieren, da die türkische Armee bei Spitzgeschossen und Stahlmantelgeschossen das gleiche Kaliber und die gleichen Waffen verwendete.⁸²³ Für Matthey hingegen spielte das Kaliber der Waffe eine große Rolle, da durch größeres Kaliber, bedingt durch die größeren Wundöffnungen, auch die Gefahr für Infektionen stieg.⁸²⁴

Guerdjikoff und Reverdin stellten bei dem von der türkischen Armee verwendeten Mauser-Spitzgeschoss des Gewehrs *Modell 1890* fest, dass das Projektil eine Tendenz zum Überschlagen aufwies und daher schwere Verletzungen beim Auftreffen auf den Körper verursachte.⁸²⁵ Zudem konstatierte Guerdjikoff bei Gewehrschüssen, abgegeben aus einer Distanz von 700 bis 800 Metern, eine starke Explosionswirkung, welche ein Wundbild ähnlich wie bei einer Granat- oder Schrapnellverletzung erzeugte.⁸²⁶ Reverdin und Matthey schränkten diese Distanz auf etwa 400 bis 500 Meter ein. Dabei kam es auch häufig zu *Ricochetschüssen*, sogenannten Prellschüssen, die eine Deformation des Projektils zur Folge hatten.⁸²⁷ Das Verletzungsbild glich hier oft dem eines *Dumdumgeschosses*, da die lebendige Kraft des Geschosses beim Aufprall auf den harten Knochen in den Weichteilen wirkte.

819 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (campagne de 1912-13), S. 301f.

820 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 313.

821 Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, S. 1499.

822 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1695.

823 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 313.

824 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (campagne de 1912-13), S. 300.

825 Guerdjikoff: Notes médico-chirurgicales sur les guerres balkaniques; ebd. 34 (1914), S. 243-265, S. 245; Reverdin: L'activité de l'ambulance Vaud-Genève pendant la guerre gréco-turque, S. 665.

826 Guerdjikoff: Notes médico-chirurgicales sur les guerres balkaniques, S. 245f.

827 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (campagne de 1912-13), S. 297-308, S. 302.

Bei Fernschüssen dagegen veränderte sich die Geschossbahn kaum, es kam oft zu Durchschüssen und die Verletzten wiesen meist nur punktförmige Ein- und Ausschüsse auf.⁸²⁸

Festzustellen war bei allen Ärzten, dass Granat- und Schrapnellverletzungen Wunden verursachten, die gequetscht waren und gerissene Ränder aufwiesen. Darüber hinaus infizierten sie sich leichter.⁸²⁹

Die Erfahrungen der Schweizer Ärzte in Bulgarien waren nun zunächst die, dass eine Kriegswunde ohne Infektion am besten unter dem Schorf oder *per secundam*, nach erfolgter Behandlung, heilt. Alder unterschied zwei Arten von Verletzungen:

- »1. Heilung mit einfachem Wundverlauf, worunter wir die Abheilung z.B. eines Durchschusses unter dem primären Blutschorf oder durch einfache Granulation verstehen.
2. Heilung mit kompliziertem Wundverlauf, tiefgreifender Infektion.«⁸³⁰

Bei Alder heilten auf diese Weise 91 % der beobachteten Gewehrschussverletzungen, 83 % der Schrapnellverletzungen und 81 % der Granatverletzungen mit einfachem Verlauf.⁸³¹ Bei Pettavel heilten etwa 70 % der Verletzungen *per primam*; bei etwa 30 % kam es zu Infektionen.⁸³² Dabei zeigte sich, dass bei den bulgarischen Soldaten die Extremitäten mit 71 % (Alder) und 84 % (Pettavel) am häufigsten betroffen waren. Die seltensten Verletzungen gab es am Hals mit 0,2 % (Alder) und 0,8 % (Pettavel).⁸³³

Bedeutend für den Verlauf der Heilung war für Alder, Pettavel und auch Matthey der erste Verband des Verletzten. Die Verwundeten legten sich dabei zunächst meist selbst das aseptische individuelle Verbandpäckchen auf und begaben sich in die Sanitätsstationen. Dort wurde in der Regel ein Wattebindenverband angelegt.⁸³⁴ Guerdjikoff stellte während seines Aufenthaltes in Bulgarien fest, dass das Verbandpäckchen nicht in allen bulgarischen Einheiten zum Einsatz kam.⁸³⁵

828 Reverdin: L'activité de l'ambulance Vaud-Genève pendant la guerre gréco-turque, S. 657-676, S. 666f.

829 Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, S. 1499.

830 Alder: Etappenspitaleerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 520.

831 Ebd., S. 522f.

832 Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 934.

833 Alder: Etappenspitaleerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 529; Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 933.

834 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (campagne de 1912-13), S. 394; Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 931.

835 Guerdjikoff: Notes médico-chirurgicales sur les guerres balkaniques, S. 261.

Die angelegten Verbände waren bei bulgarischen Soldaten ausreichend, sofern sie keine Immobilisation erforderten. Denn die Schienung und Fixierung von Verletzungen waren hier meist unzureichend, da die Frakturstellen häufig nicht mit eingebunden wurden.⁸³⁶ Bei Pettavel hingegen kamen die Patienten meist mit guter Fixierung mittels Holzschienen oder Gipsverband an; was wohl daran gelegen hatte, dass diese zuvor von einer österreichischen Mission behandelt worden waren.⁸³⁷ Alder stellte zudem fest, dass in Bulgarien die Qualität der medizinischen Hilfe an der Häufigkeit der Verbandswechsel festgemacht wurde. So wurden bei sehr vielen Patienten ohne Grund laufend die Verbände gewechselt. Ein Umstand, der wohl durch das Fehlen von Begleitzetteln an den Patienten begünstigt wurde.⁸³⁸

Socin, Vischer und Stierlin machten ähnliche Beobachtungen. Die Fixation auf dem Schlachtfeld bei den serbischen Soldaten wurde überhaupt nicht oder nur sehr mangelhaft praktiziert. So verwendete man Schienen aus Pappe oder Holz, die meist völlig verrutscht oder durch die Nässe aufgeweicht waren. Einige Gipsverbände mussten aufgeschnitten werden, da die Verletzungen darunter schlecht versorgt waren, die Wunden eiterten oder die Polsterung so fest war, dass das Blut abgeschnürt war.⁸³⁹

Zur Blutstillung wurde von den Bulgaren sehr häufig Tabak, Erde, Kohle oder die Asche von verbranntem Stroh verwendet. Alder und Pettavel beobachteten wiederholt Verletzte, deren Wunden nur mit langgeschnittenem Tabak bedeckt waren. Dabei stellten sie jedoch nicht die am stärksten infizierten Wunden fest.

Ein großes Problem für die Infektionsanfälligkeit waren für sie vielmehr feucht gewordene Verbände, durch lange Transporte und das häufig durchgeführte Drainieren und Tamponieren von Schusskanälen, um die Geschosse herauszuholen. Sie beobachteten, dass dies oft in Frontnähe und von Laien durchgeführt wurde. Daher stiegen die Infektions- und Komplikationsrate und dies führte dazu, dass diese Praxis von der bulgarischen Armee durch Armeebefehl verboten wurde.⁸⁴⁰

836 Alder: Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 523.

837 Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 931, S. 940.

838 Alder: Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 523.

839 Socin: Beobachtungen über den serbischen Heeresanitätsdienst, S. 3; Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 372f.

840 Alder: Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 524f.; Pettavel: Medizinisch-Pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 3. Juni 1913, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 13/18 (1913), S. 781; Ders.: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 932.

Die verletzten serbischen Soldaten wurden meist noch auf dem Schlachtfeld mit einer *Untermuhl/Untermöhlen-Verbandpatrone* verbunden. Diese bestand aus einem 12 Zentimeter langen und 10 Zentimeter breiten Gazestück mit Watteeinlage. An der Gaze war eine Binde befestigt, die zur Fixation diente.⁸⁴¹ Dieser erste Verband wurde oft vom Verwundeten selbst oder einem Kameraden angelegt.

Nach dem ersten Verband wurde in den *Verwundetennestern*, auf den Verbandplätzen und in den Zwischenspitälern die häufig durchgeblutete Verbandpatrone entfernt und meist nur die Blutung gestillt und eine Fixation angelegt.⁸⁴² Socin, Vischer und Stierlin verwendeten dazu auch Masticolverbände.⁸⁴³

»Für einfache kleine Schußwunden verwendeten wir durchwegs den Masticolverband, und zwar in Ermangelung ausreichender Sterilisationsgelegenheit, in der schon in Belgrad geübten Weise. Im Hinblick auf den langen beschwerlichen Rücktransport, legten wir über den Masticolverband meist noch einige Gazebindentouren, die wir nötigenfalls (am Rumpf) durch einen Masticolanstrich fixierten.«⁸⁴⁴

Masticol ist reines *Gummi arabicum* und enthielt ganz zu Beginn Chloroform. Die Schweizer Ausführung setzte sich zusammen aus 40 Einheiten Mastix, 100 Teilen Benzol und *Ol. Lini. Gtts XXXX*.⁸⁴⁵ Reverdin hielt einen Masticolverband hingegen als Fixationsverband für nicht stabil genug, um die Patienten damit zu transportieren.⁸⁴⁶

Das von der griechischen Armee verwendete Verbandpäckchen war mit einem französischen Antiseptikum versehen, welches aber sehr oft zu Bläschenbildung auf der Haut führte.⁸⁴⁷

Beim Verbandwechsel in Saitschar stellte man fest, dass sich viele Verbände verschoben hatten und die Wunden daher freilagen. Socin führte dies darauf zurück, dass die serbischen Sanitätssoldaten nicht sorgfältig auf das Verrutschen der Wundbedeckung achteten. Socin, Vischer und Stierlin übernahmen daher das Verbinden auf den Hauptverbandplätzen nach Möglichkeit selbst.⁸⁴⁸

841 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1696.

842 Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege; ebd. 64/48 (1914), S. 1494-1508, S. 1507; Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1696.

843 Socin: Beobachtungen über den serbischen Heeressanitätsdienst, S. 6.

844 Stierlin/Vischer: Erfahrungen mit dem Masticolverband im serbisch-türkischen Kriege, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/19 (1913), S. 588-591, S. 590.

845 Ebd., S. 591.

846 Reverdin: L'activité de l'ambulance Vaud-Genève pendant la guerre gréco-turque, S. 669.

847 Ebd.

848 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1696; Socin: Beobachtungen über den serbischen Heeressanitätsdienst, S. 2.

Bei Verletzten, welche aus Adrianopel angeliefert wurden, fand man feuchte Umschläge auf den Wunden und angelegte Drainagen. Rusca stellte bei diesen Verletzten einen Anstieg der Infektionen auf 60 % fest. Er berichtete ansonsten im Allgemeinen von einer sehr einfachen Wundbehandlung der Schussverletzungen in Serbien. In den meisten Fällen bepinselte man die Verletzung nur mit Jodtinktur und deckte sie mit einem Okklusivverband, einem luftdicht abschließenden Verband, ab. Quetsch- und Risswunden wurden mit Perubalsam behandelt. Die Heilung der Schusswunden verlief auf diese Weise häufig gut und Infektionen waren selten. Schrapnell- und Granatverletzungen heilten dagegen mit der gleichen Behandlungsmethode deutlich langsamer.⁸⁴⁹

Ähnliche Feststellungen machte auch Pettavel bei den bulgarischen Soldaten. Die Verbände waren meist verrutscht, waren zudem auch oft zu eng geschnürt und mussten daher sehr häufig entfernt werden.⁸⁵⁰

Alfred Matthey und P. Narbel sahen in einer auftretenden Infektion eine der gängigsten Komplikationen von Kriegsverletzungen. Dabei stellten sie die These auf, dass das Auftreten einer Infektion zunächst vom ersten Verband und dessen Asepsis abhängig war, zweitens von der Dimension der Verletzung, drittens davon, welche Beschaffenheit der Boden hatte, auf welchem der Verletzte getroffen wurde, viertens von der Länge des Transportes und seiner Umstände, fünftens von der Sauberkeit und Asepsis der folgenden Behandlungen und schließlich von dem allgemeinen Zustand und der Widerstandskraft der Patienten.⁸⁵¹

Infektionskrankheiten wie Tetanus, Erysipel oder Gasphlegmone waren auf dem Balkan dennoch selten. Alder beobachtete nur drei Fälle von Tetanus, einen von Erysipel und drei Fälle von Gasphlegmonen.⁸⁵² Pettavel behandelte fünf Tetanusfälle, die er mit Magnesium-Injektionen behandelte, jedoch überlebten nur zwei Patienten. Zudem kam es bei einer geringen Anzahl von Verletzten zu Gasbildung am Ein- oder Ausschuss der Wunde. Es bildete sich jedoch keine Gasphlegmone.⁸⁵³ Stierlin und Vischer beobachteten keinen Fall von Tetanus nach Schussverletzungen; lediglich bei 100 türkischen Kriegsgefangenen, welche barfuß über den Prisatpass marschieren mussten, trat im Anschluss an eine drei Tage dauernde Wanderung über steinige Felsen bei 20 Verletzten eine Tetanusinfektion auf.

849 Rusca: Über den Sanitätsdienst bei der serbischen Armee.

850 Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg; ebd., 63/30 (1913), S. 929-941, S. 932.

851 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (Campagne de 1912-13), S. 300; Narbel: Quelques notes glanées à l'armée d'Epire, S. 919.

852 Alder: Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 525f.

853 Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 934.

Daher führten sie das Ausbleiben von Tetanusinfektionen in den Lazaretten auf die erfolgte Wundbehandlung zurück.⁸⁵⁴ Narbel und Reverdin stellten in Griechenland vereinzelte Fälle von Gasphlegmonen nach Schrapnellverletzungen fest. Behandelt wurden diese durch Öffnung der Verletzung, Spülungen durch Wasserstoffsuperoxid und Reinigung der Wunde durch Jodtinktur.⁸⁵⁵ Rusca stellte in Serbien keine Tetanusfälle fest. Seiner Meinung nach spielte als ein wichtiger Faktor für das Auftreten von Infektionen die Witterung eine Rolle. Bei regnerischem Wetter wurden die Wunden leichter verschmutzt und infiziert, da unter nassen Verbänden und nasser Kleidung der Dreck auf der Haut und von den Kleidern in die Wunde gelangte. Zudem wurde durch das feuchte Milieu die Verschorfung der Verletzungen verhindert, welche einen Infektionsschutz bot.⁸⁵⁶ Bei den Verletzten von Monastir stellte Rusca zudem einen Einfluss der örtlichen Gegebenheiten auf die Verletzungen fest. Die Soldaten mussten dort zwei Tage auf sumpfigen Böden kämpfen und hatten daher bedeutend mehr Infektionen zu beklagen.⁸⁵⁷ Stierlin und Vischer kamen zu den gleichen Beobachtungen. Sie konstatierten, dass gutes Wetter und eine rasche Ankunft in den Lazaretten die Infektion verhinderten, wohingegen ein langer Transport auf Ochsenkarren und schlechte Witterung die Zahl der Infektionen erhöhten.⁸⁵⁸

Die Wundbehandlung in Saitschar war konservativ. Operative Eingriffe waren selten nötig und auch Kugelextraktionen wurden nur durchgeführt, wenn die Kugel direkt fühlbar war. Einfache Weichteilverletzungen ohne Infektion wurden alle vier bis fünf Tage neu verbunden, die Wunde wurde mit Jodtinktur betupft und mit steriler Gaze verbunden. Fixation erfolgte meist mit Heftpflaster. Größere Verletzungen wurden auch trocken verbunden; infizierte Wunden hingegen mit Wasserstoffsuperoxid gereinigt und mit Jodtinktur bepinselt. Bei stärkerer Eiterung wurde ein Salicyl- oder Alkoholverband angelegt. Eine Stauung und Immobilisation wurde ebenfalls erfolgreich durchgeführt, damit man eine Infektion lokal begrenzen konnte. Größere granulierende Wunden wurden mit Perubalsam, Argentum- und Scharlachsalmbe behandelt.⁸⁵⁹ Guerdjikoff verwendete bei infizierten Wunden feuchte Verbände aus Gaze, welche mit Lysoform getränkt waren.

854 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 315.

855 Narbel: Quelques notes glanées à l'armée d'Épire, S. 918.

856 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1696f.

857 Ebd., S. 1698.

858 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 314.

859 Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, S. 1505; Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1746.

Zur Desinfektion wurde Jodbenzin benutzt. Abszesse und Phlegmonen wurden mit großflächigen Waschungen und Spülungen durch Wasserstoffperoxid, Kaliumpermanganat und Jodlösungen versorgt.⁸⁶⁰ Ähnlich behandelte auch Reverdin in Phillipias. Er legte zusätzlich Drainagen aus Kautschuk oder Gazestreifen an den Wunden an.⁸⁶¹

Stierlin und Vischer behandelten Weichteilwunden, die wenig oder gar nicht bluteten, mit einer Bepinselung der Wundränder mit Mastisol, bedeckten die Wunde mit mehrfach gefalteter Vioformgaze und drückten nach wenigen Sekunden ein rundes Stückchen *Barchent*, ein Verbandmaterial, auf die Wunde. Dieser Verband diente zur Bakterienarretierung, war nicht verschiebbar, saugte das Wundsekret auf und trocknete so die Wunde. Das Mastisol war bereits in Basel getestet worden und der Schweizer Armeearzt Oberst Hauser gab es Stierlin und Vischer mit nach Serbien, um die Tauglichkeit für Kriegszwecke auszuprobieren.⁸⁶² Reber beobachtete bei der Verwendung von Mastisol Ekzembildung und sprach sich daher dafür aus, weiterhin zur Wundreinigung Jodtinktur zu benutzen und das Mastisol lediglich als Klebstoff zu verwenden, um die Gaze auf den Wunden zu fixieren.⁸⁶³

Bei blutenden Wunden wurden Kompressionsverbände angelegt. Allerdings wurde darauf geachtet, eine feste Tamponade der Wunde zu vermeiden, da man nicht sicher sein konnte, ob ein baldiger Verbandswechsel möglich war. Denn falls die Tamponade zu lange in der Wunde liegen blieb, steigerte dies die Infektionsgefahr.⁸⁶⁴

Bei den Kopfverletzungen, welche 5 % der Schussverletzungen in Dimoitika ausmachten, stellte Alder fest, dass die meisten Streifschüsse durch die Galea, durch Nase, Ohren und Kinn erfolgten. Dabei konnte man am Schädel die Sprengwirkung der Geschosse erkennen.⁸⁶⁵

Pettavel unterschied die Kopfverletzungen genauer, nach Nah- und Fernschüssen. Nahschüsse waren meist tödlich und kamen auch aufgrund der Explosionswirkung der Kugel in der Regel gar nicht mehr in den Lazaretten an. Bei Fernschüssen kam es dagegen nicht zu einer Explosionswirkung; die Kugel konnte dabei sogar in selten beobachteten Fällen den Kopf ganz durchdringen, ohne größeren Schaden anzurichten.

860 Guerdjikoff: Notes médico-chirurgicales sur les guerres balkaniques, S. 263.

861 Reverdin: L'activité de l'ambulance Vaud-Genève pendant la guerre gréco-turque, S. 669.

862 Stierlin: Erfahrungen mit dem Mastisolverband im serbisch-türkischen Kriege, S. 588-591.

863 Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, S. 1494-1508, S. 1505.

864 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 372.

865 Alder: Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 532.

Häufiger waren aber Tangentialschüsse; diese wirkten sich meist auch auf das Gehirn aus und die Patienten hatten Ausfallerscheinungen.⁸⁶⁶ Nach Rusca war die Prognose bei Hirnverletzungen daher nicht sehr günstig, da meist eine geistige Beeinträchtigung oder Invalidität zurückblieb.⁸⁶⁷

Stierlin und Vischer behandelten die Schädelschüsse mit einer sehr raschen primären Operation, da bei Rinnen- und Furchenschüssen oft das Gehirn freilag und die Wunde durch Knochensplitter, Haare und Schmutz verdeckt war. Die Knochenwunde wurde freigelegt, alle freien oder lose verbundenen Knochensplitter, Haare und Verunreinigungen wurden mit der Pinzette entfernt. Nach dem Glätten der Knochenränder wurde die Wunde locker mit Krüllgaze tamponiert, die dann mit Mastisol auf der Haut fixiert wurde. Zur Fixation des Kopfes für den Transport wurde eine Schienung des Kopfes mit Befestigung des Thorax angebracht.⁸⁶⁸

Bei den Schüssen durch die Prominenzen des Gesichtes verdienten besonders die Kieferfrakturen das Interesse Alders, »da sie wegen der meist damit verbundenen Schädigung der Zähne für den Verletzten von besonderer Tragweite sind«. ⁸⁶⁹ Hier wurde versucht, durch eine Situationsnaht die Weichteile zusammenzuhalten. Dabei sollte man möglichst alle Knochensplitter erhalten. Aufgabe eines Zahnarztes oder Zahntechnikers war es dann, die mobilen Zähne und Splitter mit einer Schiene zu fixieren und die Bewegungsfähigkeit des Kiefers zu erhalten.⁸⁷⁰

Bei Thoraxverletzungen traf Alder eine Unterscheidung in Verletzungen innerhalb und außerhalb der Pleura. Falls die Lunge direkt getroffen wurde, war die Folge oft ein Pneumothorax, eine Ansammlung von Luft im Lungenraum oder ein Hämatothorax, eine Blutansammlung im Lungenraum. Stierlin und Vischer beobachteten bei 44 % der Brustverletzungen einen Hämatothorax, jedoch nur bei 2,9 % einen Pneumothorax.⁸⁷¹ Bei einem Hämatothorax wurde in Dimoitika nicht punktiert, um das Blut abzulassen, da man keine Lungenentzündung riskieren wollte.⁸⁷²

866 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (Campagne de 1912-13), S. 302; Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 936f.

867 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1741.

868 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 333.

869 Alder: Etappenspitaleerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 535.

870 Ebd., S. 536.

871 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 343.

872 Ebd., S. 538ff.

Reber, Matthey wie auch Guerdjikoff führten in Nisch, Kragyevac und Sofia hingegen mehrfach Punktierungen durch, da die Atmung durch den Hämatothorax sehr erschwert wurde.⁸⁷³ Die Lungenverletzten wurden dann mindestens vier Wochen im Bett ruhiggestellt. Alder wies auch darauf hin, dass ein Lungenverletzter nach Möglichkeit nicht transportiert werden sollte, da sich sonst sein Zustand rapide verschlechtern könnte.⁸⁷⁴ Stierlin und Vischer beobachteten bei 44 % der Brustverletzungen einen Hämatothorax, jedoch nur bei 2,9 % einen Pneumothorax. Es gab eine serbische Vorschrift, dass Lungenverletzte nicht transportiert werden sollten, sondern so lange wie möglich im Feldspital liegen gelassen werden sollten. Dabei stellten beide Ärzte Unterschiede zwischen den Patienten aus Belgrad und denen aus Monsatir fest. Hier spielte der Transport mit Ochsenkarren nach der Schlacht bei Prilep und Monastir eine Rolle, welcher mehrere Tage in Anspruch nahm und auch bei Leichtverletzten zu einer deutlichen Verschlechterung führte. Die Fälle dagegen, die in Belgrad zur Behandlung gelangten, waren bereits auf dem Weg der Besserung, als sie ankamen. Behandelt wurden die Lungenverletzten nur durch eine Ruhigstellung für etwa einen Monat. Die leichten Fälle hatten dabei einen glatten Verlauf und konnten bald entlassen werden. Bei einigen Soldaten, die schon länger verletzt waren und an den Feldzügen in den Bergen von Albanien teilgenommen hatten, ging der Hämatothorax jedoch nur sehr langsam zurück. Diese Männer waren durch die Strapazen bereits geschwächt und hatten darüber hinaus zum Teil sekundäre Lungeninfektionen bekommen.⁸⁷⁵

Rusca sprach sich ebenfalls für eine Ruhigstellung aus. Er gab den Lungenverletzten, welche den Transport überstanden hatten und die Reservespitäler erreichten, eine gute Prognose. Alle Fälle, bei welchen große Gefäße getroffen waren, wurden nicht transportiert oder hatten den Transport nicht überlebt, denn solche Fälle gab es in den serbischen Lazaretten nicht.⁸⁷⁶

Bei Bauchverletzungen unterschied Alder in Verletzungen ohne Beteiligung der Eingeweide, meist Streifschüsse, und Bauchverletzungen mit Beteiligung der Eingeweide. Bei Letzteren musste stets operiert werden, denn es bestand die Gefahr einer Bauchfellentzündung.

873 Guerdjikoff: *Notes médico-chirurgicales sur les guerres balkaniques*, S. 256; Matthey: *Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (Campagne de 1912-13)*, S. 305; Reber: *Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege*, S. 1502.

874 Alder: *Etappenspitälerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg)*, S. 538ff.

875 Stierlin: *Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege*, S. 343.

876 Rusca: *Erfahrungen im Balkankrieg*, S. 1741.

Allerdings machte man die Erfahrung, dass man nicht unmittelbar operieren durfte, da die Patienten direkt nach dem Kampf und dem Transport nicht widerstandsfähig gegen eine Operation waren und auf dem Operationstisch starben.⁸⁷⁷ In den Schweizer Militärschulen war gelehrt worden, dass man Verletzte mit Bauchschüssen 24 bis 48 Stunden auf dem Schlachtfeld liegen lassen und ihnen nur Morphium verabreichen sollte. Zudem sollte jede Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verboten werden, damit eine Beruhigung des Darms eintreten kann. Es zeigte sich jedoch, dass dieses Verfahren im Krieg nicht durchgeführt werden konnte, denn die Witterung ließ es nicht zu, dass man die Verletzten liegen ließ. Zudem war nicht genug Personal vorhanden, um die Verletzten auf diese Weise zu versorgen. Die serbischen Soldaten wurden daher zu den Verbandsplätzen getragen und dort ruhiggestellt.⁸⁷⁸ Bei der Operation war nun darauf zu achten, dass man auch die Projektile und andere Fremdkörper entfernte, da sich sonst eitrige Granulationshöhlen bilden konnten.⁸⁷⁹ Stierlin und Vischer sprachen sich dafür aus, die Verletzten mindestens zwei Tage nüchtern zu halten und ihnen anschließend nur kleine Mengen an Nahrung und Getränken zu geben. Damit die Patienten nicht verdursteten, sollte man ihnen Infusionen verabreichen. Ein Transport der Patienten sollte frühestens nach acht Tagen erfolgen.⁸⁸⁰ Kocher hingegen bezeichnete sowohl Thorax- als auch Bauchschüsse als relativ harmlos.⁸⁸¹

Bei Knochenschüssen zeigte sich zunächst, dass es überwiegend Lochschüsse der Epiphyse gab. Diese führten in den wenigsten Fällen zu Brüchen, so kam es meist zu einer schnellen Heilung. Anders stellte sich das Bild allerdings dar, wenn die Diaphyse getroffen war. In diesen Fällen wurde der Knochen ausnahmslos in viele kleine Splitter zertrümmert, vorzugsweise in Längsfaserrichtung des Knochens. Der zersplitterte Knochen hielt dennoch zusammen; Verschiebungen waren meist erst die Folge von falscher und ungenügender Fixation.⁸⁸² Nach Pettavel spielte die Distanz des Schützen bei den Verletzungsauswirkungen auch hier eine bedeutende Rolle.

877 Alder: Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 544ff.; Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (Campagne de 1912-13), S. 306.

878 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1742.

879 Alder: Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 544ff.

880 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 356f.

881 Kocher: Medizinisch-Pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 3. Juni 1913, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 13/18 (1913), S. 781.

882 Alder: Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 548f.; Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, S. 1500.

Fernschüsse führten meist zu einfachen Lochschüssen, wohingegen Nahschüsse und Querschläger zu Splitterbrüchen und Dumdumgeschoss-ähnlicher Wirkung führen konnten.⁸⁸³ Zudem konnte Alder beobachten, dass es durch das Auftreffen des Projektils auf den Knochen zu einem Überschlagen und Drehen desselben kommen konnte. So konnte auch die Geschossbahn direkt abgelenkt werden.⁸⁸⁴ Kocher, Rusca und Reber stellten ebenfalls Drehungen der Geschosse im Körper fest. Allerdings sahen sie die Erklärung nicht in einem Abprallen des Geschosses vom Knochen begründet, sondern in der Flugbahn selbst. Der Schwerpunkt eines Spitzgeschosses lag sehr weit hinten und führte so zu einem Überschlag oder die Kugel wurde bereits vor dem Eintreffen in den Körper, durch ein Abprallen von Gegenständen, aus einer geraden Bahn geworfen.⁸⁸⁵ Auch Stierlin und Vischer stellten fest, dass es beim Spitzgeschoss zu einer Drehung um die Querachse kommen konnte.⁸⁸⁶

Bei Granatverletzungen der Knochen hatte man es hingegen, anders als bei Schussverletzungen, fast immer mit multiplen Verletzungen zu tun. Der Knochen war mehrfach gebrochen und zersplittert. Matthey sprach davon, dass er regelrecht pulverisiert war, und durch die ausgedehnte Verletzung der Weichteile kam ein extrem hohes Infektionsrisiko hinzu.⁸⁸⁷

Behandelt wurden Schussfrakturen zunächst durch Immobilisation mit Schienen- und Gipsverbänden. Rusca und Reber verwendeten auch Heftpflasterextensionen, da diese eine Kontrolle der Fraktur zuließen, falls – wie auf dem Balkan – keine Röntgenbilder angefertigt werden konnten.⁸⁸⁸ Die gleiche Behandlung erfolgte auch bei Gelenkschüssen. Diese wurden zwei bis vier Wochen immobilisiert, anschließend wurden Kompressionsverbände, Massage, Wärme und forcierte Bewegung angewandt. Die Wunden selbst wurden zur Reinigung mit Jodtinktur bepinselt und steril verbunden.⁸⁸⁹ Bei vielen Splitterfrakturen heilten die Knochensplitter jedoch nicht reaktionslos ein, daher musste die Wunde geöffnet und gereinigt werden.

883 Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 939.

884 Alder: Etappenspitaleerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), S. 550f.

885 Kocher: Medizinisch-Pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 3. Juni 1913; Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, S. 1499; Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1695.

886 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 362.

887 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (Campagne de 1912-13), S. 391.

888 Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, S. 1500.

889 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1740-1748, S. 1742f.

Durch offene Wundbehandlung und ein Abfließen des Eiters konnte bei manchen Fällen eine Heilung erreicht werden. Falls sich die Infektion jedoch ausbreitete, musste schnell amputiert werden.⁸⁹⁰

Pettavel sprach sich gegen komplizierte Extensionsbehandlungen aus, da das Pflegepersonal auf dem Balkan nicht in der Lage war, diese richtig zu bedienen, und da in den improvisierten Spitälern die nötige Zeit und Ruhe für die Behandlung fehlten. Zudem hätte man so wochenlang Krankenbetten belegt. Seine Empfehlung waren daher Gipsverbände, damit man die Verletzten schnell in rückwärtige Spitäler abtransportieren konnte.⁸⁹¹

Bei Schussverletzungen, welche die Gefäße getroffen hatten, kam es bei großen Venen und Arterien meist zum Tod durch Verbluten. Waren kleinere Gefäße betroffen, heilten diese meist mit Komplikationen wie Thrombosen und es konnte zur Bildung von Aneurysmen kommen. Diese traten entweder sofort oder einige Tage bis Wochen nach der Verletzung auf. Die Therapie richtete sich dann nach dem betroffenen Blutgefäß und dem Ort der Verletzung.⁸⁹² Stierlin und Vischer empfahlen mit der Operation so lange zu warten, bis der Schusskanal vollständig verheilt war, damit sich in den Gefäßen ein Kollateralkreislauf ausbilden konnte.⁸⁹³

8. Schweizer Kriegschirurgie während des Ersten Weltkrieges

Die Schweizer Chirurgen nutzten auch nach den Balkankriegen die Gelegenheit, sich in Kriegsgebieten weiterzubilden. Es lassen sich in den Schweizer Zeitungen oder den Archiven und Lebensläufen Belege finden, dass sich zahlreiche Schweizer Ärzte während des Ersten Weltkrieges auf den Weg über die Grenze in die Lazarette und Hospitäler gemacht haben. Dies geschah jedoch meist nicht in offizieller oder offiziöser Form. Die Vermittlung erfolgte daher zunächst »unter der Hand«⁸⁹⁴ oder es wurde deutlich betont, dass sich auch auf der Gegenseite ein Schweizer Arzt in einem Lazarett eingefunden hatte. Armeearzt Oberst Hausser machte sich selbst im November und Dezember 1914 auf deutscher Seite in St. Ludwig, Freiburg, Badenweiler, Schopfheim, Konstanz, Straßburg, Offenbach, Griesheim und Lörrach, auf französischer Seite in Lyon, Dijon, Paris und Amiens ein Bild der Lage.

890 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (Campagne de 1912-13), S. 392; Reber: Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, S. 1500.

891 Pettavel: Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, S. 939.

892 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1744.

893 Stierlin: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, S. 368.

894 BAR 2001 (A) 693: Telegramm von Konsul Vögeli an das Politische Departement vom November 1915.

Er besuchte dort Lazarette, Bahnhofseinrichtungen, Sanitätszüge, Sanitätsdepots, Armeepotheken, Krüppelschulen und andere Einrichtungen des Sanitätsdienstes.⁸⁹⁵

Carl Haegler (1862-1916), seit 1900 als außerordentlicher Professor in Basel tätig, war zu Beginn des Krieges, vom 11. August 1914 an, mehrere Monate in Lazaretten in Beaucourt im Elsass tätig.⁸⁹⁶

Adolf Vischer aus Basel, welcher schon auf dem Balkan tätig war, arbeitete von 1914 an in einem deutschen Lazarett in Badenweiler. Die Anfrage zu dieser Tätigkeit kam von Professor Fränkel. Vischer wurde dort kurzzeitig von Professor de Quervain unterstützt und brachte zudem eine Rotkreuzschwester aus der Schweiz mit in das Lazarett.⁸⁹⁷

Auch Cèsar Roux aus Lausanne arbeitete mehrere Wochen in Lazaretten in Besançon.⁸⁹⁸

Dr. Häberlin nahm an einer freiwilligen militärärztlichen Mission im badischen Arlen und im württembergischen Ludwigsburg teil. Er sprach über seine Eindrücke auf der Versammlung der *Vereinigung praktischer Ärzte von Zürich und Umgebung*.⁸⁹⁹

Armeearzt Hauser leitete eine Abordnung von Schweizer Chirurgen in ausländische Lazarette in die Wege, um den Schweizer Ärzten die Möglichkeit zu geben, sich in den Kriegsgebieten weiterzubilden. So war Hermann Matti aus Bern durch die Vermittlung des Armeearztes von Mitte Dezember 1914 bis Anfang Februar 1915 als Chefarzt des Festungslazaretts 28 in Straßburg tätig.⁹⁰⁰

Theodor Kocher besuchte zusammen mit Dr. Kopp und seinen Söhnen Theodor und Albert die Lazarette in Freiburg im Breisgau, Straßburg und Wiesbaden. Die Reise wurde über Bundespräsident Hoffmann und den deutschen Gesandten von Romberg vermittelt.⁹⁰¹

Durch Vermittlung von Ferdinand Sauerbruch waren Heinrich Freisz und Theodor Naegeli im September und Oktober 1914 im 1. und 28. Festungslazarett in Straßburg tätig.

Otto Veraguth arbeitete im November 1914 in Lazaretten in Straßburg und Frankfurt.⁹⁰²

895 Hauser: Lehren des Weltkrieges für unser Armeesaniätswesen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/46 (1915), S. 1441-1461.

896 Jaquet: Prof. Dr. Carl S. Hägler; ebd. 66/43 (1916), S. 1464-1467; *NZZ* 135 vom 17. August 1914.

897 *NZZ* 135, Nr. 1232 vom 17. August 1914.

898 *NZZ* 135, Nr. 1376 vom 3. Oktober 1914.

899 *NZZ* 135, Nr. 1405 vom 11. Oktober 1914.

900 Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, S. 769-789, S. 769f.

901 Kocher: Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, S. 449-479.

902 Freisz/Naegeli: Gesellschaft der Ärzte in Zürich, S. 372-380; Mörgeli: Ein Chirurg politisiert: der Sauerbruch-Skandal von 1915, S. 123f.

M. Bourchart war von Oktober 1914 bis 1917 in Lyon tätig. Er arbeitete im Hôpital 197, welches in einem Gebäude des Hôpital des Aliénés des Frères St-Jean de Dieu untergebracht war.

Das Lazarett behandelte die Schwerverletzten, welche von der Front evakuiert wurden, und die Schwerkranken aus den anderen Krankenhäusern der Stadt. Im Juli 1917 wurde das Krankenhaus in eine Nervenheilanstalt umgewandelt.⁹⁰³

Die schlesische Landesregierung hatte sich bereits Ende 1914 mit der Bitte an die Schweiz gewandt, Ärzte zur Verfügung zu stellen. So kamen zahlreiche Schweizer Ärzte in die österreichisch-ungarischen Lazarette und man beschäftigte dort auch weibliches Pflegepersonal aus der Schweiz.⁹⁰⁴ Unter den Ärzten waren J. Ledergerber und Fritz Zollinger. Vom Februar 1915 bis Juni 1916 waren sie in den Lazaretten Bielitz und Dzieditz eingesetzt. Die österreichisch-ungarische Armee richtete in Troppau, Bielitz, Dzieditz und Jägerndorf für die von der Front heimkehrenden Soldaten Quarantänelager ein, um die Zivilbevölkerung vor der Verschleppung von Infektionskrankheiten zu schützen. Hier wurden der zuvor schon erwähnte Franchino Rusca, Richard Scherb, Dr. Schuster aus Zofingen, Dr. Steffen aus Aarau, Dr. Born, Dr. Baumann und Dr. Häberlin aus Zürich, Dr. Pilossian und Dr. Gelpke aus Liestal, Dr. Mahnung aus Altstätten und Dr. des Lingneris aus Bern tätig.⁹⁰⁵ Die Patienten blieben dort nur fünf Tage und musste dann weitertransportiert werden. Während der Durchbrüche der österreichischen Armee wurden dort bis zu 25 Operationen pro Tag durchgeführt. Die meisten waren Notoperationen, welche sich gegen die Infektionen oder Blutungen richteten. Mit dem Vorrücken der Front wurden Bielitz und Dzieditz Hinterlandspitäler und die Behandlungsweise veränderte sich. Die Patienten konnten nun länger stationär behandelt werden, man konnte nun Gewebeerletzungen intensiver behandeln und auch Operationen an den Knochen durchführen.⁹⁰⁶ Die Ausstattung der Lazarette und der Operationssäle wurde als sehr gut beschrieben. Benötigtes Material war in der Regel in ausreichendem Maße vorhanden, wurde geliefert oder es wurden Ersatzstoffe zur Verfügung gestellt.

903 Bourcart: Quelques observations recueillies au cours de trois années de chirurgie de guerre, à Lyon de 1914 à 1917, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 19/21 (1919), S. 405-422.

904 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen; ebd. 16/22 (1916), S. 515-523, S. 516, S. 518; *NZZ* 136, Nr. 1045 vom 12. August 1915, *Schweizerärzte für Schlesien*.

905 Rusca: Aus dem Militär-Barackenspital der K.u.K. Militär-Sanitätsstation Jägerndorf, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/21 (1915), S. 663-666; *Schweizer Illustrierte Zeitung*, No. 46 vom 11. November 1916, S. 698; *NZZ* 137, Nr. 8 vom 3. Januar 1916.

906 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 16/22 (1916), S. 515-523, S. 519f.

Behandelt wurden dort zudem auch russische Kriegsgefangene, die bezüglich der Verpflegung und der Krankenpflege den Österreichern gleichgestellt waren.⁹⁰⁷ Ledergerber und Zollinger waren zunächst als Abteilungsärzte und später als Chefchirurgen eingesetzt.

Dabei waren sie unter verschiedenen Chefchirurgen, darunter auch Friedrich Steinmann, tätig, die ihre jeweiligen Ansichten über die Behandlung mitbrachten und ihre bevorzugte Methode anwendeten. Daher war es für die beiden möglich, verschiedene Arten der Behandlung zu sehen.⁹⁰⁸

Friedrich Steinmann, zur Zeit des Ersten Weltkrieges Privatdozent in Bern und der Erfinder der *Steinmann'schen Nagelextension*, sprach auf der Tagung *Verhandlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie* am 4. März 1916 über *Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten*. Bei seinem Vortrag stütze er sich auf Röntgenbilder, welche Dr. Nigst bei seinem viermonatigen Aufenthalt im Lazarett I in Straßburg zusammengestellt und 1915 im *Medizinisch-pharmazeutischen Bezirksverein Bern* demonstriert hatte.⁹⁰⁹ Steinmann berichtete über den schweren Verlauf von Extremitätenfrakturen in Kriegslazaretten und Etappenspitälern. Steinmann selbst war im September 1914 als Besucher in deutschen Lazaretten in Konstanz und konnte dort Operationen beiwohnen. Ende September 1914 reiste er zusammen mit Professor Guggisberg nach Nordfrankreich an die Front und besuchte dort Etappensanitätsanstalten und Reservelazarette des deutschen Westheeres. Im Frühjahr 1915 wurde ihm die Stelle eines Leiters und Chefchirurgen in einem 2000 Betten zählenden österreichischen Etappenspital angeboten. So war er von Mitte Mai bis Mitte Juni 1915 als Leiter der chirurgischen Abteilung in Bielitz tätig.⁹¹⁰

Charles Perrier aus Genf war fünf Monate in Chalon-sur-Saône. Er arbeitete auf Empfehlung von Professor Bard, der das temporäre Lazarett in La Ferté leitete, im Hôpital 2 in Chalon. Das Lazarett war in einem Waisenhaus untergebracht und hatte 85 Betten.

907 Ebd., S. 518, S. 520f.

908 Dies.: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkelschußfrakturen, in: *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 137/5-6 (1916), S. 437-454; dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/1 (1917), S. 10-19; dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/2 (1917), S. 33-49.

909 Nigst: Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 20. Mai 1915, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/43 (1915), S. 1371-1374.

910 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen (Schluss), S. 33; Steinmann, Friedrich: Kriegschirurgische Betrachtungen aus dem gegenwärtigen Kriege, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 16/11 (1916), S. 201-209.

Wenige Tage nach seiner Ankunft wechselte er in ein Hilfslazarett des Roten Kreuzes, welches in einer Mädchenschule untergebracht war und 80 Betten umfasste. Dort war er für den Bereich der Schwerverletzten zuständig, welche 48 Betten belegten. Nach kurzer Zeit wurde Perrier zum beratenden Chirurgen für alle Militärkrankenhäuser in Chalon ernannt.⁹¹¹

Placide Nicod aus Lausanne war während des gesamten Ersten Weltkrieges immer wieder als Chefchirurg im Reservelazarett 201 in Valence tätig. Nicod reiste insgesamt 78 Mal nach Frankreich und blieb meist für sechs bis zehn Tage.⁹¹²

Prof. Dr. Landau aus Bern war mehr als zwei Jahre in französischen Lazaretten als Neurologe tätig. Er beobachtete dort etwa 8000 neurologische Patienten.⁹¹³

Dr. Grounauer arbeitete in einem Militärkrankenhaus in Châlons-sur-Marne. Zum Zeitpunkt seiner Tätigkeit lag es etwa 20 Kilometer von der Front entfernt.⁹¹⁴

Dr. Reinbold aus Lausanne war in Frankreich als Chefchirurg in einem Lazarett des 5. Regiments tätig. Dort machte er Erfahrungen mit der Sonnenbehandlung von Kriegswunden, über die er ausführlich berichtete. Weitere wichtige Erfahrungen sammelte er bei der Behandlung von Gelenks- und Schussverletzungen.⁹¹⁵

Dr. Cornioley aus Genf war von 1915 bis 1917 als Chirurg am Militärkrankenhaus Val de Grâce tätig. Von August bis September 1917 arbeitete er dann als Arzt in der A.S.A. in Luzern. Cornioley lernte in Frankreich die Behandlung mit der Wundspülungsmethode nach Carrel-Dakin, auf welche später noch eingegangen wird.⁹¹⁶

H. Vuillet aus Lausanne war in französischen Lazaretten in den vorderen Linien als beratender Chirurg und später als Chefchirurg eingesetzt. Er behandelte dort vor allem Patienten aus der direkten Frontlinie, die 24 bis 48 Stunden nach ihrer Verwundung eingeliefert wurden.⁹¹⁷

911 Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 35/7 (1915), S. 373-388.

912 Gross: Placide Nicod, S. 92ff.

913 Landau: Neuro-pathologische Kriegserfahrungen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 69/2 (1919), S. 33-47.

914 Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 35/12 (1915), S. 997-1014, S. 1013.

915 Reinbold: La cure solaire en chirurgie de Guerre, S. 893-905; Ders.: Société Vaudoise de Médecin. Sitzung vom 6. Mai 1916, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 36/8 (1916), S. 518-531, S. 526.

916 Cornioley: Aperçu du traitement des plaies de guerre par la méthode de Carrel-Dakin, in: Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitaetsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), Bd. 6, hrsg. von Hans Brun, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans, Zürich 1919, S. 437-458.

917 Vuillet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 16/12 (1916), S. 221-229, S. 221f.

Conrad Brunner machte ab November 1914 eine mehrwöchige Studienreise in deutsche Lazarette. Er besuchte die Lazarette in Karlsruhe, Koblenz, Köln, Bonn, Aachen und Trier.⁹¹⁸

Emil Looser aus Zürich wurde vom badischen Landesverein des Roten Kreuzes eingeladen und leitete als Chefarzt das Vereinslazarett in der Heidelberger Stadthalle mit 340 Betten.⁹¹⁹

Dr. Pachaud und Dr. Hug aus Lausanne sowie Dr. Kühne aus Genf waren ab September 1914, Dr. Tschieder aus Brig, Dr. Jeannert aus Lausanne und Dr. Châteleine ab November 1914, Dr. Ernst und Dr. Stempelberger ab 1915 im Auftrag des Roten Kreuzes in Serbien. 1915 mussten sie wegen ausbrechender Epidemien heimkehren. Tschieder, Ernst und Stempelberger starben während der Mission an Typhus. Die Ärzte berichteten alle von trostlosen Zuständen und Überbelegung in den Lazaretten.⁹²⁰

Dr. Deschwanden, der Chefarzt der Gotthardtruppe, wurde im Auftrag der Schweizer Armee nach Deutschland geschickt, um dort die Einrichtungen der Kriegslazarette zu studieren. Deschwanden besuchte Stuttgart und Tübingen.⁹²¹

Unter der Leitung von Sanitätsoberstleutnant Dersier verreiste eine zwölköpfige ärztliche Mission von Genf aus nach Frankreich, um dortige Krankenhäuser zu besuchen. Die Mission war Gast der französischen Behörden.⁹²²

Ende November 1915 begaben sich 22 schweizerische Militärärzte auf eine Reise nach Innsbruck, um die dortigen Militärspitäler und Universitätskliniken zu besuchen.⁹²³

Ebenfalls in Österreich tätig wurde Albert Jentzer, der in Linz in einem Militärkrankenhaus arbeitete. Er beschäftigte sich dort besonders mit Ober- und Unterschenkelfrakturen sowie Verletzungen der Wirbelsäule.⁹²⁴

E. Gay besuchte 1915 für zwei Monate das Rotkreuzkrankenhaus in Besançon, wo er als Chirurg arbeitete.⁹²⁵

918 Brunner: Ärztlicher Verein Münsterlingen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/7 (1915), S. 209-217.

919 *NZZ* 136, Nr. 81 vom 22. Januar 1915.

920 *NZZ* 136, Nr. 368 vom 29. März 1915, Nr. 413 vom 8. April 1915, Nr. 437 vom 13. April 1915.

921 *NZZ* 136, Nr. 353 vom 25. März 1915.

922 *NZZ* 136, Nr. 312 vom 17. März 1915.

923 Militärärztliche Studienreise nach Innsbruck, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/12 (1916), S. 353-367.

924 Jentzer: De la méthode serbo-croate pour réduire les fractures du fémur et de la jambe, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 35/8 (1915), S. 450-454.

925 Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, S. 312-322, S. 312.

Charles Pettavel aus Bern besuchte im Sommer 1916 für zwei Monate das Hôpital auxiliaire 112 in Lyon, wo er die Vertretung von Professor Julliard übernahm, der dieses Spital über ein Jahr geleitet hatte. Das Krankenhaus umfasste 250 Betten und wurde von der *L'Union des Femmes de France* geleitet. Da Pettavel der einzige Chirurg in diesem Spital war, ließ er zur Unterstützung den Medizinstudenten de Buman aus Fribourg zu sich kommen.⁹²⁶

Frederic Guyot aus Genf bereiste im Jahr 1916 französische, amerikanische, englische und belgische Sanitätseinrichtungen und Krankenhäuser. Er besuchte französische Einrichtungen wie das Militärkrankenhaus und die *Ecole dentaire* in Paris sowie zwei Hilfsspitäler, welche von Genfer Ärzten geleitet wurden. Zudem besuchte er französische Einrichtungen in Lyon, in Paris, im Val de Grâce und in Vimmereux. In Neuilly bekam er die Gelegenheit, eine amerikanische Ambulanz Einheit zu treffen. In Boulogne sur mer und Vimmeraux besuchte er englische Sanitätseinrichtungen, darunter auch eine motorisierte Ambulanz Einheit. Zuletzt führte ihn die Reise nach Calais, Naumur und Lüttich, wo er neben den belgischen Sanitätseinrichtungen auch die Gelegenheit hatte, Sanitätszüge zu besichtigen.⁹²⁷

Aldo Balli aus Locarno, der schon im Balkankrieg in bulgarischen Lazaretten tätig war, besuchte mit Ermächtigung des Militärdepartements 1916 italienische Lazarette.⁹²⁸

F. Naville, Privatdozent für Neurologie in Genf, arbeitete in Salins am Hôpital Saint André als Neurologe. Er beschäftigte sich dort mit Kriegshysterie und Kriegsneurosen.⁹²⁹

Sanitätsmajor Stamper aus Bülach besuchte deutsche Reservelazarette und begleitete Verwundetenaustauschzüge. Stamper sprach in Bülach bei einem Vortrag von seinen Erfahrungen, dabei vor allem über künstliche Glieder, plastische Rekonstruktion und die Organisation des deutschen Sanitätsdienstes.⁹³⁰

926 Julliard: Quelques remarques sur la chirurgie de guerre, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/22 (1916), S. 673-684; Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/11 (1916), S. 321-330; ders.: Société Médicale Neuchâteloise. Sitzung vom 4. November 1915, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 36/3 (1916), S. 168-171.

927 Guyot: Vereinigung Schweizerischer Hals- und Ohrenärzte. IV. Hauptversammlung am 25. Juni 1916, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/37 (1916), S. 1171-1181.

928 *NZZ* 137, Nr. 413 vom 16 März 1916.

929 Odier: Etude de psychologie de guerre à propos de la „camptocormie“, S. 841-853.

930 *NZZ* 137, Nr. 501 vom 30. März 1916.

Der Psychiater und Psychoanalytiker Charles Odier aus Genf war Assistent am Militärhospital in *Villejuif (Seine)* und an der *Salpêtrière* in Paris und beschäftigte sich dort auch mit Kriegspychosen.⁹³¹

Durch Vermittlung von Dr. Widmer aus Valmont sur Territet gelang es 1917, eine Abordnung von zwei Schweizer Ärzten in das belgische Lazarett in La Panne zu schicken, um sich dort mit den Drainagemethoden nach Carrel vertraut zu machen, die es ermöglichte, starke Infektionen zu behandeln.⁹³²

M. Testaz besuchte die Klinik von Carrel in Compiègne und lernte dort dessen Methode der Wundspülung kennen.⁹³³

Ernst Hockenjos (1872-1949) war Zahnarzt und zur Zeit des Ersten Weltkrieges an der Universität Basel tätig, an welcher er von 1924 bis 1945 Professor für Zahnheilkunde war. Hockenjos war von 1922 bis 1935 Inspektor des Zahnärztlichen Dienstes der Schweizer Armee und hatte 1916 deutsche Kieferlazarette in Berlin und Düsseldorf besucht.⁹³⁴

Giovanni Ambrogio Stoppany (1868-1945) war ebenfalls Zahnarzt. Nach einem Studium in Zürich, Philadelphia und Paris arbeitete er zunächst in Zürich. Ab 1898 war er dann als Dozent in Zürich tätig und setzte 1913/14 das Habilitationsrecht für Zahnärzte durch. Von September bis Dezember 1914 war Stoppany auf Einladung von Professor Oscar Römer in der Kieferstation IA des Festungslazaretts Straßburg tätig.⁹³⁵

Im Januar 1916 gab es eine erneute Anfrage aus Schlesien; man beabsichtigte Dr. Bangerter aus Biel, Dr. Zurlinden und Dr. Pilossian aus Liestal und Dr. Messerli aus Bern für die Kriegsdauer anzustellen. Dieses Gesuch wurde jedoch abgelehnt, da man den Ärzten nur Auslandsurlaub für die Pikettstellung erteilen konnte, so dass diese im Falle einer Mobilmachung sofort zurückbeordert werden konnten.⁹³⁶

931 Odier: Etude de psychologie de guerre à propos de la „camptocormie“ (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 69/24 (1919), S. 882-895; ebd.: Etude de psychologie de guerre à propos de la „camptocormie“, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 69/23 (1919), S. 841-853.

932 BAR 2001 (A) 693.

933 Testaz: Société Vaudoise de Médecin, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 35/4 (1915), S. 245-260.

934 Spreng: Ernst Hockenjos 1872-1949, S. 334ff.; Hockenjos: Medizinische Gesellschaft Basel. Sitzung vom 18. Januar 1917, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/24 (1917), S. 775-777.

935 Caldara: Giovanni Ambrogio Stoppany 1868-1945.

936 BAR E 2001 (A) 693: Brief der k.u.k. Österreichisch-Ungarischen Gesandtschaft in der Schweiz an den Bundesrat vom 26. Januar 1916.

Weitere Anfragen, unter anderem von Montenegro und Niederländisch-Indien, mussten ebenfalls abgelehnt werden, da die Ärzte in der Schweiz selbst gebraucht wurden.⁹³⁷

Für die Ärzte gab es von der Armeeleitung zu Beginn des Krieges ein Verbot, über ihre Erlebnisse zu berichten:

»Beobachtungen schweizerischer Ärzte, die von den kriegführenden Staaten zur Beihilfe auf dem Kriegsschauplatz oder in die rückwärtigen Verbindungen gerufen werden, dürfen nach Mitteilungen der Nachrichtensektion des Armeestabes nicht veröffentlicht werden. Es ist auch nicht gestattet, solche Ärzte zu journalistischen Zwecken zu interviewen.«⁹³⁸

Den Zweck der Reisen in ausländische Lazarette beschrieb Armeearzt Oberst Hauser in einem ausführlichen Bericht über das Schweizer Armeesaniätswesen folgendermaßen:

»Die Schweiz ist bis jetzt vom Krieg verschont geblieben. Das bedeutet für uns nicht, dass wir die Hände in den Schoß legen, oder auch nur, dass wir das Ende des Krieges abwarten dürfen, um die in diesem Kriege gemachten Erfahrungen zu verwerten; wir müssen im Gegenteil fortwährend, soviel wir können Erfahrungen sammeln und in unserem Sanitätswesen verwenden.«⁹³⁹

Der Chirurg Friedrich Steinmann sah die Aufgabe ähnlich:

»Es gibt wirklich eine Kriegschirurgie, denn erstens sind die Schussverletzungen prinzipiell anders geartete Verletzungen als die Großzahl der Verletzungen in der Friedenspraxis.«⁹⁴⁰

Aber Steinmann machte bezüglich der Auswahl der für einen Auslandseinsatz geeigneten Ärzte einige Einschränkungen:

»Ein Staat, wie unsere Schweiz, sollte deshalb hauptsächlich dafür sorgen, dass seine ausgebildeten Chirurgen und besonders diejenigen mit genügenden theoretischen Kenntnissen der Schussmechanik und Geschosswirkung die gegenwärtige Gelegenheit zur praktischen Weiterbildung in der Kriegschirurgie durch Abkommandierung ins Ausland ausnützen könnten. Das wäre viel wichtiger, als wenn eine noch so grosse Zahl theoretisch nicht vorgebildeter Ärzte ins Ausland reisen oder daselbst wirken; denn ohne theoretische Basis, besonders in der Geschosswirkung, wird einer vom Arbeiten im Kriegsspital während kurzer Zeit nicht sehr viel Gewinn davontragen, fehlt ihm doch das innere lebendige Interesse an den behandelten Verletzungen. Die verschiedenen Schussverletzungen präsentieren sich ihm als etwas mehr oder weniger eiternde Wunden, während für den in der Lehre der Geschosswirkung bewanderten Chirurgen jeder, auch der leichteste Fall, gewissermaßen ein Problem darstellt mit der Frage, ob die eruierbare Anamnese (Distanz, Richtung, Art des Geschosses) mit dem vorhandenen Verletzungsbild übereinstimmt. [...]

937 Ebd.

938 *NZZ* 135, Nr. 1245 vom 21. August 1914.

939 Hauser: *Lehren des Weltkrieges für unser Armeesaniätswesen*, S. 1441.

940 Steinmann: *Kriegschirurgische Betrachtungen aus dem gegenwärtigen Kriege*, S. 204.

Der theoretisch durchgebildete Kriegschirurg wird auch in den meisten Fällen aus der eruierbaren Anamnese und dem objektiven Befund sofort die Größe der mechanischen Läsion (molekulare Gewebsschädigung durch Seitenwirkung) abschätzen können, welche für die Prognose der Verletzung und deren Behandlung von außerordentlicher Wichtigkeit ist.«⁹⁴¹

Steinmann sah zudem aufgrund seiner Erfahrungen bei der Organisation der Kriegschirurgie Verbesserungsbedarf:

»Ich habe in Deutschland gesehen, was die Organisation auch in der Improvisation, auf die wir im Krieg zum großen Teil angewiesen sind, zu leisten vermag; ich habe gesehen, wie aus Schulhäusern, Seminarien, Versammlungshäusern usw. schmucke Spitäler mit prächtigen Operationssälen entstanden waren. Das von mir geleitete Barackenspital in Österreich war während des Winters 1914/15 auf freiem Felde erbaut worden als eine kleine Barackenstadt, die bei voller Besetzung, mit dem Personal gegen 2500 Einwohner zählte. [...] Und dennoch habe ich dort die Erfahrung gemacht, dass die glänzendste Improvisation durchwegs den ständigen Spitalanstalten bei weitem nicht ebenbürtig ist, besonders nicht ebenbürtig ist, was die spezielle chirurgische Einrichtung anbetrifft. [...] Ich habe mir daraus den Schluss abstrahiert, dass die Schweiz sich bei ihren Improvisationen von Militärspitälern durchaus an bestehende Spitäler, deren wir ja eine große Menge überall im Lande herum verstreut vorfinden, halten sollte. Stets sollte die bestehende Spitaleinrichtung für die chirurgische Abteilung der Militär-sanitätsanstalt benutzt werden. Auch die chirurgische Einrichtung eines besseren Bezirksspitals ist gewöhnlich an Leistungsfähigkeit dem überlegen, was uns eine noch so geniale Improvisation bieten kann. Für den Soldaten ist nur das Beste gut genug.«⁹⁴²

Hermann Matti ging 1939 mit Blick auf seine Erfahrungen während des Ersten Weltkrieges noch einen Schritt weiter und unterschied die Kriegschirurgie in den Lazaretten von der Feldchirurgie:

»Die Feldchirurgie ist Kriegschirurgie mit den durch die besonderen Verhältnisse der Front, insbesondere der taktischen und strategischen Gefechtslage bedingten Modifikationen. Die Tätigkeit des Feldchirurgen ist naturgemäß abhängig von den Weisungen der in engem Kontakt mit dem zuständigen Kommando disponierenden Sanitätsoffiziere, die in erster Linie die zwingenden Gegebenheiten von Ort und Zeit und vor allem die Transportfrage zu berücksichtigen haben. [...] Die Feldchirurgie ist somit im Wesentlichen die Chirurgie der ersten Hilfeleistung und der ersten Wundversorgung im Bereiche des Kampfraumes; sie umfasst ferner die Sichtung der Verwundeten (Triage), ihre Versorgung für den Transport und im Weiteren ihre definitive chirurgische Behandlung, soweit sie sich namentlich im Rahmen der Feldspitäler durchführen lässt.«⁹⁴³

Die weitere tatsächliche Behandlung, welche über Erste-Hilfe-Maßnahmen und Notoperationen hinausging, konnte erst im rückwärtigen Raum erfolgen.

941 Ebd., S. 207.

942 Ebd., S. 208f.

943 Matti: Vorlesungen über Kriegschirurgie, Leipzig 1939, S. 9.

9. Erfahrungen von Schweizer Ärzten in ausländischen Lazaretten und die Kriegschirurgie und Kriegsorthopädie im Internierungsdienst

Die meisten Schweizer Kriegschirurgen beschrieben die von ihnen durchgeführten Wundbehandlungen ausführlich. Die Schlussfolgerung von Hermann Matti, aber auch von J. Ledergerber und Friedrich Zollinger war, dass der Erste Weltkrieg – anders als in der von Bergmann aufgestellten These, welche besagte, dass eine kleinkalibrige Schusswunde primär steril und jede Infektion sekundär sei, und dass deshalb der erste Verband über das Schicksal einer Wunde entscheide⁹⁴⁴ – eine »ungeheure Anzahl infizierter, mit erheblicher Eiterung und unter dem Bilde schwerster Infektion verlaufender Schusswunden« erzeugte.⁹⁴⁵ Diese Meinung teilten auch Brun, Rusca, Sauerbruch, Steinmann, Zangger, Descoedres, Vuillet und Perrier.⁹⁴⁶

Die Infektionen waren hauptsächlich durch indirekte Verletzungen von Querschlägern und Artilleriegeschossen bedingt. Matti, Brun, Kocher, Perrier und auch Rusca gingen daher davon aus, dass dies einerseits durch die stark beschmutzten Kleidungsstücke, von welchen Teile mit in die Wunden gerissen wurden, andererseits durch Erde, welche von Geschossen in die Wunde getragen wurde, herrührte.⁹⁴⁷ Eine weitere Beobachtung, die von allen Ärzten in den Lazaretten gemacht wurde, war, dass bei feuchter Witterung die Infektionsgefahr deutlich höher war als bei schönem Wetter. Die Kälte wirkte schädigend auf das Gewebe und vermehrte die Infektionsmöglichkeiten durch schlechtere Hygiene und durch die veränderte, den klimatischen Bedingungen angepasste, Kleidung mit Fellen und Decken.

944 Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, S. 786.

945 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 16/24 (1916), S. 559-571, S. 564; Matti: Vorlesungen über Kriegschirurgie, S. 18.

946 Descoedres: Société Médicale Neuchâteloise. Sitzung vom 9. Mai 1917, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 38/3 (1917), S. 207ff.; Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 373f.; Rusca: Aus dem Militär-Barackenspital der k.u.k. Militär-Sanitätsstation Jägerndorf; Sauerbruch: Kriegschirurgische Erfahrungen. Übersichtsreferat mit besonderer Berücksichtigung der Thorax- und Abdominalschüsse, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42 (1916), S. 1315ff.; Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42 (1916), S. 1359ff.; Vuillet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, S. 228; Zangger: Über Katastrophenmedizin (II. Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/21 (1915), S. 657ff.

947 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, in: *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 133/5-6 (1915), S. 593-616, S. 594; Kocher: Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/15 (1915), S. 449-479, S. 451; Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 565; Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 376; Rusca: Aus dem Militär-Barackenspital der k.u.k. Militär-Sanitätsstation Jägerndorf, S. 665.

Zudem trockneten bei niedrigeren Temperaturen Wundsekrete schlechter ein, so gelangten mehr Dreck und Bakterien in die Wunde. Bereits granulierten Wunden weichten durch die Feuchtigkeit wieder auf und der Schorf an der Oberfläche konnte aufbrechen.⁹⁴⁸

Diese Beobachtung machten Rusca, Stierlin und Vischer schon im Balkankrieg.⁹⁴⁹ Ledergerber und Zollinger stellten fest, dass die schwersten und langwierigsten Infektionen in ihrem Lazarett im Frühling 1916 auftraten.

Sie führten dies auf eine verminderte Abwehrkraft der Patienten durch die lange Kriegsdauer zurück. In den heißen Monaten dagegen konnten sich unter den Verbänden Maden einnisten.⁹⁵⁰ Begünstigt wurde eine Infektion durch eine lange Wartezeit auf Erste Hilfe oder den Abtransport. Mitunter blieben Verletzte oft bis zu einem ganzen Tag im Schützengraben liegen, bevor sie abtransportiert werden konnten. Hinzu kamen Fehler bei der ersten Wundversorgung durch mangelnde Hygiene oder fehlende, aber auch falsche Fixation von Schussverletzungen. Artillerieverletzungen waren durch die hohen Quetschwirkungen und die großflächigen Schädigungen des Gewebes sowie das Hereintragen von Erde bis tief in die Wundhöhle ohnehin problematisch.⁹⁵¹ Hans Brun, Charles Pettavel, Charles Perrier und H. Vulliet sahen den Genesungsverlauf einer Wunde vom ersten Verband abhängig und nicht nur von einer Bedeckung der Wunde, »sondern auch eine[r] wirklich suffizente[n] Immobilisation, und zwar [der] Immobilisation im weitesten Sinne des Wortes«. ⁹⁵² Wichtig war dabei für Perrier und Vulliet besonders auch die Zeitspanne von der Verwundung bis zum ersten Verband.⁹⁵³ Dabei musste man nach Perrier nicht nur die Knochenverletzungen schießen, sondern auch Weichteilverletzungen, speziell im Hinblick auf einen langen Transport.⁹⁵⁴

948 Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 376; Rusca: Aus dem Militär-Barackenspital der k.u.k. Militär-Sanitätsstation Jägerndorf, S. 665.

949 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, S. 1697; Stierlin/Vischer: Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege 1912 bis 1913, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/10 (1915), S. 318-320.

950 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 566.

951 Ebd., S. 564ff.; Matti: Kriegschirurgische Beobachtungen und Erfahrungen (Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/26 (1915), S. 801-818, S. 801; ders.: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/25 (1915), S. 769-789, S. 788f.

952 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 602; Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 373; Pettavel: Société Médicale Neuchâteloise. Sitzung vom 4. November 1915, S. 170; Vulliet: La Chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 16/14 (1916), S. 261-268, S. 263.

953 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 602; Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 373; Pettavel: Société Médicale Neuchâteloise. Sitzung vom 4. November 1915, S. 170; Vulliet: La Chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 16/14 (1916), S. 261-268, S. 263.

954 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 603.

Darüber hinaus bestand bei allen Patienten die Gefahr, dass eine bereits abgeklungene Infektion nach einer Reoperation oder Amputation erneut aufflackern konnte.⁹⁵⁵ Zudem bestand jederzeit die Gefahr einer septischen Thrombose oder einer septischen Nachblutung, die sehr rasch zum Tod des Patienten führen konnten.⁹⁵⁶ Steinmann führte die septische Nachblutung vor allem auf ungenügende Fixation zurück. Der Beweis war für ihn der Rückgang nach der Einführung einer konsequenten Fixation mit Schienen- und Schienenbrückengipsverbänden.⁹⁵⁷

Aber auch durch die Entfernung von Geschossen bei an sich gesunden Patienten kam es durch schlechte Antisepsis oder durch die Operation von septischen und aseptischen Patienten im selben Operationsraum zu Infektionen.

»Ich habe einer zur Kugelentfernung ausgeführten Trepanation beigewohnt in einem Operationsaal, wo kurz vorher ein Oberarm wegen Gasphegmone amputiert worden war. Das temporär entfernte Schädelstück, welches unglücklicherweise auf den Boden fiel, wurde nach Abschwenken in physiologischer Kochsalzlösung wieder eingesetzt.«⁹⁵⁸

Clement sagte, dass es theoretisch möglich war, eine Verletzung innerhalb der ersten Stunden zu operieren, da die Infektionserreger noch nicht in Aktion traten. Wurde die Wunde indes zu spät versorgt und verschlossen, wurde die Infektion dadurch aber noch verschlimmert.⁹⁵⁹

Alle Schweizer Ärzte in den Lazaretten gingen daher davon aus, »dass die Infektion in diesem Krieg das Bild beherrscht«.⁹⁶⁰

Die Wundbehandlung im Feld wurde in unterschiedlichen Stationen vorgenommen. Im deutschen Heer fand die erste in den vorderen Sanitätshilfslinien statt. Hier wurde der Truppen-sanitätsdienst aktiv. Man verband die Verletzten provisorisch mit einem Verbandpäckchen, transportierte sie aus den Gefechtslinien ab und brachte sie zu den Truppenverbandplätzen.⁹⁶¹

955 Matti: Vorlesungen über Kriegschirurgie, S. 18ff.

956 Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, S. 226.

957 Steinmann: Kriegschirurgische Betrachtungen aus dem gegenwärtigen Kriege, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 16/11, S. 201-209, S. 205f.

958 Ebd., S. 202.

959 Clément: Société de Médecine du Canton de Fribourg, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 37/4 (1916), S. 230-231.

960 Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, S. 787.

961 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 566; Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, S. 771.

Die französischen Soldaten bekamen nach ihrer Verwundung zunächst von einem Sanitätssoldaten oder einem Kameraden den ersten Verband mittels des individuellen Verbandpäckchens angelegt.

»Das französische Verbandpäckchen besitzt eine äußere weiche Leinwandhülle, dazu eine zweite Schicht aus impermeablem Stoff. Es enthält einen Wattetampon von 8:10 cm, eine Gazekompressen von 30:40 cm und eine Leinwandbinde von 4 m Länge und 5 cm Breite.«⁹⁶²

Sauerbruch kritisierte den deutschen Sanitätsdienst in den vordersten Linien. Seine Erfahrungen waren, dass die Vorbereitung und Organisation des Sanitätsdienstes unzureichend war und schon in den ersten Tagen des Krieges ins Schleudern geriet. Er bekräftigte zudem mehrfach die Notwendigkeit eines funktionierenden Transportes des Verwundeten von der Front und den knapp dahinterliegenden Verbandplätzen in die rückwärtigen Lazarette, die keinem Beschuss ausgesetzt waren. Steinmann kritisierte vor allem die Kompetenzverteilung innerhalb der Lazarette, so waren seiner Meinung nach die falschen Ärzte in den Lazaretten tätig. Viele deutsche Ärzte hatten in Friedenszeiten Verträge mit Militärbehörden abgeschlossen, welche dem Vertragsarzt freie Behandlung garantierten. »Das hat zur Folge, dass eine ganze Reihe von Ärzten sich als Kriegschirurgen aufspielen, deren Vorbildung sie nicht im geringsten dazu befähigt.«⁹⁶³

Rusca und auch Steinmann beschrieben den österreichischen Sanitätsdienst als gut funktionierend:

»Die Verwundeten wurden prompt vom Sanitätspersonal entweder in der Feuerlinie oder in der nächsten Deckung verbunden; die Verbandplätze und die Spitäler scheinen sehr gut zu funktionieren, tüchtige Chirurgen fehlen dort nicht; es wird nicht sondiert, nicht drainiert, nicht tamponiert; die Behandlung entspricht den Postulaten der modernen Kriegschirurgie. Der Abtransport der Verwundeten kann auch als gut bezeichnet werden, obwohl die klimatischen und Terrainverhältnisse hie und da an denselben enorme Anforderungen stellen.«⁹⁶⁴

Auch die Kompetenzverteilung in den österreichischen Lazaretten war für Steinmann besser geregelt als in Deutschland:

»Ich hatte Gelegenheit, als Leiter und Chefchirurg des k.k. Militärbarackenspitals Bielitz, auch das Gegenteil, das System einer zentralisierten ärztlichen Leitung, kennen zu lernen. Das Spital war von der österreichisch-schlesischen Landesregierung errichtet und funktionierte als Etappenspital. [...]

962 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 322.

963 Steinmann: Kriegschirurgische Betrachtungen aus dem gegenwärtigen Kriege, S. 202.

964 Rusca: Aus dem Militär-Barackenspital der k.u.k. Militär-Sanitätsstation Jägerndorf, S. 665.

Der ganze Chirurgische Bereich stand aber unter der Leitung des Chefchirurgen, der in allen medizinischen Fragen, also punkto Indikationsstellung und operative Eingriffe, die oberste Instanz darstellte.«⁹⁶⁵

Steinmann empfahl eine ausgedehnte Bekämpfung der Infektion erst in den rückwärtigen Lazaretten. Matti befürwortete, dass man operative Eingriffe in der vorderen Linie, einschließlich der ambulanten Feldlazarette, unterlassen solle. Aufgabe des Arztes war es hier, einen schützenden Deckverband anzulegen, um die Wunden vor weiteren Infektionen zu bewahren und für eine stabile Lagerung zu sorgen.⁹⁶⁶ Matti sah in der Ersten Hilfe und dem Transport der Verletzten den Grund für die hohen Infektionsraten:

»Die gewaltigen Kampfhandlungen brachten in wenigen Tagen eine so unerhörte Anzahl von Verwundeten, dass auch der bestorganisierte Sanitätsdienst der Aufgabe schlechterdings nicht mehr gewachsen war. Viele Verletzte wurden erst nach tagelangem Herumliegen auf dem Schlachtfeld aufgefunden und sachgemäßer Behandlung zugeführt, und damit war das Schicksal der Verletzungen bereits entschieden. [...] Nun wurden allerdings bei vielen Verwundeten schon auf dem Schlachtfeld Verbände mit dem individuellen Verbandpäckchen angelegt. [...] Zudem ist mit einem Verbandpäckchen eine Schussfraktur noch nicht genügend versorgt. [...] Ferner kam dazu die Tatsache, auf die mich ein in einem Feldlazarett tätig gewesener Stabsarzt aufmerksam machte: Die Straßen waren in den heißen Augusttagen so staubig, dass sich bei den in großen Automobilen zurücktransportierten Verwundeten eine Staubschicht zwischen Stärkekleister- oder Gipsverband und Haut ablagerte.«⁹⁶⁷

Franchino Rusca berichtete:

»Die Verwundeten kommen mittelst Sanitäts-Zügen meistens direkt von der Front zu uns; soweit ihre Verletzung es gestattet, tragen sie noch die Uniform aber keine Waffen mehr. Einige haben Verwundeten-Zettel bei sich, andere nicht; derselbe wird verschieden getragen, entweder wird er in die Mütze gesteckt oder an einem Knopf der Blouse angehängt, oder im Portemonnaie versorgt. Sehr praktisch hat sich bei Frakturen das Schreiben der Diagnose auf den Fixationsverbänden erwiesen.«⁹⁶⁸

Erst in den rückwärtiger gelegenen Spitallinien, den Etappenspitälern,

»muss die mechanische Antisepsis zur Hilfe genommen werden in Form der möglichst schonenden Eröffnung durch Spaltung, Entfernung vollständig gelöster Splitter, Abtragung nekrotisierter oder zerfetzter Gewebsteile, eventuell verbunden mit erneuter chemisch-antiseptischer Behandlung (Jodtinktur, Wasserstoffsperoxyd, resp. Perhydrol, Perubalsam etc.), und ganz besonders in Form der Schaffung genügenden Abflusses durch lose Jodoformgazetamponade oder Drains, Wundsperrer usw. Zu wünschen wäre auch das Durchblasen von Sauerstoff oder Luft durch die Frakturstelle [...].«⁹⁶⁹

965 Steinmann: *Kriegschirurgische Betrachtungen aus dem gegenwärtigen Kriege*, S. 203.

966 Matti: *Kriegschirurgische Beobachtungen und Erfahrungen (Fortsetzung)*, S. 802.

967 Matti: *Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen*, S. 787f.

968 Rusca: *Aus dem Militär-Barackenspital der k.u.k. Militär-Sanitätsstation Jägerndorf*, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/21, S. 663-666, S. 664.

969 Steinmann: *Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten*, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42 (1916), S. 1359-1404, S. 1394.

Auf französischer Seite erfolgte die zweite Hilfe der Verwundeten im *Poste de secours*, einem in oder sehr nahe hinter der Feuerlinie eingerichteten Verbandplatz. Von dort aus wurden die Verwundeten je nach Schwere ihrer Verletzung zu Fuß oder per Wagen zu den *Ambulances divisionnaires* oder einer *Gare d'évacuation*, einer Austauschstation, weitertransportiert.⁹⁷⁰ Dieser Abtransport in die hinteren Spitallinien führte auf deutscher und österreichischer Seite in die Feldlazarette und Kriegslazarette, auf französischer Seite in die *Ambulances divisionnaires*. Diese konnte man schon als ein ständiges Spital bezeichnen, denn hier wurden verschiedene chirurgische Eingriffe wie Trepanationen, Amputationen, Resektionen, Gefäßligaturen und Ähnliches vorgenommen.⁹⁷¹ Wichtig war in all diesen Lazaretten eine Trennung von septischem und aseptischem Material, wenn man aseptisch operieren wollte. Ansonsten drohten innerhalb kürzester Zeit eitrige Verletzungen.⁹⁷²

Trat trotz aller Vorsorgemaßnahmen dennoch eine Infektion auf, war mit antiseptischen Mitteln zu behandeln. Hans Brun, J. Ledergerber, Friedrich Zollinger und auch H. Peyer empfahlen eine Reinigung mit Benzin und Jodtinkuranstrich; zudem eine Spülung der infizierten Wunden mit Wasserstoffsuperoxidlösungen, ausgiebiger Drainage und Perubalsam.⁹⁷³ Pettavel benutzte zur ersten Wundreinigung Äther oder Karbol und Anhydrol, ein flüssiges, Schwefelhydrid enthaltendes Präparat, welches vom Apotheker Schieß in Montreux hergestellt wurde.⁹⁷⁴ E. Gay berichtete aus französischen Lazaretten, dass die Wunden mit Sublimatlösung, Karbolsäure, Lysol, Lysoform, Permanganat, Pottasche, Natriumhydrochlorid, Magnesiumhydrochlorid oder Jodtinktur desinfiziert wurden.⁹⁷⁵ Theodor Kocher empfahl eine Bepinselung der Wunden mit Jodalkohol ohne vorgängige Reinigung, aber die Wunden wurden nur mit trockenem aseptischem Krüll belegt.

Nur bei »nekrotischem Belag und üblem Geruch wurde – ohne jegliche Spülung – in die Wunden mit Wasserstoffsuperoxid getränkter Mullkrüll locker eingelegt«.⁹⁷⁶ Julliard sprach sich für den von Lumière und Carrel eingeführten Paraffinverband (*»Tulle parafine«*) aus.

970 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 322f.

971 Ebd.

972 Julliard: Quelques remarques sur la chirurgie de guerre, S. 673-684, S. 673f.; Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 322.

973 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 598; Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 566; Peyer: Vereinsberichte. Medizinische Gesellschaft Basel, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/20 (1917), S. 649.

974 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 326.

975 Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 35/6 (1915), S. 312-322, S. 313, S. 313.

976 Kocher: Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, S. 451.

Dieser bestand aus einem sterilisierten weitmaschigen Seidentüllverband, der, wenn man ihn zur Anwendung brachte, mit sterilem flüssigem Paraffin überzogen wurde. Dies führte zu einer besseren Haftung des Verbandes auf großen blutenden Wunden.⁹⁷⁷ Dabei war jedoch stets darauf zu achten, dass man den Patienten durch eine zu hohe Konzentration der Lösungen nicht vergiftete.

Zudem galt:

»Weit wichtiger als die chemische Antisepsis ist bei der Behandlung der infizierten Schussfrakturen die mechanische. Dazu gehört die Maßregel, welche überhaupt einen der wichtigsten Faktoren in der Bekämpfung der Infektion und der Virulenz derselben darstellt, die Schaffung genügenden Abflusses. Sobald, trotz der Ruhigstellung der infizierten Schussfraktur, die bestehende Fiebertemperatur nicht abfällt, im Gegenteil noch höher steigt und sonst die allgemeinen und lokalen Zeichen virulenter Infektion nicht verschwinden, muss die bestehende Retention gehoben und genügender Abfluss geschaffen werden.«⁹⁷⁸

Dabei ist jedoch ein schonendes Vorgehen notwendig:

»Überhaupt hüte man sich vor einem Herumwühlen in der Frakturhöhle gemäß dem Grundsatz, dass für die infizierte Schussfraktur Ruhe das erste Erfordernis zur Heilung bedeutet. Außer der ungenügenden Fixation war eine sogenannte „Wundrevision“, welcher die ins Etappenspital anlangenden Schussfrakturen unterworfen wurden, ein Faktor in der Entstehung der obenerwähnten septischen Nachblutungen. Durch das Herumwühlen in der Wunde bei dieser „Wundrevision“, deren Zweck und Wesen mir eigentlich von keinem der Lazarettärzte klar umschrieben werden konnte, wurden sicherlich eine Anzahl ruhender Infektionen neu zum Aufflackern gebracht.«⁹⁷⁹

Dieser Ansicht waren neben Steinmann auch Paul Nigst, H. Vuillet, Ledergerber und Zollinger.⁹⁸⁰ Vuillet sprach sich dafür aus, dass man kleinere Granatsplitter in den größeren Muskeln nicht entferne, sondern abwarten solle, bis diese von selbst durch die Eiterung verschwanden oder sich lösten.⁹⁸¹ Nigst riet auch von einer Entfernung noch nicht gelöster Knochensplitter ab, da man so nur künstliche Defekte im Knochen schaffe und Material entferne, was bei einer Heilung »wertvolle Dienste«⁹⁸² leisten konnte.

977 Julliard: *Quelques remarques sur la chirurgie de guerre*; ebd. 66/22 (1916), S. 673-684, S. 677.

978 Steinmann: *Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten*, S. 1359-1404, S. 1397.

979 Ebd., S. 1397.

980 Ledergerber/Zollinger: *Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung)*, S. 568.

981 Vuillet: *La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant*, S. 228.

982 Nigst: *Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 20. Mai 1915*, S. 1373.

Auch war eine Entfernung von Projektilen nicht in jedem Falle notwendig. Falls eine Infektion diese doch erforderlich machte, sollte die Suche nur mit einem aussagekräftigen Röntgenbild vorgenommen werden, um die Wunde nicht unnötig zu irritieren.⁹⁸³

Eine weitere Ursache für Infektionen lag in einem unsachgemäßen Wechsel der Verbände.⁹⁸⁴ Perrier empfahl daher, die Verbände nicht wie in zivilen Krankenhäusern täglich zu wechseln, sondern länger verweilen zu lassen. Ein Verbandswechsel war notwendig, wenn der Verband feucht oder eitrig wurde, sowie in Fällen von Geruchsbildung oder bei einem plötzlichen Temperaturanstieg. Dies geschah einerseits, um die Wunde zu beruhigen, andererseits sparte dieses Vorgehen den Ärzten und Schwestern Arbeit und Verbandsmaterial.⁹⁸⁵ Ledergerber und Zollinger empfahlen das Liegenlassen der Verbände jedoch nur, wenn der Patient laufend unter ärztlicher Beobachtung stand.⁹⁸⁶ Gipsverbände bei Frakturen wechselten sie erstmals nach acht bis zehn Tagen, da bei einem gebrochenen Knochen hier noch korrigiert werden konnte.⁹⁸⁷ Bei Extensionsverbänden musste der Verbandswechsel mit einem Minimum an Bewegungen durchgeführt werden.⁹⁸⁸

Zur Infektionsverhütung wurde von den Ärzten in allen deutschen Lazaretten eine Injektion mit Tetanusserum verabreicht. Dies berichten Matti, Freisz, Naegeli, Steinmann und Arndt.⁹⁸⁹ Auch in der französischen Armee wurde jedem Verwundeten eine Tetanusantitoxinjektion verabreicht; durch diese Impfungen ging die Zahl der Tetanusfälle, die man in den ersten Kriegsmonaten zu beklagen hatte, deutlich zurück.⁹⁹⁰

Der Gasbrand (Gasgangrän, Gasödem, Gasphlegmone) trat während des Ersten Weltkrieges in gesteigerter Form auf, vor allem nach Artillerieverletzungen. Beim Gasbrand handelt es sich um eine Infektionskrankheit durch eine lokale Weichteilinfektion mit den Erregern *Bacillus phlegmones emphysematosae*, 1893 von Eugen Fränkel entdeckt und in der deutschen Literatur auch als *Fränkel'scher Gasbazillus* bekannt, *Granulosbacillus immobilis* und *Bacillus aerogenes capsulatus*, welcher 1892 von Welch und Nutall beschrieben wurde.

983 Reinbold: Société Vaudoise de Médecin. Sitzung vom 6. Mai 1916, S. 329f.; Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, S. 224.

984 Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, S. 788.

985 Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 382.

986 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 575.

987 Dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 17/23 (1917), S. 441-453, S. 448.

988 Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre); ebd. 16/13 (1916), S. 249-255, S. 250.

989 Freisz/Naegeli: Gesellschaft der Ärzte in Zürich, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/12 (1915), S. 372-380; Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, S. 780.

990 Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, S. 321; Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 327.

Dabei kann es auch zu Mischinfektionen mit mehreren Erregern, wie beispielsweise Streptokokken oder Staphylokokken, kommen.⁹⁹¹ Diese überall vorkommenden Gasbranderreger bilden unter anaeroben Bedingungen Sporen und haben eine Gashülle. Diese zersetzen die Muskulatur. Gasbrand bricht aus, wenn großflächige verschmutzte Wunden luftdicht verschlossen werden. Durch das ausgesonderte Gas und Exotoxine werden weitere Gewebe geschädigt, was dann einen erneuten Nährboden für den Erreger bietet.

Dabei ließen sich drei Formen unterscheiden: zum einen eine relativ gutartige, hauptsächlich oberflächlich lokalisierte Form, die sich durch eine teigige Schwellung, ein Ödem und eine zitronen-orangengelbe Verfärbung äußerte, welche sich später in kupferrot umwandelte. Diese Gasphegmone (*Phlegmon gazeuse*) ließ sich chirurgisch behandeln, beispielsweise durch Öffnung und Drainage der Wunde.⁹⁹²

Die andere Form des Gasbrandes (*Gangrene gazeuse*) nahm einen viel schwereren Verlauf. Der betroffene Patient zeigte ein schlechtes Allgemeinbefinden, das Gesicht hatte einen verfallenen Ausdruck und eine graugelbe Färbung. Der Puls war »elend, klein, jagend, die Atmung beschleunigt, oberflächlich«.⁹⁹³ Die Kranken waren oft schon früh teilnahmslos, schläfrig, wie leicht narkotisiert, dabei zittrig und in späteren Stadien dann unruhig. Die Verbände waren durchnässt von einer fleischwasserartigen, gelbrötlichen Flüssigkeit, die befallenen Extremitäten prall gespannt, in späteren Stadien blass, kalt und unempfindlich. Die Schussöffnungen waren zerfetzt und mit schmierigen Belägen versehen. Über den erkrankten Körperstellen war die Haut bronzefarben, dem Verlauf der Hauptvenen folgend verfärbte sich die Haut des Patienten gelblich bis kupferbraun, zitronengelb bis orangefarben mit kupferroten Streifen und Flecken. Zuletzt verfärbten sich die Flecken und Streifen und es kam zu einer Gangrän.⁹⁹⁴ Auffällig an den Wunden war ein Knistern, welches hör- und fühlbar war. Die befallene Wunde sonderte ein blutig-schwärzliches, schaumiges, faulig riechendes Sekret ab. Die Muskulatur war von grauroter Farbe.⁹⁹⁵

991 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/14 (1918), S. 438-454.

992 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 251f.; Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Fortsetzung) in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/15 (1918), S. 478-489, S. 482f.; Vulliet: La Chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, S. 263f.

993 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Fortsetzung), S. 479f.

994 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Fortsetzung), S. 479f.

995 Kocher: Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, S. 452f.

Das Gewebe selbst zeigte sich zerfallen und bröckelig, das Unterhautzellgewebe sulzig grün verfärbt, die Muskeln waren, sofern sie noch nicht in breiige, morsche, oft mit Knochensplintern gespickte Massen zerfallen waren, prall gespannt. Das Gewebe sah wie gekocht aus. Aus der Wunde liefen dünnflüssige mit Gasblasen vermischte Sekrete aus.⁹⁹⁶ Die Infektion trat sehr rasch auf, spätestens nach 32 Stunden zeigten sich die ersten Anzeichen.⁹⁹⁷

Die dritte Form wurde als *foudroyante Form* bezeichnet. Sie war gekennzeichnet durch einen äußerst raschen Verlauf. Meist waren nur das Unterhautzellgewebe und die Haut betroffen. Diese färbten sich rasch schwarz. Diese Form des Gasbrandes führte innerhalb der ersten 12 bis 48 Stunden zum Tod.⁹⁹⁸ Im Krieg trat der Gasbrand überwiegend bei Artillerieverletzungen auf. Besonders auch bei Verletzungen, die Körperhöhlen trafen, welche zersetzten oder zersetzungsgünstigen Inhalt hatten, wie Darm, Speiseröhre, Rachen, Blase und Urethra, oder als Folge von primärer Verunreinigung der Gewebe mit Fäkalien und verwandten Zersetzungsstoffen im Erdboden, wie beispielsweise in Schützengräben oder bei Granatsplintern, die zuerst den Boden berührten und dann in die Wunde gelangten.⁹⁹⁹ Paul Nigst beobachtete in Straßburg 82 Fälle von Gasbrand und verglich diese mit der damals aktuellen Forschungsliteratur. Ursache waren für ihn schwere mechanische Läsionen, verbunden mit hochgradigen Weichteil- und Knochenverletzungen, mit Höhlen- oder Taschenbildung und gestörter Versorgung durch verletzte Blutgefäße.¹⁰⁰⁰ Dabei spielte die Größe des Ein- und Ausschusses keine Rolle, dafür aber die Infektion durch Verschmutzung und die Gewebeschädigung.¹⁰⁰¹ Wichtig war auch die Bodenbeschaffenheit. Auf den sandigen Böden an der Ostfront kam es seltener zu Gasbrandfällen als in Belgien oder Frankreich, wo es sich überwiegend um Lehmboden handelte.¹⁰⁰²

»Ein nicht zu vernachlässigendes disponierendes Moment für die Entstehung namentlich maligner Fälle von Gasphlegmonen liegt ferner darin, dass die Verwundeten längere Zeit auf dem Schlachtfelde liegen blieben, indem während des oft stundenlangen Artilleriekampfes die Sanitätsformationen nicht herankommen konnten und die Verletzten infolgedessen Tage und Nächte lang eines Verbandes entbehrten. [...]

996 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphlegmonen) des Krieges (Fortsetzung), S. 479f.; Vulliet: La Chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, S. 264; ders.: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, S. 225.

997 Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, S. 225.

998 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 17/13 (1917), S. 247-255, S. 252f.; Vulliet: La Chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, S. 264.

999 Kocher: Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, S. 453.

1000 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphlegmonen) des Krieges, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/14 (1918), S. 438-454, S. 450.

1001 Ebd., S. 451.

1002 Ebd., S. 451.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich noch den Transport in den Lazarettzügen, wo die Frischverwundeten oft noch den ersten, vielleicht nicht genügend fixierenden Verband tragen und sich infolgedessen auf der langen Eisenbahnfahrt Phlegmonen rapide entwickeln.«¹⁰⁰³

Nigst stellte darüber hinaus bei seinen Patienten fest, dass der Gasbrand überwiegend an den Extremitäten auftrat. Dabei sehr viel häufiger an den Beinen als an den Armen. Dies lag zum einen an der stärkeren Verunreinigung der Beine durch Märsche oder dem Stehen im Schlamm, aber auch an den im Verhältnis größeren Muskeln, die im Falle einer Verletzung große Höhlen bilden konnten.¹⁰⁰⁴

Die Therapie des Gasbrandes unterschied sich nach Nigst in vier Arten:

1. chirurgisch
2. medikamentös
3. physikalisch
4. serologisch

Die chirurgische Behandlung war zunächst eine weitestgehende Freilegung und Entspannung der Wunde.

»In den meisten von uns behandelten Fällen genügten rücksichtslose Inzisionen durch Haut, Unterhautzellgewebe, Fascien und stumpfes Trennen der Muskulatur, bis alle von der Infektion befallenen Muskelinterstitien freigelegt waren und das Sekret freien Abfluss hatte. Dabei müssen faul und jauchig aussehende Muskelfetzen entfernt werden.«¹⁰⁰⁵

Sauerbruch, Vuillet, Ledergerber und Zollinger legten das ganze Verletzungsgebiet frei, alle veränderten Gewebe wurden mit Messer und Schere im Gesunden abgetragen; alle Fremdkörper entfernt, so dass eine reichlich blutende, von gesunder Muskulatur begrenzte Wunde entstand.¹⁰⁰⁶

Gay berichtete aus französischen Lazaretten, dass die Verletzungen auch mit dem Thermokauter ausgebrannt wurden.¹⁰⁰⁷ Die offene Wunde wurde von Nigst dann mit steriler Gaze locker belegt und mit einer offenen Wundbehandlung weiterbehandelt.¹⁰⁰⁸

1003 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges, S. 451f.

1004 Ebd., S. 453.

1005 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/15, S. 478-489, S. 485.

1006 Ledergerber/Zollinger: *Kriegschirurgische Erfahrungen*, S. 253; Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/16 (1918), S. 508-518, S. 511; Vuillet: *La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant*, S. 225.

1007 Gay: *Blessures et Chirurgie de Guerre*. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, S. 320.

Die medikamentöse Behandlung war das Spritzen von Sauerstoff aus einer Sauerstoffbombe direkt unter die Haut und in die Muskulatur oder das Ausfüllen der Wunde mit in Wasserstoffsuperoxid getränkter Gaze.¹⁰⁰⁹ Durch das anaerobe Verhalten der Erreger zeigten sich auch gute Erfolge bei der Sauerstoffbehandlung.¹⁰¹⁰

Die physikalische Behandlung bestand darin, die betroffene Extremität zu stauen, um ein Ausbreiten der Entzündung zu verhindern.

Die serologische Behandlung war das Injizieren von Antiserum. Diese Methode war allerdings zur Zeit des Ersten Weltkrieges noch nicht durchführbar, da sie noch nicht weit genug entwickelt war.¹⁰¹¹

Trat eine Verschlechterung oder eine Ausdehnung des Gasbrandes auf, so musste man rechtzeitig amputieren, um eine Sepsis zu verhindern.¹⁰¹² Nigst empfahl dazu die Amputation in einer Ebene mit Offenlassen der Wunde. Dadurch wurde die Bildung von Taschen verhindert. Die Weichteile wurden dann durch einen Gewichts-Extensionsverband verlängert, um sie über den Knochen zu ziehen.¹⁰¹³ Gay empfahl eine hohe Amputation, die entweder als »*taille en saucisson*« oder als »*taille économique*« bezeichnet wurde. Diese Variante hatte den Vorteil, dass man weit von der Verletzung entfernt im Gesunden amputierte. Im Anschluss empfahl er eine möglichst offene Wundbehandlung, um eine erneute Infektion des Amputationsstumpfes zu verhindern.¹⁰¹⁴

Ledergerber und Zollinger hingegen favorisierten eine Amputation an der Demarkationslinie, gerade noch im Kranken, um nicht gesunde Lymphwege zu eröffnen.¹⁰¹⁵ Dies war ohnehin häufig notwendig, da man nicht im Gesunden amputieren konnte, weil die Verletzungen und die Ausdehnung der Infektion zu groß waren. Dabei mussten alle von Infektion betroffenen Muskeln herausgeschnitten werden.

1008 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/15, S. 478-489, S. 510.

1009 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/15, S. 478-489, S. 487.

1010 Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 Mars 1915, S. 320; Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 253; Matti: Kriegschirurgische Beobachtungen und Erfahrungen (Fortsetzung), S. 806.

1011 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/15, S. 478-489, S. 508f.; ders.: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Fortsetzung), S. 488.

1012 Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, S. 320; Kocher: Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, S. 452; Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/15, S. 478-489, S. 485f.

1013 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Schluss), S. 485f.

1014 Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, S. 320.

1015 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 254.

Die Haut darüber wurde nach Möglichkeit erhalten, damit man den Stumpf decken konnte. Die Nervenenden der Extremität wurden herausgezogen und 5 bis 6 Zentimeter höher als die Amputationslinie abgetrennt, um den Stumpf schmerzempfindlicher zu machen. Die Wunde wurde nun drainiert und sobald sie gereinigt war, wurden die Weichteile vernäht.¹⁰¹⁶ Die Nachbehandlung des Amputationsstumpfes erfolgte durch Massage, Klopfungen, Bäder, frühzeitige Belastungsübungen und Tretübungen. Beinamputierte erhielten nach etwa zwei bis drei Wochen eine Behelfsprothese

»in Form eines konischen Pappendeckelrohres, aus 2 Halbrinnen gefertigt, die mit Stärkebinden zusammengehalten wurden und die auf der gesunden Schulter getragen wurde. Damit lernten die Patienten schon nach kurzer Zeit ganz ordentlich gehen und konnten in eine Invalidenschule geschickt werden«.¹⁰¹⁷

Eine weitere häufig auftretende Infektionskrankheit im Ersten Weltkrieg war der Wundstarrkrampf (Tetanus). Dabei handelt es sich um eine durch das Bakterium *Clostridium tetani* ausgelöste Infektionskrankheit, welche die muskelsteuernden Nervenzellen befällt. Die Infektion erfolgt durch Sporen, welche sich im Boden oder in der Erde befinden. Unter anaeroben Bedingungen vermehrt sich das Bakterium und sondert Toxine ab. Das Toxin Tetanospasmin greift die muskelsteuernden Zellen an und löst so die typischen Krampfanfälle und Lähmungen aus.

Im Ersten Weltkrieg zeigte sich der Wundstarrkrampf häufig, vor allem während der Sommermonate, wohingegen die Fälle in der kälteren Jahreszeit abnahmen. Die Zahl der Todesfälle an Tetanus in den Lazaretten war zu Beginn des Krieges hoch,¹⁰¹⁸ durch die eingeführte Seruminjektion nahm die Zahl der Fälle jedoch, wie erwähnt, ab. Erste Anzeichen einer Infektion waren ein leichtes Gefühl von flimmernden Krämpfen in der Extremität oder den Masseteren, Schluckbeschwerden und Trismus.¹⁰¹⁹ Wenn die Krankheit ausgebrochen war, musste man den Patienten isolieren und ruhigstellen, da durch äußere Reize, wie beispielsweise Lärm oder Licht, Krämpfe ausgelöst werden konnten. Zudem wurde versucht, mit einer Antitoxin-Überschwemmungs- und Narkosetherapie die Symptome zu mildern. Ledergerber und Zollinger verwendeten bei schweren Fällen eine Äther-Tropfnarkose.

1016 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 123f.

1017 Ebd., S. 127.

1018 Kocher: Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, S. 468.

1019 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 248.

Wichtig war jedoch dabei die Beaufsichtigung des Patienten, damit kein Atemstillstand einsetzen konnte.¹⁰²⁰ Zusätzlich wurden die Wunden chirurgisch behandelt. Sie wurden eröffnet, freigelegt, kauterisiert und gereinigt sowie mit Wasserstoffsuperoxid behandelt, um die anaeroben Keime zu bekämpfen.¹⁰²¹ In französischen Lazaretten wurde mit Tetanusserum und mit Karbolinjektionen 2 % nach Bacelli in relativ hohen Dosen (1,5 bis 2 g pro Tag) behandelt. Die Erfolge waren mäßig mit einer Heilungsquote von 30 %. Die Bacelli-Injektion bestand aus »*camphre 0,4, acide phenique 0,4, huile stérile 10,0, deux a quatre injections quotidiennes pendant six à huit jours*«. ¹⁰²² Daneben gab es noch die Therapie nach Lumiere aus Lyon, der intravenöse Injektionen mit 5%igem Natriumpersulfat verwendete. Er spritzte zwei Mal täglich 20 Kubikzentimeter dieser Lösung ein und erreichte eine Heilungsquote von 43 %.¹⁰²³ Julliard wandte diese Methode in Lyon an.¹⁰²⁴ Zudem wurde von Kocher eine Behandlung mit Magnesiumsulfat durchgeführt, die erfolgreich war.¹⁰²⁵

In den Lazaretten wurden des Weiteren Infektionen mit *Pyocyaneus* beobachtet. Vielfach wird auch von blauem Eiter (*pus bleu*) gesprochen; dabei handelt es sich um einen Eitererreger, der im Gegensatz zum sonst gelblichen Eiter bläulichen erzeugt.¹⁰²⁶ Die Infektion trat besonders in den nasskalten Monaten auf; Ursache waren meist unsaubere Verbände.¹⁰²⁷ Behandelt wurde der blaue Eiter von Ledergerber und Zollinger durch Reinigung der Wunden, Bestreichen mit 5%iger Jodtinktur und das Verbrennen des alten Verbandmaterials; es durfte nicht gewaschen und wiederverwendet werden. Die Infektion klang so nach etwa zehn Tagen ab und verzögerte im Ergebnis die Wundheilung. Eine Indikation zur Amputation war hingegen nicht gegeben.¹⁰²⁸

1020 Ebd., S. 250; Matti: Kriegschirurgische Beobachtungen und Erfahrungen (Fortsetzung), S. 807f.

1021 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 248.

1022 Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, S. 321; Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 377.

1023 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 328.

1024 Julliard: Quelques remarques sur la chirurgie de guerre, in : *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/22, S. 673-684, S. 676.

1025 Kocher: Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, in : *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/15 (1915), S. 449-479, S. 471f.

1026 Julliard: Quelques remarques sur la chirurgie de guerre, in : *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/22 (1916), S. 673-684, S. 676.

1027 Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 378.

1028 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 576.

Spezielle Behandlung in den Lazaretten

Bei Schussverletzungen erfolgte in den Lazaretten zunächst ein passives Vorgehen. Die Vorgehensweise richtete sich nach dem Zustand der Wunde, denn »das den Schusskanal umgebende geschädigte Gewebe hat bis zur Ankunft in den rückwärtigen Spitälern Zeit gehabt, sich zu erholen.«¹⁰²⁹

Für die Behandlung von Gewehrschüssen blieb Sauerbruch bei den Prinzipien Bergmanns: »Für alle glatten Durchschüsse mit kleinkalibrigen Geschossen aus größerer Entfernung gilt auch heute noch der Grundsatz, dass die Wunde primär nicht infiziert ist und deshalb praktisch als steril anzusehen ist!«¹⁰³⁰

Matti empfahl:

»Meiner Ansicht nach gelten für Wunden, die bei Aufnahme in ein Lazarett den Anschein aseptischen Verlaufs erwecken, die für die erste Wundversorgung auf dem Schlachtfeld aufgestellten Regeln: Einfache aseptische, oder besser leichte antiseptische, trockene Wundverbände, Fixation der verwundeten Extremität, Abstinenz von jedem nicht unbedingt notwendigen Eingriff. Besonders ist das so beliebte Aufsuchen und Exzidieren von Geschoßen zu vermeiden, die nicht direkt subkutan liegen oder als Quelle andauernder Infektion erscheinen.«¹⁰³¹

Dennoch stellte sich vielfach die Frage, ob bei Steckschüssen das Projektil entfernt werden sollte. Ledergerber und Zollinger empfahlen, die Projektile nicht sofort zu entfernen, sondern erst, wenn sie Beschwerden durch Druck oder Eiterung verursachten oder wenn sie im Körper umherwanderten. Auch zunächst reaktionslos eingehheilte Geschosse konnten Ursache für spätere Eiterungen werden. Zudem kam es bei Bleigeschossen zu einer langsamen Auflösung des Metalls im Körper und so unter Umständen zu einer leichten Bleivergiftung.

Der Fremdkörper wurde durch eine Durchleuchtung in drei zueinander senkrechten Ebenen bestimmt. Diese Methode wurde von Grashey auf dem Kriegschirurzentag in Brüssel vorgestellt.¹⁰³² Maschinengewehrverletzungen stellten dabei eine andere Kategorie dar. Es handelte sich oft um multiple Verletzungen. Vielfach waren die Geschosse querstehend in den Körper eingedrungen oder zuvor am Boden abgeprallt; daher gab es hier eine bedeutend höhere Infektionsgefahr.¹⁰³³

1029 Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten S. 1396.

1030 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 566; Sauerbruch: Kriegschirurgische Erfahrungen. Übersichtsreferat mit besonderer Berücksichtigung der Thorax- und Abdominalschüsse, S. 1317f.

1031 Matti: Kriegschirurgische Beobachtungen und Erfahrungen (Fortsetzung), S. 803.

1032 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 577f.

1033 Dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 16/24, S. 559-571, S. 561; Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 376.

Fritz Steinmann, Hermann Matti und Charles Pettavel berichten ausführlich über Verletzungen durch Granatsplitter. Auch Prof. Zangger aus Zürich beschäftigte sich intensiv mit Explosionsverletzungen. Dabei verglich er seine Erfahrungen in der Friedenszeit mit den Kriegsverletzungen.¹⁰³⁴ Franchino Rusca aus Bern veröffentlichte 1914 seine Arbeit *Experimentelle Untersuchung über die traumatische Druckwirkung der Explosionen*. Darin nahm er an Versuchstieren Sprengungen vor.¹⁰³⁵

Bei einer Explosion hatte man es mit gewaltigen Lokalwirkungen auf die Oberfläche des Körpers und mit verschiedenen Auswirkungen zu tun. Zunächst erfolgte eine Schädigung durch mechanische und gasdynamische Vorgänge, wie Druck und Verteilung der Explosionswellen, aber auch durch Projektile.

Dazu gesellten sich Gasdruck und damit parallel verlaufende chemische und physikalisch-chemische Einwirkungen. Diesen Einwirkungen folgte unmittelbar eine biologische Reaktion des Gewebes, welches durch die Explosion betroffen war. Die einfachste Wirkung einer Explosion bestand darin, dass der menschliche Körper von der Explosionswelle erfasst und fortgeschleudert wurde.

»Man konnte an einem in der Nähe einer Granatexplosion sich befindenden Aeronoid-Barometer eine Druckdifferenz von 350mm/Hg messen, also eine Druckdifferenz, die der Höhe des Mont Blanc entspricht.«¹⁰³⁶

Dabei erlitt er nicht zwingend äußere Verletzungen, konnte aber dennoch schwere innere Verletzungen davontragen, wie beispielsweise innere Zerreißen oder Herzstörungen. Rusca hatte in seinen Experimenten nachgewiesen, dass die Druckwirkung wie ein stumpfes Trauma wirkte.¹⁰³⁷

Traf nun mit der Explosionswelle ein scharfes Projektil auf den Körper und die durch den Explosionsdruck gespannte Haut auf, riss dieses die Haut auf und drang tief in die ebenfalls gespannten Muskeln ein. Die Granatsplitter erhielten durch die Explosion eine riesige Eigengeschwindigkeit und lebendige Kraft, welche sich in einer großen Seitenwirkung im Gewebe des Getroffenen entlud.

1034 Zangger: Über Katastrophenmedizin (II. Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/21, S. 657-669, S. 660.

1035 Rusca: Experimentelle Untersuchungen über die traumatische Druckwirkung der Explosionen, in: *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 132/3-4 (1914), S. 315-374.

1036 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon (Schluss), S. 368.

1037 Ebd., S. 371f.

Zusätzlich drangen Explosionsgase zwischen Körper und Kleidung des Betroffenen und wirkten beim Nachlassen des Druckes auch von innen nach außen zerreißend.¹⁰³⁸ Pettavel meinte zudem, besonders im Hinblick auf Schädelverletzungen, dass der Druck allein dazu führen konnte, dass es zu einer Schädigung des Gehirns kam.

Rusca berichtete von Herzschdigungen durch Luftdruckkontusion des Thorax. Durch eine Explosion wurde die Lunge deformiert, ohne die Rippen zu verletzen. Die Druckveränderungen führten zu einem Ansteigen des inneren Thoraxdruckes, welcher nicht durch Mund oder Zwerchfell ausgeglichen werden konnte, da diese ebenfalls unter erhöhtem Druck standen. Die Druckveränderung wirkte sich außerdem auf die Blutzirkulation aus und führte so zu einer arteriellen Stauung, was durch Überbelastung zu einer Herzschädigung führen konnte.¹⁰³⁹

Neben mechanischen Zerreißungen konnte es eine thermische Wirkung durch Explosionshitze und eine chemische Wirkung durch Gase und chemische Substanzen des Sprengstoffes geben. Diese wirkten auf die großflächige Wunde ein. Falls der Betroffene nahe an der Quelle der Explosion stand, wurden giftige Bestandteile, Zersetzungsprodukte oder auch Sprengstoffe direkt in die Wunde eingepresst.¹⁰⁴⁰

Im zerstörten Gewebe konnten sich nun verschiedene Bakterien entwickeln. Wenn sich unter diesen gasbildende Mikroorganismen befanden, lagen die physikalisch-chemischen Voraussetzungen für die Bildung von Gasbrand vor.¹⁰⁴¹

Steinmann, Julliard, Pettavel, Matti und weitere Chirurgen teilten die Auffassung, wonach beinahe alle Granatverletzungen manifest infiziert waren. Hinzu kam, dass sich Granatverletzungen meist großflächig ausbreiteten und einzelne Splitter weit in das Gewebe eindrangten. Große Verletzungen, bei welchen den Soldaten durch die Explosion ganze Körperteile abgerissen wurden, konnte man hingegen in den Lazaretten kaum behandeln, da meist ein rascher Tod durch Verbluten eintrat.¹⁰⁴²

1038 Steinmann: Kriegschirurgische Betrachtungen aus dem gegenwärtigen Kriege, S. 205; Zangger: ber Katastrophenmedizin (II. Fortsetzung), S. 660.

1039 Rusca: Erfahrungen im Balkankrieg, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/52 (1913), S. 1740-1748, S. 1746.

1040 Zangger: ber Katastrophenmedizin (II. Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/21 (1915), S. 657-669, S. 660.

1041 Ebd., S. 662.

1042 Julliard: Quelques remarques sur la chirurgie de guerre, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/22 (1916), S. 673-684, S. 675; Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, S. 783.

Durch das kleine spezifische Gewicht der Granatsplitter kam es häufig zu Steckschüssen. Aber auch das umgebende Gewebe wurde stark in Mitleidenschaft gezogen. Steinmann berichtete hier:

»Die schweren Granatverletzungen bieten das Bild einer ausgedehnten Gewebsnekrose dar. Das durch den Schusskanal umgebende Gewebe sieht wie gekocht aus. Die Muskelbündel haben sich aus der Umgebung gelockert, fast wie bei der anatomischen Präparation. [...] Dass diese gewaltige Komotion, Erschütterung, Zertrümmerung, Mortifikation, oder wie wir es nennen wollen, kurz diese intensive Schädigung des Gewebes in seiner Vitalität auf weite Ausdehnung hin, die schönste Disposition, den prachtvollsten Nährboden für das Aufflammen der primär gesetzten Infektion bedeutet, erscheint leicht verständlich.«¹⁰⁴³

Nigst und Sauerbruch benutzten ebenfalls die Assoziation des gekochten Gewebes.¹⁰⁴⁴ Matti beschrieb Granatverletzungen ganz ähnlich:

»Die Verletzungen durch kleinere Granatsplitter, die uns eingeliefert wurden, zeichneten sich morphologisch aus durch ganz unregelmäßig geformte Einschusswunden mit Quetschung und Nekrose der Wundränder, zwischen denen die Weichteile pilzförmig hervorquellen. Kleinere Splitter machen auch ganz umschriebene Einschüsse und messerscharfe Ausschüsse. [...] Die Granatverletzungen waren mit verschwindenden Ausnahmen infiziert und boten meist das Bild einer stinkenden Nekrose. Einschusswunde und Wundkanal sind mit einem grau-grünen Belag bedeckt, aus dem Wundtrichter entleert sich ein anfänglich dünnflüssiges, stinkendes später eitrig werdendes Sekret. Die Granatverletzungen verbreiteten oft schon nach einem bis zwei Tagen einen penetranten Gestank.«¹⁰⁴⁵

Zu den ohnehin schon schweren Wirkungen kam noch eine unkalkulierbare Seitenwirkung der Granatsplitter, welche die Extremitäten glatt durchschlugen. Dabei konnte es passieren, dass unter einem relativ kleinen Einschuss ein Abtrennen von Muskelgruppen erfolgte. Die Splitter wurden dann in die Weichteile weitergetragen, weil sich dort weniger Widerstand bot als auf den Knochen. Dabei konnten Sehnen und Muskeln geschädigt werden und man sah geschädigtes Gewebe, das sich ähnlich darstellte wie bei Gasbrand.¹⁰⁴⁶

Granat- und Schrapnellverletzungen erfolgten unter anderem durch »*Torpilles aérienes, Crapouillots*, Handgranaten und Bomben«. ¹⁰⁴⁷ Ein *Crapouillot* wurde von einem Minenwerfer abgeschossen. Es bestand aus einer rohrartigen Hülse mit 10 bis 15 Zentimeter Durchmesser und hatte eine Länge von etwa 30 Zentimeter.

1043 Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, S. 1380ff.

1044 Nigst: Über die putriden Phlegmonen (Gasphlegmonen) des Krieges (Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/15 (1918), S. 478-489, S. 479.

1045 Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/25 (1915), S. 769-789, S. 783f.

1046 Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, S. 784.

1047 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 324.

Das Geschoss war mit Melinit oder Roburit geladen. Zudem war es mit Eisenstücken, Schrauben, Nägeln, Drahtstücken, Glasscherben und Ähnlichem gefüllt. Das Geschoss explodierte beim Aufschlagen und war gefürchtet, da man seine Ankunft hören und sehen konnte. Beim Aufschlagen wurden die direkt Getroffenen getötet oder verstümmelt, diejenigen, welche sich in weiterer Entfernung befanden, wurden von Splittern und Steinen verletzt.¹⁰⁴⁸

Für den Feldchirurgen war es hier sehr wichtig, dass er aktiv und nicht abwartend bei der Behandlung der Verwundeten handelte. Dennoch musste er die Art der Verletzung erkennen und die angezeigten Maßnahmen ergreifen.¹⁰⁴⁹ Denn »je gründlicher und sorgfältiger die chirurgische Arbeit im Felde ausgeführt wird, desto leichter wird die Aufgabe in der Heimat«. ¹⁰⁵⁰ Dazu war es zunächst notwendig, das gesamte Verletzungsgebiet freizulegen und zu reinigen sowie eine ausreichende Fixation der verletzten Glieder sicherzustellen. Kombiniert wurde dies mit einer antiseptischen Behandlung.¹⁰⁵¹ Zur Desinfektion empfahl Kocher, sofern es sich nicht um eine frische Wunde handelte, das Einpinseln oder Ausgießen der Wunde mit Jod.¹⁰⁵² Die Fremdkörper in der Wunde konnte man dabei durch Röntgenaufnahmen oder Sondieren der Schusskanäle finden.¹⁰⁵³

Hans Brun wies darauf hin, dass es wichtig war, die Verklebung der einzelnen Wundschichten zu verhindern. Zu diesem Zweck verwandte er steriles Öl. Die Wundumgebung wurde zunächst mit Benzin gereinigt, ohne die Wunde zu berühren. Anschließend wurde der gereinigte Bereich mit Jodtinktur bestrichen, bis an die Wundränder. Nun wurde die Wunde durch Anheben mittels scharfer Haken am Wundrand gelüftet und gröbere Verunreinigungen wurden entfernt. Dann wurde die Wunde mit Wundöl ausgegossen, so dass alle Buchten gespült wurden, was durch Tupfen oder Spray nicht lückenlos möglich war. Abschließend wurde die Wunde mit steriler Gaze locker bedeckt und mit Mastix fixiert.

1048 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 324.

1049 Senn: Traitement des lésions de guerre des articulations, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42, S. 1405-1410, S. 1406.

1050 Sauerbruch: Kriegschirurgische Erfahrungen. Übersichtsreferat mit besonderer Berücksichtigung der Thorax- und Abdominalschüsse, S. 1317f.

1051 Matti: Kriegschirurgische Beobachtungen und Erfahrungen (Fortsetzung), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/26 (1915), S. 801-818, S. 804f.; Nicod: Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/4 (1916), S. 113-122; Reverdin: Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/4 (1916), S. 113-122.

1052 Brunner: Ärztlicher Verein Münsterlingen, S. 212; Kocher: Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, S. 656ff.

1053 Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, S. 314.

Das betroffene Körperglied wurde dann fixiert.¹⁰⁵⁴ Das Wundöl setzte sich zusammen aus 100 Einheiten Olivenöl, 100 Äther, 2 oder 4 Jod und 10 Kampfer. Der Kampfer hatte die Aufgabe, die Granulationsbildung der Wunden anzuregen.¹⁰⁵⁵

»Die bei der Einlieferung nach obigem Schema versorgte Wunde wird möglichst in Ruhe gelassen. Es ist unzweckmäßig, auf jede Temperatursteigerung mit einem eiligen Verbandwechsel zu reagieren. Es wird viel zu viel verbunden und sicher damit geschadet. Man Sorge dafür, dass der Verband oberflächlich austrocknen kann. Zellstoff ist hierzu ein außerordentlich gutes Material. Ich habe solche Verbände vielfach mit Heißluft trocknen lassen und nur oberflächlich erneuert. Bei den nötigen Wundkontrollen wird die Eingießung der Jodoform-Kampfer-Lösung wiederholt. Je nach Charakter der Wunde und Verlauf kann nach 8-14 Tagen zu gewöhnlicher und einfacher Wundbehandlung übergegangen werden.«¹⁰⁵⁶

Ähnliche Behandlungsweisen finden wir auch bei Ledergerber und Zollinger. Sie schrieben, dass bei Granatverletzungen das zerstörte Gewebe entfernt wurde, bis eine gut blutende, rote Wunde zurückblieb. Die Wundhöhlen wurden mit antiseptischer Gaze ausgelegt und der Verband alle drei bis vier Tage gewechselt. Bei Infektionen wurde durch Drainage ein Abfluss für den Eiter geschaffen und die Wunde mit Wasserstoffsuperoxidverbänden bedeckt, welche zwei Mal pro Tag gewechselt wurden. Vor jedem Verbandwechsel wurden die Wunden mit 2%iger Wasserstoffsuperoxidlösung ausgespült und mit Perubalsam oder Brun'schem Wundöl ausgegossen.¹⁰⁵⁷ Otto Bernhard verwendete zur Desinfektion der Verletzungen Jodtinktur, in 10 %iger oder 5 %iger Konzentration und diese mit speziellen Holzstäbchen, die er mit Watte umwickeln ließ und anschließend sterilisierte. Mit diesen Stäbchen trug er die Lösung in die »Wunden und alle Höhlen und Taschen hinein«¹⁰⁵⁸ auf.

Ledergerber und Zollinger legten in allen infektiösen Fällen eine Drainage an. Meist waren es dickere Gummi- oder Glasdrains, die den Vorteil mit sich brachten, dass sie ein zu frühes Schließen der Wunde verhinderten. Falls der Drain nicht an der tiefsten Stelle eingesetzt werden konnte, behalf man sich mit in sterile Kochsalzlösung getauchten Gazestreifen, die in die Wunde gelegt wurden und eine Kapillardrainage bildeten.

1054 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 598f.

1055 Ebd., S. 599, S. 602.

1056 Ebd., S. 600.

1057 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 569; dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, S. 16.

1058 Bernhard: Diskussionsvoten, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42 (1916), S. 1433-1438, S. 1437.

In Fällen, wo keine Drainage angewendet werden konnte, wie am Rumpf, wurde eine Saugtherapie mit Saugglocken, oder durch Wasserstrahlgebläse durchgeführt.¹⁰⁵⁹

In französischen Lazaretten wurde auch meist mit Drainagen gearbeitet. Zudem gab es die angesprochene Saugbehandlung, welche von Carrell eingeführt worden war. Die dazu notwendige Einrichtung ließ sich leicht aufbauen.

»Dieselbe ließ sich leicht durchführen; von einer Hahnvorrichtung der Wasserleitung ging ein dünnes Metallrohr um den Saal herum, das bei jedem Bett eine Abzweigung abgab.«¹⁰⁶⁰

Diese »*succion permanente*« mit gleichzeitiger Spülung durch Dakin'sche Lösung, wurde auch von Gay in Besançon, Bourcart in Lyon und Cornioley im Val du Grâce angewandt.¹⁰⁶¹

Die Wundspülung hatte das Ziel, aus einer septischen Wunde eine aseptische Wunde zu machen, welche zugenäht werden konnte.¹⁰⁶² Zehn Liter Dakin'scher Lösung setzten sich zusammen aus 184 Gramm Chlorkalk, 92 Gramm Natriumkarbonat oder Karbonat vom Kristallsoda und 76 Gramm Natriumbikarbonat. Die Lösung musste alle 48 Stunden neu angesetzt werden, da die antiseptische Wirkung nachließ, wenn die Flüssigkeit alterte.¹⁰⁶³

Die Technik der Carrel-Dakin-Wundspülung war in der Anwendung sehr einfach. Man legte in eine offene Wunde mehrere Drainagen aus Kautschuk mit einem Durchmesser von 6 Millimeter und etwa 33 Zentimeter Länge. Die Zahl der Schläuche richtete sich nach der Größe der Wunde. Cornioley brachte bis zu zwölf Schläuche ein. Die Schläuche wurden mit Gaze-kompressen fixiert. Der Anschluss der Schläuche war aus Glas (Cornioley verwendete die Modelle, welche *Auer et Cie* aus Zürich geliefert hatte) und hatte einen Durchmesser von 9 Millimeter. Etwa einen Meter oberhalb des Bettes wurde das Gefäß mit der Wundlösung angebracht. Mit einem Schlauch von 9 Millimeter Durchmesser wurde es an die Verbindungsstücke angeschlossen. So hatte man genügend Druck, dass die Wundlösung durch die Wunde gespült wurde. Wichtig war auch ein schützender Verband, der leicht gewechselt werden konnte und der eine angebrachte Fixation oder den Gipsverband sauber hielt.¹⁰⁶⁴

1059 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 568f.

1060 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/12, S. 367-378, S. 372.

1061 Bourcart: Quelques observations recueillies au cours de trois années de chirurgie de guerre, à Lyon de 1914 à 1917, S. 419; Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, S. 319.

1062 Cornioley: Aperçu du traitement des plaies de guerre par la méthode de Carrel-Dakin, S. 439.

1063 Ebd., S. 439f.

1064 Cornioley: Aperçu du traitement des plaies de guerre par la méthode de Carrel-Dakin, S. 440, S. 442.

Cornioley zog die Spülung in Intervallen der Dauerspülung vor. Er brachte alle zwei Stunden 20 Kubikzentimeter der Lösung in die Wunde ein. Dieses Vorgehen hatte den Vorteil, dass es die Wunde durchspülte und alle septischen Ablagerungen, die sich gebildet hatten, nach außen spülte.¹⁰⁶⁵ Wichtig bei dieser Art der Behandlung war eine mikrobiologische Kontrolle der Verletzung. Alle 48 Stunden, vom Anlegen des Verbandes an, sollten die austretenden Flüssigkeiten kontrolliert werden.

Wenn die Zahl der Mikroorganismen zurückgegangen war, konnten die Drainagen entfernt werden. Wenn die Reinigung befriedigend war, wurde die Wunde mit steriler Seife ausgewaschen und genäht.¹⁰⁶⁶

Bei Weichteilverletzungen gab es keine Probleme bei der Anwendung. Die Wunde oder Fisteln wurden weit eröffnet und man konnte die Drainage anlegen. Bei Knochenverletzungen richtete sich die Anwendung nach dem Alter der Verletzungen. Bei frischen Verletzungen wurde die Weichteilwunde eröffnet, bis die Frakturstelle freilag. Dabei durften keine Knochenstücke aus der Wunde entfernt werden und auch ansonsten war jede Irritation der Verletzung zu unterlassen.¹⁰⁶⁷ Bei einer alten Knochenverletzung war das Vorgehen anders. Denn hier hatten sich meist Kallus und Sequester vom Knochen ausgebildet. Die Wunde musste eröffnet, die Sequester abgelöst und entfernt werden. Fisteleiterungen wurden eröffnet und ein Abfluss für den Eiter geschaffen. Nachdem die Wunde vorbereitet war, konnte man die Spül Drainage anlegen.¹⁰⁶⁸

»Es gibt nun aber Fälle, wo die Drainage nicht genügt, wo phlegmonöse Schwellung der Weichteile, jauchige Eiterung auch aus der Markhöhle mit ausgedehnter Knochennekrose oder missfarbene Einschmelzung der Spongiosa bei andauerndem, hohen Fieber auf ein Fortschreiten des Prozesses als jauchige Phlegmone oder als jauchige Osteomyelitis [Knochenmarksentzündung] hindeuten. Diese Fälle fordern allerdings ein energisches Eingreifen, ausgedehnte Freilegung der Frakturhöhle, gehörige Spaltung der infiltrierten Weichteile, schonende Wegnahme der losen Splitter, eventuell Resektion der Frakturrenden oder weite Eröffnung und Ausräumung der Markhöhle, damit das Infektionsgebiet in all seinen Recessus offen zutage liegt.«¹⁰⁶⁹

Dabei blieb es für Julliard wichtig, dass man im Falle einer starken Infektion nicht zu spät mit einer Amputation reagierte.¹⁰⁷⁰

1065 Ebd., S. 442.

1066 Ebd., S. 442ff.

1067 Ebd., S. 440f.

1068 Ebd., S. 440.

1069 Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, S. 1398.

1070 Julliard: Quelques remarques sur la chirurgie de guerre, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/22, S. 673-684, S. 677.

Fritz Steinmann und auch Otto Bernhard beschäftigten sich ausführlich mit der heilenden Wirkung der Luft und des Sauerstoffs.¹⁰⁷¹ Sie vertraten die Ansicht, dass es notwendig war, die Wunden offen zu halten und nicht durch eine Tamponade zu verschließen, weil sich sonst erneut anaerobe Bakterien bilden konnten. Diese Wirkung ließ sich durch die Verwendung einer Drainage und konstante Sauerstoffzufuhr noch erhöhen. Steinmann richtete in seinem Etappenspital extra zu diesem Zweck eine *Luftstation* ein:

»In einem benachbarten Gelaß wurde eine durch dreipferdigen elektrischen Motor getriebene Luftpumpe mit Windkessel aufgestellt, von welcher die Druckluft durch eine Eisenröhre in den Krankensaal und hier der Wand entlang ringsherum geleitet wurde. Von dieser Hauptleitung ging zu jedem der zwanzig wandständigen Betten ein etwa kleinfingerdickes Zweigrohr, an der Mündung mit einem kleinen Hahnen versehen. An dieses Zweigrohr wurde je ein Kautschukschlauch angeschlossen, der in einen dünnen Gummikatheter oder ein dünnes Gummiröhrchen von etwa 3 mm Innenkaliber mündete.«¹⁰⁷²

Diese Luftbehandlung wurde von Ledergerber und Zollinger jedoch nach einiger Zeit wieder eingestellt, da bei taschenförmigen und verzweigten Wunden durch diese Methode keine dauerhafte Besserung erzielt werden konnte. Sie führten ihren Misserfolg auf eine falsche Anwendung zurück, nachdem Steinmann das Lazarett verlassen hatte.¹⁰⁷³

Bernhard, Reinbold, Ledergerber und Zollinger brachten die offene Wundbehandlung unterstützt durch Lichtbehandlung, Sonnenlicht oder Quarzlampen zur Anwendung.¹⁰⁷⁴

»Bei der Sonnenbehandlung der Wunden wirken drei Faktoren zusammen:

1. Die Heilwirkung des natürlichen Sonnenlichtes [...].
2. Neben der Sonne wirkt die Luft als solche austrocknend und desodorierend.
3. Ist der Sauerstoff der Luft als gasförmiges Antiseptikum besonders für Anaerobier aufzufassen.«¹⁰⁷⁵

Für die Sonnenbehandlung richtete Bernhard im Sommer 1915 in Bad Dürnheim auf Initiative der Großherzogin Luise von Baden und im Auftrag des Sanitätsamtes des XIV. Armeekorps eine Sonnenklinik zur Behandlung von verwundeten und kranken Soldaten ein.

1071 Bernhard: 84. Versammlung des ärztlichen Zentral-Vereins vom 26. bis 28. Juni 1913, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/48 (1913), S. 1591-1594.

1072 Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42 (1916), S. 1359-1404, S. 1401f.; ders.: Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/4 (1916), S. 113-122.

1073 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 445f.

1074 Dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 570; Reinbold: La cure solaire en chirurgie de Guerre, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 35/11 (1915), S. 893-905.

1075 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/1 (1917), S. 10-19, S. 17.

Reinbold berichtete über die Sonnenbehandlung aus Frankreich, die von Jeanbrau auf der Sitzung der französischen chirurgischen Gesellschaft vorgestellt wurde. Die Sonnenbehandlung konnte seiner Ansicht nach in fast allen Fällen zur Anwendung gelangen. Sie wirkte sich meist positiv auf den Wundverlauf aus.

»C'est dans le renforcement de l'activité vitale des tissus dans l'impulsion donnée à l'organisme, dans l'action stimulante locale et générale, dans l'effet désinfectant et sclérosant, que s'affirme l'action rapide et énergique et la supériorité de ce mode de traitement.«¹⁰⁷⁶

Die Sonnenbehandlung konnte im großen Garten des Lazarets, welches in einem Pensionat für Laienschwestern untergebracht war, durchgeführt werden. So konnte man 50 bis 60 Patienten zur gleichen Zeit behandeln. Die Behandlung begann zunächst mit einer halben Stunde und steigerte sich schnell zu Sitzungen von mehreren Stunden Dauer. Die Sonnenstrahlen wirkten sich dabei auch positiv auf den Gesamtzustand der Patienten aus.¹⁰⁷⁷ In der konkreten Kriegssituation, ganz besonders in den Lazaretten in Frontnähe, war die Sonnenbehandlung jedoch nur bedingt geeignet, denn sie erforderte Zeit und Ruhe. Dies war bei ständig neuankommenden Verletzten und der großen Zahl von Patienten nicht in jedem Fall gegeben.¹⁰⁷⁸

Die weitaus größte Zahl der Schussverletzungen fiel mit 70 % auf die Extremitäten. Dies lag zum einen an der exponierten Lage der Arme bei einem liegenden oder stehenden Schützen, zum anderen daran, dass diese Art der Verletzungen meist nicht in gleichem Maße tödlich waren wie ein Bauch-, Kopf- oder Lungenschuss.¹⁰⁷⁹ Etwa zwei Drittel der Extremitätenverletzungen betrafen die linke Seite, da diese Seite beim Schießen oder dem Werfen von Handgranaten bei Rechtshändern vorne lag.¹⁰⁸⁰

Sanitätsoberleutnant Lanz hatte Untersuchungen zum schweizerischen Spitzgeschoss angestellt. Allgemein schrieb er über die Geschosswirkung:

»Der Effekt des fliegenden Geschosses beim Auftreffen auf ein Ziel ist in erster Linie abhängig von der lebendigen Kraft oder potentiellen Energie. Diese ist proportional der Masse (M) des Geschosses und dem Quadrate der Geschwindigkeit (v^2). [...]

1076 Reinbold: La cure solaire en chirurgie de Guerre, S. 895.

1077 Ebd., S. 896, S. 899f.

1078 Reinbold: La cure solaire en chirurgie de Guerre, S. 904f.

1079 Brunner: Ärztlicher Verein Münsterlingen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/7 (1915), S. 209-217, S. 214; Freisz: Gesellschaft der Ärzte in Zürich, S. 377; Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 441; Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 325.

1080 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 17/23 (1917), S. 441.

Wenn auch die Wirkung bei Zunahme der Masse oder des Gewichtes wächst, so ist doch für das moderne Infanteriegeschosß dieser Einfluss von geringer Bedeutung, da die verschiedenen Geschosßarten nur um wenige Gramme variieren, was gegenüber den anderen sehr veränderlichen Eigenschaften nicht in Betracht kommt.

Wie aus der Formel $Mv^2/2$ hervorgeht, ist die Geschwindigkeit von ausschlaggebender Bedeutung. Je nachdem diese kleiner oder größer ist, ist die Wirkungsweise eine prinzipiell verschiedene und wir unterscheiden zwischen:

- I. Schubwirkung: Kompression, Dehnung und Zerreißung.
- II. Sprengwirkung: Erschütterung oder Kollision und Sprengung.«¹⁰⁸¹

Die kriegführenden Staaten hatten im Ersten Weltkrieg das Mantelgeschosß mit ogivaler Spitze, welches zu leichteren und glatten Verletzungen an den Extremitäten geführt hatte, durch das Spitzgeschosß ersetzt. Dieses war etwa ein Drittel schneller als bisherige Geschosse und verursachte daher eine erheblich größere Zielwirkung. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Geschosse auf nähere Distanz in einem Schussmedium stecken bleiben konnten und so eine starke Seitenwirkung entfalteten. Bei Schussdistanzen um 25 Meter verhielt sich das Spitzgeschosß zudem wie ein Dumdumgeschosß. Die Geschwindigkeit des Projektils beim Auftreffen auf einen Körper nahm von der Spitze her ab, was zur Folge hatte, dass die hintere Geschosßpartie weiter rotierte, falls die Spitze durch einen Knochen gehemmt wurde.¹⁰⁸² Charles Pettavel sah vor allem beim deutschen Spitzgeschosß eine große Neigung zum Querschlagen, da der Schwerpunkt zurückgelagert war.¹⁰⁸³

Bei Nahschüssen beschrieb Sauerbruch, dass es zu einer hochgradigen Zertrümmerung des Gewebes kam, welche schließlich zu einer Nekrose führte.¹⁰⁸⁴ Diese Ansicht wurde auch von Hermann Matti und Charles Perrier geteilt, die bei Gewehrschüssen auf kurze Distanz bei relativ kleinen Ausschüssen ausgedehnte explosive Zertrümmerungen beobachten konnten.¹⁰⁸⁵ Conrad Brunner machte die Feststellung, dass es beim französischen Geschosß zu einer »hackenförmigen Abbiegung der Spitze«, einer »angelförmigen Abkrümmung« oder einer »spiraligen Windung« kommen konnte.¹⁰⁸⁶

1081 Lanz: Untersuchungen über die Wirkungen des schweizerischen Spitzgeschosses, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/10 (1916), S. 289-303, S. 290.

1082 Julliard: Quelques remarques sur la chirurgie de guerre, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/22, S. 673-684, S. 674; Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, S. 1363.

1083 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, S. 326.

1084 Sauerbruch: Gesellschaft der Ärzte in Zürich, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/8 (1918), S. 266-268.

1085 Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/25 (1915), S. 769-789, S. 772; Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 376.

1086 Brunner: Ärztlicher Verein Münsterlingen, S. 211.

Auch führten die hohe Geschwindigkeit der Projektile und deren Neigung zum Pendeln und zu Querschlägern dazu, dass sich die Verletzungswirkung im Ziel erhöhte.¹⁰⁸⁷ Dazu waren zusätzlich auch verheerende Verletzungen durch tatsächliche Dummgeschosse zu finden. Diese erzeugten ein Verletzungsbild, welches einer Kombination aus Schuss- und Sprengverletzung nahekam, ähnlich einer Granatverletzung.¹⁰⁸⁸

Die Verletzungen waren meist jauchige Schussfrakturen, die durch eine Infektion hervorgerufen werden. Steinmann und Brun stellten den von Bergmann aufgeführten Satz, dass alle Schussverletzungen aseptisch sind, in Frage. Durch Experimente hatte sich längst erwiesen, dass die Schusskanäle Bakterien enthalten, die das Geschoss abgestreift hatte. Diese wurden aber unter günstigen Umständen von der Immunabwehr überwunden.¹⁰⁸⁹

Hermann Matti beschrieb die Schussverletzungen:

»Die Einschusswunde ist meist klein, kreisrund mit nekrotisch gequetschten Rändern, oft schon mit einer trockenen Borke belegt, die Ausschusswunde ist oft nicht wesentlich größer, dabei schlitzförmig, meistens in der Spaltrichtung der Haut gelegen. Interessant ist auch die Tatsache, dass der Ausschuss wesentlich häufiger infiziert ist, als der Einschuss [...].«¹⁰⁹⁰

Perrier unterschied dabei drei Arten von Frakturen:

1. Aseptische Frakturen. Die Behandlung erfolgte durch einen Okklusivverband und Schienung in der richtigen Position.
2. Frakturen mit gemäßigter und lokaler Infektion. Die Behandlung erfolgte durch Drainage und Schienung des Knochens.
3. Frakturen mit schwerer Infektion und großer Ausdehnung. Die Behandlung war schwierig. Die Knochenverletzungen waren meist größer als 10 Zentimeter. Der Knochen war mitunter unvollständig und Muskeln und Sehnen waren abgerissen oder beschädigt. Man legte eine Drainage an, spülte die Wunden mit Karbollösung oder anderen antiseptischen Mitteln, um die Infektion unter Kontrolle zu bringen.¹⁰⁹¹

Typisch für die Schussverletzungen durch das Spitzgeschoss war der sogenannte *Locheisenschuss*.¹⁰⁹² In zahlreichen mit Röntgenbildern dokumentierten Fällen zeigte Steinmann die Geschosswirkung im Knochen auf. Dabei analysierte er zudem die Sprengwirkung, die ein Geschoss beim Auftreffen auf den Knochen entfalten konnte.

1087 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 594; Lanz: Untersuchungen über die Wirkungen des schweizerischen Spitzgeschosses, S. 302; Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 17/23 (1917), S. 442.

1088 Matti: Vorlesungen über Kriegschirurgie, S. 16.

1089 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 594; Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, S. 1359.

1090 Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/25 (1915), S. 769-789, S. 782.

1091 Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 380f.

1092 Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, S. 1366.

Diese war davon abhängig, aus welcher Distanz der Soldat getroffen wurde.¹⁰⁹³ Matti und Pettavel machten ähnliche Beobachtungen.¹⁰⁹⁴

Eine weitere Besonderheit des neuen Infanteriegeschosses sah Steinmann in der Seitenwirkung. Diese war so stark, dass es mitunter genügte, dass sich der Schusskanal in der Nähe eines Knochens befand, damit dieser brechen konnte. Zudem hatte das Geschoss eine nicht außer Acht zu lassende Keilwirkung, die so groß war, dass es mitunter zum Abreißen von außerordentlich langen Splittern an den Röhrenknochen kommen konnte.¹⁰⁹⁵

Hans Brun hatte ebenfalls Beobachtungen durch die Seiten- und Sprengwirkung von Geschossen im Körper gemacht.¹⁰⁹⁶ Zudem stellte er, wie auch Ledergerber und Zollinger, fest, dass der Kontraktionszustand der Muskeln eine wichtige Rolle spielte. Denn der aktiv kontrahierte Muskel erlaubte keine so große Dehnung, wie der schlaffe. Wenn eine Kugel vor dem Ausschuss durch einen kontrahierten Muskel fuhr, wurde die Haut in viel größerem Maße abgerissen, als wenn ein schlaffer Muskel getroffen wurde, der die Bewegung abfederte und der Bewegung der Haut folgte.¹⁰⁹⁷ Problematisch für die Infektion und Verunreinigung der Schussverletzung wirkten sich zudem die Einschuss- und Ausschussöffnungen bei Verletzungen aus. Steinmann und Brunner führten die hohe Infektionszahl auf die ungünstigen Verhältnisse des Stellungskrieges zurück, da die Soldaten lange im Dreck lagen und die Kugeln vielfach mit Dreck und Schmutz verunreinigte Uniformen durchschlugen und Teile derselben mit in den Schusskanal gelangten. Zudem wurden große Wunden oft nur mit dem Verbandspäckchen versorgt, dieses wurde sehr rasch durchblutet und durch die Gräben sekundär infiziert.¹⁰⁹⁸

Matti sah bei Schrapnellfüllkugeln eine Verletzung ähnlich der alter Bleigeschosse. Am Einschuss beobachtete er, dass meist ein Hautstück etwa in der Größe eines 20-Centime-Stücks ausgestanzt war.

1093 Ebd., S. 1368.

1094 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/11, S. 321-330, S. 326.

1095 Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42, S. 1359-1404, S. 1372f.

1096 Brun: Diskussionsvoten, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42, S. 1433-1438, S. 1435.

1097 Ders.: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 595; Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 17/23 (1917), S. 441f.

1098 Brunner: Ärztlicher Verein Münsterlingen, S. 212; Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, S. 1377f.

Dabei ließ sich feststellen, dass man sehr viel häufiger Steckschüsse als Durchschüsse zu sehen bekam.¹⁰⁹⁹ Ähnlich beschrieben dies auch Ledergerber und Zollinger:

»[Verletzungen durch] Schrapnellkugeln haben gewöhnlich eine charakteristische Gestalt. Hinter einem kleinen kreisrunden Einschuss liegt eine buchtige, verzweigte Zertrümmerungshöhle mit mehr oder weniger zahlreichen Knochensplintern und Gewebsetzen, der Ausschuss stellt meistens eine unregelmäßig zerfetzte, oft sehr große Hautwunde dar, in anderen Fällen ist er dem Einschuss ähnlich, nur um Weniges größer, aber ebenfalls rund.«¹¹⁰⁰

Die Schrapnellkugel hatte nach Naegeli und Freisz eine »geringere lebendige Kraft«¹¹⁰¹ als eine Gewehr­kugel. Durch den größeren Durchmesser und die nicht glatte Oberfläche riss sie zudem Kleiderfetzen und auf der Haut befindlichen Schmutz in die Wunde.

Ledergerber und Zollinger hatten in den österreichischen Lazaretten Bielitz und Dzieditz mit Patienten zu tun, welche im Mai und Juni 1915 von den Karpatenkämpfen und beim Durchbruch an der Dunajec noch direkt aus dem Schützengraben kamen. Später stammten sie aus den Schlachten in Russisch-Polen und erreichten erst nach einem ein- bis dreitägigen Bahntransport die rückwärtigen Lazarette.¹¹⁰² Je weiter sich nun die Front von den Lazaretten entfernte, umso länger lag die Verwundung zurück; bei manchen Patienten bis zu einem Jahr. Ledergerber und Zollinger beobachteten etwa 3.000 Kriegsverletzte. 500 von diesen hatten Oberschenkelfrakturen. 350 Patienten konnten bis zur vollständigen oder zumindest einer partiellen Heilung beobachtet werden.¹¹⁰³

»Oberschenkelschussfrakturen stellen im heutigen Kriege eine der schwersten und langwierigsten Verletzungen dar und die äußerst zahlreichen Vorschläge zu deren Behandlung beweisen einmal das eine, dass ein allgemein gültiges Schema noch nicht gefunden wurde, dann aber auch, dass die früheren Anschauungen über die Dignität der Knochenschüsse, die besonders aus dem russisch-türkischen Kriege herkommen, heutzutage nicht mehr zu Recht bestehen.«¹¹⁰⁴

Trotz der medizinischen Versorgung war die Prognose bei Oberschenkelschussfrakturen schlecht.

1099 Matti: Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, S. 783.

1100 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/1 (1917), S. 10-19, S. 15.

1101 Freisz/Naegeli: Gesellschaft der Ärzte in Zürich, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/12 (1915), S. 372-380, S. 374.

1102 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelexension bei Oberschenkelschußfrakturen, S. 437; dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, S. 10.

1103 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelexension bei Oberschenkelschußfrakturen, S. 437; dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, S. 10.

1104 Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, S. 11.

Ob wieder eine ausreichende Funktion hergestellt werden konnte, richtete sich in erster Linie nach der Lage der Verletzung. Bei einer Beteiligung von Knie- oder Hüftgelenk waren die Aussichten auf die Wiederherstellung der Gehfähigkeit schlecht.¹¹⁰⁵

Die hohe Mortalität bei Oberschenkelschussfrakturen sahen Ledergerber und Zollinger durch die hohe Infektionsrate bedingt. Von etwa 500 Fällen gab es nur 6 aseptische, also kaum 1 %. Außerdem fand man bei Oberschenkelfrakturen sehr häufig eine Allgemeininfektion verbunden mit einer Verletzung innerer Organe. Zudem bestand durch ausgedehnte Splitterung des Knochens auch stets die Gefahr einer Gefäßverletzung.¹¹⁰⁶ Auch für Charles Pettavel stellten Verletzungen der Extremitätenknochen und Gelenke 40 % seiner Fälle dar.¹¹⁰⁷

»Diese stellen ernste Verletzungen dar. Eine nicht kleine Zahl der Patienten geht auch bei der korrektesten Behandlung zu Grunde. In den Hinterlandspitälern erfolgt der Exitus meistens an der Septiko-Pyämie, in einer kleinen Zahl an Verblutung. Bei hohen Frakturen mit Beckenverletzungen sahen wir Leute an Peritonitis, bei Blasen- und Uretraverletzungen an Harninfiltration und Harnphlegmone, bei Mastdarmverletzungen an Kotphlegmone und Colisepsis in kurzer Zeit zu Grunde gehen. [...] Die größte Mortalität weisen Schenkelhalsbrüche, kombiniert mit Becken- und Beckenorganverletzungen, ebenso mit Läsionen des Hüft und Kniegelenks auf.«¹¹⁰⁸

Für Fritz Steinmann stand bei diesen Frakturen an erster Stelle zunächst der Schutz vor der Sekundärinfektion. Schusswunden sollten sofort primär mit einem sterilen, antiseptisch imprägnierten Verbandstoff bedeckt werden. Zudem empfahl er, Ein- und Ausschuss mit Jod zu behandeln. Anschließend musste man sich um die primäre Infektion der Verletzung kümmern. Dafür bot es sich an, einen Abfluss für das Wundsekret zu ermöglichen.

Anschließend musste die Verletzung fixiert und ruhiggestellt werden, denn bei ungenügender Fixation konnte es zu Nachblutungen durch Aufspießung der Gefäße durch ein ungenügend fixiertes Fragmentende kommen.¹¹⁰⁹ Bei Gelenkverletzungen geschah dies am besten in der Ruhstellung des Gliedes; eine Ansicht, die auch Ferdinand Sauerbruch und Paul Nigst teilten. Sie schlugen bei Extremitätenverletzungen die Lagerung auf einer Schiene oder einen gefensternten Gipsverband vor.¹¹¹⁰

1105 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 18/6 (1918), S. 108-115, S. 111.

1106 Dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, S. 12.

1107 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/12 (1916), S. 367-378, S. 371.

1108 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen (Schluss), S. 48.

1109 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkelschußfrakturen, S. 438; dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 447.

1110 Nigst: Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 20. Mai 1915, S. 1373; Sauerbruch: Kriegschirurgische Erfahrungen. Übersichtsreferat mit besonderer Berücksichtigung der Thorax- und Abdominalschüsse, S. 1320.

Hans Brun sah in einer ausreichenden Fixierung die Grundlage für das spätere Schicksal der Wunde. Denn durch schlechte Fixation wurden das Infektionsrisiko wie auch die Gefahr der Ausbreitung einer Infektion deutlich erhöht. Daher empfahl er auch Weichteilverletzungen zu immobilisieren.¹¹¹¹ H. Vuillet unterschied bei der Fixation »*les appareils de transport et les appareils de traitement*«. ¹¹¹² Der Transport durfte nur bei ausreichender Fixation vorgenommen werden.¹¹¹³ Ein Problem, welches auch von Ledergerber, Zollinger und Pettavel angesprochen wurde. Denn der Antransport in den österreichischen Lazaretten geschah meist mit der Bahn, dabei zeigte sich aber, dass die meisten Verbände und Schienen unzureichend waren und keine ausreichende Fixation boten. Wichtig war dabei auch, dass der Verband nicht zu kurz angelegt wurde. Bei einer Fraktur sollten stets die beiden angrenzenden Gelenke mit fixiert werden.¹¹¹⁴ Bei Oberschenkelverletzungen musste daher auch das Becken mit in die Fixation eingeschlossen werden.¹¹¹⁵ Auch in französischen Lazaretten gab es mangelhafte Fixationsvorrichtungen. Pettavel berichtete darüber, dass die schlecht fixierten Patienten immer aus denselben – nicht benannten – Spitälern der Front evakuiert wurden. Bei diesen fand man viel schwerere Infektionen als bei Patienten aus anderen Teilen.¹¹¹⁶ Der Gipsverband war für die meisten Ärzte das einzige probate Mittel, falls dieser vorsichtig angelegt wurde und über ausreichende Polsterung verfügte:

»Am meisten bewährten sich für den Transport die doppelt gefensterten zirkulären oder Brückengipsverbände, bei denen die beiden Gipsmanschetten durch Bügel aus Bandeisen miteinander verbunden waren. Ungenügend fixiert erweisen sich diejenigen Frakturen, bei denen das Becken nicht mit eingegipst worden war.«¹¹¹⁷

Nigst ließ die gefensterten Gipsverbände zusätzlich mit Paraffinum solidum und liquidum austreichen, um so zu verhindern, dass Sekret in die Polsterwatte fließen konnte und nach außen abfloss.¹¹¹⁸

1111 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 602ff.

1112 Vuillet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 16/13 (1916), S. 249-255, S. 250.

1113 Nigst: Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 20. Mai 1915, S. 1373; Sauerbruch: Kriegschirurgische Erfahrungen. Übersichtsreferat mit besonderer Berücksichtigung der Thorax- und Abdominalschüsse, S. 1320.

1114 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 17/23 (1917), S. 448.

1115 Vuillet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 16/13 (1916), S. 249-255, S. 250.

1116 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon (Schluss), S. 371.

1117 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/1 (1917), S. 10-19, S. 12.

1118 Nigst: Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 20. Mai 1915, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/43 (1915), S. 1371-1374, S. 1373.

Ledergerber und Zollinger verwendeten Schellacklösung oder Mastisol für die Ränder der Fenster.¹¹¹⁹ In französischen Lazaretten kam zudem, bei sehr großflächigen Verletzungen, ein von Pirogow konstruierter Armeeapparat zum Einsatz. Dieser hatte feste Bögen, welche die beiden Segmente des Apparates verbanden und die Wundregion frei ließen.¹¹²⁰

Fritz Steinmann kannte zahlreiche Möglichkeiten zur Fixation und Schienung von verletzten Gliedern. Dabei stellte er jedoch fest, dass das bisherige Material nicht ausreichend war und er vielfach auf eigene Improvisationen zurückgreifen musste. So ließ er für die Fixation von Oberschenkelschussfrakturen eine Schiene mit »zwei Ohren zum Umgreifen des Leibes, zwei Ohren zum Umgreifen des Oberschenkels, zwei zum Umgreifen des Unterschenkels«¹¹²¹ aus Eisenblech schneiden, für welche er ein Modell aus Karton am Patienten angefertigt hatte. Es zeigte sich jedoch, dass ein Gipsverband besser geeignet war als die Schienung mit vorbereiteten Schienen.

Bei russischen Kriegsgefangenen fanden Ledergerber und Zollinger eine aus einem Rahmen und einem feinen Drahtgeflecht bestehende Schiene, die flexibel genug war, um sie um das Bein zu wickeln. Allerdings waren diese Schienen zu groß, um sie für den mobilen Einsatz der Sanitätsformationen verwenden zu können. Da man häufig Patienten durch plötzliche Befehle transportfähig machen musste, wurden die von Steinmann erfundenen Schienen aus Eisenblech verwendet.¹¹²²

In französischen Lazaretten kamen dieselben Techniken zum Einsatz, darüber hinaus wurden angepasste Aluminiumschienen zum Einsatz gebracht. Die Aluminiumschienen erlaubten eine gute Polsterung und konnten leicht an die Extremität angepasst werden. Durch Zügel mit Schnallenvorrichtungen ließen sie sich festmachen.¹¹²³

Hans Brun empfahl zur Fixierung vor allem die Gipsschiene, denn »sie ist kriegsmäßig, weil sie mit einfachsten Mitteln das möglichst Beste rasch zu leisten imstande ist«.¹¹²⁴ Sie wurde mit Gazebinden und trockenem Gips auf einem Brett vorgeformt.

1119 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 17/23 (1917), S. 448.

1120 Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, S. 319.

1121 Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, S. 1383ff.

1122 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/1 (1917), S. 10-19, S. 13.

1123 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/11 (1916), S. 321-330, S. 324.

1124 Brun: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, S. 604.

Die fertige Schiene wurde, solange sie noch weich war, mit Watte gepolstert und durch Gazebinden an der betroffenen Extremität befestigt. So konnte sich die Schiene an die Extremität anpassen. Falls der Verband für längere Zeit nicht gewechselt werden musste, konnte er noch mit Kleisterbinden umwickelt werden. Verstärken konnte man die Konstruktion durch das Umschlagen des Randes sowie das Einziehen von gipsgetränkten Schnüren. Eine solide Schiene wurde durch die Armierung mit einem Eisendrahtnetz hergestellt.¹¹²⁵ Einer der Hauptvorteile einer Gipsschiene war, dass man sie zum Verbandwechsel abnehmen und anschließend weiterverwenden konnte. Dies war bei einem geschlossenen Gipsverband nicht der Fall.¹¹²⁶

Für Extensionsbehandlungen, ein Auseinanderziehen der verletzten Extremität, zeigte sich zudem der Brückengipsverband am geeignetsten für die weitere Behandlung. Durch das Freilassen der Verwundung war es möglich, diese zu versorgen, ohne dass die Fixierung entfernt werden musste und ohne dass der Verband verschmutzt wurde.¹¹²⁷

Nach der Wundbehandlung stand als Nächstes die Orientierung über die Frakturverhältnisse an. Dies geschah mit einem Röntgenbild. Da in den Lazaretten jedoch sehr häufig 300 bis 400 Patienten innerhalb kürzester Zeit ankamen, mussten die Patienten auf das Röntgen warten und wurden während dieser Zeit lediglich geschient. Dabei wurde dem Grundsatz bei der Behandlung von Knochenbrüchen Rechnung getragen, dass eine dauerhafte Distraction der Knochenbruchenden erzielt werden musste, was man durch ein Aufheben des Muskelzuges durch Semiflexionslagerung erreichte.¹¹²⁸

Zunächst erfolgte nun eine Positionierung der Frakturrenden, so dass eine Heilung ohne Verkürzung oder Funktionsbehinderung möglich wurde. Dabei musste Rücksicht genommen werden auf etwaige Weichteilverletzungen, die bei Schussverletzungen charakteristisch sind.

Albert Reverdin aus Genf empfahl bei allen Extremitätenverletzungen eine leichte Extension.¹¹²⁹ Steinmann befürwortete ausdrücklich die Nagelextension, die er von Mai bis Juni im Barackenspital Bielitz einführte.¹¹³⁰

1125 Ebd., S. 605ff.

1126 Ebd., S. 609.

1127 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon (Schluss), S. 371.

1128 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 446f.

1129 Reverdin: Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915.

1130 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkelschußfrakturen, S. 438.

»Es gebührt ihr [der Nagelextension] dieser Platz, weil wir den enormen Schaden der langen Gelenkfixation in Bezug auf die Funktion des betroffenen Gliedes von der Friedenspraxis her zur Genüge kennen.«¹¹³¹

Wobei sich Steinmann selbst dafür aussprach, dass die unblutigen Extensionen mit Pflasterverbänden an erster Stelle stehen sollten. Erst wenn man mit diesen nicht mehr weiterkam, war die Nagelextension anzuwenden.¹¹³² Bei der Heftpflasterextension wurde zunächst die Haut verschoben und erst wenn diese bis zur Elastizitätsgrenze gedehnt war, bewegten sich die Muskeln und der Knochen. Bei der Pflasterextension bekam man jedoch mit zunehmendem Kriegsverlauf Probleme, da das Leukoplast von Beiersdorf knapp wurde und die billigen Ersatzpflaster nicht ausreichend hafteten, um eine Extension durchzuführen.¹¹³³

Professor Hotz sah die Extensionsbehandlung vielfach als unzureichend an und empfahl daher die blutige Reposition bei quere Schaftbruch und bei Frakturen in der Nähe der Gelenke, aber auch erst, wenn man mit unblutigen Methoden nicht den gewünschten Erfolg erzielen konnte.¹¹³⁴ Ähnlich auch Bourcart, der eine Verschraubung mit Lambott'schen Platten, einer speziellen Form von Stahlplatten, empfahl, da diese in Kombination mit der dauernden Spülung der Wunde nach dem Carrel-Dakin-System zu guten Ergebnissen führte.¹¹³⁵

Ledergerber und Zollinger hatten während ihres Aufenthaltes die Gelegenheit, verschiedene Extensionsmöglichkeiten kennenzulernen.¹¹³⁶ Als problematisch stellten sich für die Chirurgen häufig die Weichteilverhältnisse dar. Die Verletzungen waren bei Schussbruchverletzungen häufig derart ausgedehnt und septisch, dass eine gewöhnliche Extension nicht durchzuführen war. Der Anfang der Wundheilung lag also in einer Ruhigstellung des betroffenen Gliedes. Dies war ebenso bedeutend bei der Fixation von Knochenfragmenten.¹¹³⁷ Ledergerber und Zollinger nagelten später alle Frakturen mit stärkerer Dislokation der Fragmente, so dass eine Gesamtzahl von etwa 300 Nagelextensionen zusammenkam. Die Nägel bestanden aus 3 bis 3,5 Millimeter starkem, nicht vernickeltem Stahldraht, welcher an beiden Seiten zu vierkantigen Spitzen geschliffen wurde.

1131 Steinmann: Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten, S. 1390.

1132 Steinmann: Medizinisch-Pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 28. November 1911, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 62/5 (1912), S. 160-163.

1133 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 447.

1134 Hotz: Medizinische Gesellschaft Basel. Sitzung vom 19. Dezember 1918, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 69/25 (1919), S. 928-939, S. 937.

1135 Bourcart: Quelques observations recueillies au cours de trois années de chirurgie de guerre, à Lyon de 1914 à 1917, S. 416.

1136 Steinmann: Medizinisch-Pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 28. November 1911, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 62/5 (1912), S. 160-163.

1137 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/1 (1917), S. 10-19, S. 18f.

Hergestellt wurden sie in der Schlosserei des Lazarets.¹¹³⁸ Die Operation fand unter Äthernarkose statt, da bei einer Lokalanästhesie das Gewebe an der Nagelstelle geschädigt werden konnte und weil das Mitansehen der Einnagelung den ohnehin meist labilen Patienten unnötig belasten würde.¹¹³⁹

Das operierte Bein wurde nun für ein oder zwei Tage in Semiflexionsstellung, also halb gebeugt, auf einer Schiene gelagert, um dem Knochen die Gelegenheit zu geben, sich an den Fremdkörper zu gewöhnen. Dann wurde ein Gewicht angehängt. Als Aufhängeapparat verwendeten Ledergerber und Zollinger die von der Schärer AG in Bern hergestellte *Steinmann'sche Anhängenvorrichtung*, welche aus zwei gebogenen Schenkeln bestand.¹¹⁴⁰ Später, als im Lazarett 50 bis 60 Patienten gleichzeitig behandelt wurden, improvisierten die beiden mit einem

»Aufhängeapparat durch einen Bügel aus dickem Eisendraht, dessen zu Ringen gebogenen Enden über die Nagelenden gestülpt wurden. Um ein Abgleiten des Bügels vom Nagel zu verhindern, wurden die Enden über die Extremität und den Verband hinweg miteinander durch Bindfaden verbunden und dadurch diese, wie auch der zwischen ihnen und der Haut liegende Verband gegen das Bein gepresst.«¹¹⁴¹

Wichtig war die zweckmäßige Lagerung des Beins. Der Fuß wurde rechtwinklig mit einem Dreieckstuch angebunden.¹¹⁴² Die Dauer der Extension betrug entgegen der Empfehlung von Steinmann, der diese bis maximal fünf Wochen empfahl, bis zu zehn Wochen. Voraussetzung für die lange Dauer war jedoch, dass das Kniegelenk durch aktive und passive Übungen bewegt wurde. Zudem musste die Nagelstelle sorgfältig kontrolliert werden und mussten die Nägel bei Lockerung gegebenenfalls ersetzt werden.¹¹⁴³ Die Erfolge von Zollinger und Ledergerber waren durchwegs positiv. Die Patienten selbst fühlten sich während der Extension meist wohl, nur bei Zweien der im Lazarett operierten wurde eine Infektion der Nagelstelle festgestellt.¹¹⁴⁴

1138 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkel-schußfrakturen, S. 439.

1139 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkel-schußfrakturen, S. 442.

1140 Ebd., S. 440.

1141 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkel-schußfrakturen, S. 440.

1142 Ebd., S. 444.

1143 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 447.

1144 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerrkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkel-schußfrakturen, S. 453f.; dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkel-frakturen (Schluss), S. 40f.

Die Nagelextension hatte für Ledergerber und Zollinger folgende Vorteile:

- »1. Die Möglichkeit der vollständigen Adaptierung der dislozierten Fragmente.
2. die genügende Fixierung derselben.
3. gute Übersicht über die Wunde und deren Umgebung.
4. Vereinfachung der Wundbehandlung, Möglichkeit der Anwendung von feuchten Verbänden.
5. Einschränkung im Verbrauch von Verbandstoffen.
6. Möglichkeit der passiven und aktiven Bewegungen in Knie- und Hüftgelenk während der Extension.
7. Einfachheit des Verfahrens.«¹¹⁴⁵

Problematisch für die Kriegschirurgie war jedoch die Tatsache, dass die Nagelextension nur in einem stabilen Lazarett durchgeführt werden konnte. Die Behandlung war zeitintensiv und die Patienten konnten während der Extension nicht bewegt werden.¹¹⁴⁶

Waden- und Unterschenkelschüsse führten oft zu ausgedehnten Zertrümmerungen, vor allem, wenn ein kontrahierter Muskel getroffen wurde. Bei diesen Verletzungen war die Infektionsgefahr sehr hoch, bedingt auch durch dem Umstand, dass die Soldaten meist bis zu den Knien im Dreck standen.¹¹⁴⁷

Die Behandlung einer Unterschenkelverletzung erforderte ebenso zunächst eine gute Fixation mittels einer Volkmann'schen T-Schiene. Diese bot den Vorteil, dass das Fußgelenk im rechten Winkel fixiert wird und man dadurch der Bildung eines Spitzfußes vorbeugen konnte.¹¹⁴⁸ Anschließend wurde bei einfachen Frakturen ein Fenster- oder Brückengipsverband angelegt. Nachdem einigermaßen eine Konsolidation erreicht worden war, konnte am Fuß- und Kniegelenk ein Fenster ausgeschnitten und durch Scharniere beweglich gemacht werden. Bei starker Verschiebung der Knochenbrüche wurden *Hackenbruch'sche Distraktionsklammern*, eine externe Fixierung des Knochens, verwendet. Der Fuß des Patienten wurde auf Platten gelegt, die Klammern wurden in den Verband eingegipst und beides wurde von außen mittels einer Gewindestange ausgerichtet.¹¹⁴⁹

1145 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 110.

1146 Ebd., S. 111.

1147 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 442.

1148 Ebd., S. 442, S. 447.

1149 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 18/5 (1918), S. 81-87, S. 83f.

Albert Jentzer beobachtete 1913 in Serbien und 1915 in Linz eine Behandlungsmethode von Unterschenkelfrakturen. Die Methode wurde von Florschütz in Kroatien eingeführt. Sie war als »*dispositif serbo-croate*« auch in Frankreich bekannt und wurde angewandt.¹¹⁵⁰ Die Vorteile dieser Apparatur waren für Jentzer vor allem der einfache und kostengünstige Aufbau und die Verhinderung von wundgelegenen Stellen, sowohl an der Ferse als auch am Unterschenkel. Zudem wurde es dem Patienten ermöglicht Urin und Stuhlgang zu entleeren, ohne dass er das Bett beschmutzte und ohne dass unheilvolle Bewegungen für die verletzte Extremität durchgeführt werden mussten. Das Bein wurde nicht immobilisiert, der Patient konnte es so bewegen, was partielle Versteifungen im Knie verhinderte. Bei komplizierten Brüchen war es durch die Aufhängung des Beines möglich, die Verbände zu wechseln, ohne die Wunde zu irritieren, und durch die Aufhängung in einer Semiflexionsstellung waren die Muskeln entspannt. Im Ergebnis war die Verkürzung des Beines nach der Behandlung geringer als bei anderen Methoden.¹¹⁵¹

Knie- und Gelenkfrakturen stellten einen eigenen Bereich der Kriegschirurgie dar. Die *Vereinigung der Schweizer Ärzte* widmete sich daher 1915 auf ihrer Sitzung in Neuchâtel diesem Thema.¹¹⁵² Professor Charles Julliard aus Genf beschäftigte sich während seiner Zeit als Leiter des Hôpital 112 in Lyon mit diesen Verletzungen.

Seine erste Feststellung war, dass etwa ein Viertel der Extremitätenverletzungen das Knie betraf. Charles Perrier und H. Vulliet werteten diese als schwer, da die Oberfläche des Kniegelenks sehr groß war und so eine Angriffsfläche für Erreger bildete.¹¹⁵³ Die Infektion setzte sich aus mehreren Faktoren zusammen. Zum einen fanden sich Zerstörungen im Gelenk und Knochenverletzungen, zum anderen befanden sich Dreck und Projektile oder Projektilstücke in der Wunde.¹¹⁵⁴ Die Infektionen in Knie- und anderen Gelenkverletzungen bedurften einer längeren Behandlungsdauer und machten sehr häufig weitere Eingriffe nötig, um das Gelenk funktional zu erhalten.¹¹⁵⁵

1150 Reinbold: Société Vaudoise de Médecin. Sitzung vom 6. Mai 1916, S. 527.

1151 Reinbold: Société Vaudoise de Médecin. Sitzung vom 6. Mai 1916, S. 452ff.

1152 Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 35/12 (1915), S. 997-1014.

1153 Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 35/7, S. 373-388, S. 381; Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), S. 251.

1154 Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), S. 251.

1155 Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, S. 999.

Alfred Matthey empfahl, von vornherein alle Knieverletzungen als infiziert zu betrachten und entsprechend zu behandeln; so konnte vermieden werden, dass eine leichte Infektion übersehen werden konnte.¹¹⁵⁶

César Roux aus Lausanne schrieb, dass für die Behandlung der Gelenke:

*»un traitement schématique, „nach der Schablone“, il est indispensable. [...] C'est à cause de la fonction à conserver peut-être. C'est beaucoup plus à cause de la difficulté de juger du pronostic immédiat ou lointain«.*¹¹⁵⁷

Eine Ansicht, die von Charles Perrier geteilt wurde: *»Ne pas agir systématiquement, mais individualiser, telle doit être la ligne de conduite du médecin«.*¹¹⁵⁸ E. Gay und M. Bourcart wiesen darauf hin, dass der Chirurg zudem sehr schnell tätig werden musste, damit man die Bewegung der Gelenke erhalten konnte.¹¹⁵⁹

Julliard unterschied drei Kategorien von Knieverletzungen:

- »1. Sehr schwere Zermalmungen und Zertrümmerungen durch Artilleriegeschosse oder Explosionen.
2. Verletzungen mit mittlerer Intensität; diese waren wie die vorhergehenden immer infiziert.
3. Die Verletzungen mit einer benignen Erscheinung, die durch Gewehrschüsse oder Schrapnellkugeln hervorgerufen werden. Die Symptome der Verletzungen traten nach etwa 36-48 Stunden auf. Der Einschuss war eine oberflächliche Hautwunde und meist punktförmig. Sie war leicht blutend oder schon verkrustet, der Patient klagte über leichtes Fieber oder Apyrexie, eine mehr oder weniger ausgeprägte Schwellung am Knie, Schmerzen, eine Bewegungsunfähigkeit des Gelenks und einen Erguss im Knie. Der Zustand war sonst in der Regel gut. Das Röntgenbild zeigte meist ein Geschoss oder Stücke davon oder eine Fraktur.«¹¹⁶⁰

Die Fälle der 1. und 2. Kategorie erforderten sehr häufig eine Amputation oder eine partielle Resektion des Gelenkes. Bei den Fällen der 3. Kategorie erfolgte zunächst eine strikte Immobilisation des Gelenkes durch Fixation, kombiniert mit einer aseptischen Behandlung mit Drainage. Dr. Nicod aus Lausanne empfahl für die Immobilisation hier besonders einen gefensternten Brückengipsverband.¹¹⁶¹

1156 Ebd., S. 1012.

1157 Roux: Über die Behandlung der Schußwunden der Gelenke, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/3 (1916), S. 84-89, S. 84f.

1158 Perrier: Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, S. 379.

1159 Bourcart: Quelques observations recueillies au cours de trois années de chirurgie de guerre, à Lyon de 1914 à 1917, S. 419; Gay: Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 Mars 1915, S. 319.

1160 Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, S. 1003.

1161 Nicod: Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, S. 113-122; Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, S. 1010.

Roux, Steinmann und Reinbold empfahlen als erste Maßnahme für alle diese Fälle eine Ruhigstellung des Gelenkes für mehrere Stunden, darüber hinaus eine Ruhigstellung des Patienten und die Kontrolle seiner Temperatur.¹¹⁶²

Bei Fällen, in welchen keine ausgedehnten Knochen- und Knorpelverletzungen entstanden waren, kam es oft nur zu einer lokalen Infektion. Diese konnte durch die Drainage in etwa sechs Wochen geheilt werden.¹¹⁶³ Bei sehr leichten Verletzungen genügte mitunter eine Punktion mit einer Nadel, bei welcher Flüssigkeit aus dem Knie gezogen wurde.¹¹⁶⁴ Wenn keine Infektion vorhanden war, durfte das Gelenk nicht eröffnet werden. Auch nicht, um ein Projektil zu suchen und zu entfernen.¹¹⁶⁵

Der Verlauf der Behandlung einer Gelenkverletzung war selten derselbe, da die Heilung in den einzelnen Fällen stark variierte. Bei manchen verbesserte sich die Lage durch Drainage, in anderen trat so eine rapide Verschlechterung ein.¹¹⁶⁶ Bei großflächigen Verletzungen des Gelenks kam es zu starken Infektionen. Daher wurde das Gelenk durch Arthrotomie, ein chirurgisches Öffnen des Gelenkes, eröffnet und eine oder mehrere Drainagen angelegt.¹¹⁶⁷ Dabei zeigte sich, dass es mitunter schwierig war, eine gute Drainage zu legen, besonders am Ellbogen, am Handgelenk oder am Fuß.¹¹⁶⁸ Falls die Arthrotomie nicht ausreichend war, musste zügig zur Resektion geschritten werden. Dabei wurden, unter ständiger Spülung mit Kochsalzlösung, um den Eiter herauszuspülen und die Wunde zu reinigen, Knochensplitter, Fremdkörper und nekrotische Knochenstücke aus der Wunde entfernt. Die Wunde und auch die Gelenkhöhle wurden gereinigt und in der akuten Phase mit feuchten Verbänden, beispielsweise mit steriler oder in Jodoform oder Wasserstoffsuperoxid getränkter Gaze, tamponiert. Man schloss die Wunde nicht, sondern behandelte mit offener Wundbehandlung, falls notwendig auch durch Offenhalten der Wunde.¹¹⁶⁹

1162 Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, S. 1000, S. 1007; Reinbold: Société Vaudoise de Médecin. Sitzung vom 6. Mai 1916, S. 526; Roux: Über die Behandlung der Schußwunden der Gelenke, S. 86.

1163 Nicod: Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, S. 113-122.

1164 Roux: Über die Behandlung der Schußwunden der Gelenke, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/3 (1916), S. 84-89, S. 85.

1165 Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), S. 254.

1166 Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, S. 1004ff.

1167 Senn: Traitement des lésions de guerre des articulations, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42 (1916), S. 1405-1410, S. 1406; Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, S. 1006; Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), S. 251.

1168 Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), S. 252, S. 262.

1169 Senn: Traitement des lésions de guerre des articulations, S. 1407ff.; Vulliet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), S. 251f.

Steinmann empfahl das Einleiten von Sauerstoff in das verletzte Gelenk in Verbindung mit offener Wundbehandlung und Sonnenbehandlung.¹¹⁷⁰

Albert Reverdin und Dr. Grounauer legten nach der Resektion eine leichte Extension an das verletzte Glied an und neben einer Drainage noch eine ständige Spülung der Wunde durch Kochsalzlösung.¹¹⁷¹ Falls sich die Fälle trotz der ergriffenen Maßnahmen nicht besserten und die Infektion bestehen blieb, wurde eine Amputation durchgeführt.¹¹⁷²

Dr. Senn hielt die Arthrotomie des Gelenkes bei einer Knochenverletzung an der Hüfte oder dem Knie für notwendig, da das Gelenk sonst vereiterte und ein Abfluss geschaffen werden musste.¹¹⁷³ Ähnlich äußerte sich auch H. Vuillet. Er empfahl am Knie eine weite Eröffnung, eine Resektion der Bewegungsflächen und anschließend eine Naht der Weichteile. Die Arthrotomie war für ihn nicht ausreichend und auch die Resektion war für ihn nicht die optimale Operation, da die Gelenke in Eiter badeten und sich die Infektion durch den Eingriff noch weiter ausdehnen konnte.¹¹⁷⁴ César Roux empfahl für alle Gelenke zunächst die Resektion, denn diese schuf bessere Wundverhältnisse als die Arthrotomie. Diskussionsgrundlage war ihm zufolge jedoch die Anwendung am Knie. Trat dennoch keine Besserung ein oder zeigte sich, dass eine Öffnung des Gelenkes notwendig wurde, konnte man immer noch eine Arthrotomie durchführen.¹¹⁷⁵ Dr. Grounauer hielt die Arthrotomie in den schweren Fällen, die er beobachtete, für nicht ausreichend. Er schlug eine sehr große Eröffnung des Gelenkes mit einem T-förmigen Schnitt vor, um einen guten Abfluss der Wundsekrete und des Eiters zu ermöglichen.¹¹⁷⁶ Problematisch war besonders bei Knieverletzungen, dass die Fraktur nicht alleine auf das Knie beschränkt war. Dr. Reinbold und Dr. Grounauer beobachteten Fälle, in welchen das Schienbein, das Tibiaplateau und bei einigen jungen Patienten auch die Wachstumsfugen betroffen waren. Innerhalb dieses Frakturbereiches breitete sich dann eine Infektion sehr weit aus.¹¹⁷⁷

1170 Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, S. 1007.

1171 Ebd., S. 1009ff.

1172 Julliard: Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/4 (1916), S. 113-122; Nicod: Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, S. 113-122; Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, S. 997-1014.

1173 Senn: Traitement des lésions de guerre des articulations, S. 1406.

1174 Vuillet: La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), S. 253.

1175 Roux: Über die Behandlung der Schußwunden der Gelenke, S. 88.

1176 Ebd., S. 1014.

1177 Reinbold: Société Vaudoise de Médecin. Sitzung vom 6. Mai 1916, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 36/8 (1916), S. 518-531, S. 528; Réunion des Médecins Suisses. Le 26 septembre 1915, à Neuchâtel, S. 1013.

Die Verletzungen heilten in den leichteren Fällen meist glatt, bei den schwereren oft mit einer Ankylose oder anderen Funktionseinschränkungen.¹¹⁷⁸ Das Resultat der Behandlung war im besten Fall »*la récupération des mouvements articulaires*«, falls diese nicht möglich war, eine kontrollierte Ankylose in einer funktionellen Form, wie beispielsweise einem rechten Winkel beim Sprunggelenk. Im schlechtesten Fall erhielt man ein Schlottergelenk.¹¹⁷⁹

Die Nachbehandlung von Frakturen geschah durch Massage und Mechanotherapie. Dabei war darauf zu achten, dass erst nach dem Abklingen einer Infektion mit den Übungen und Massagen begonnen wurde; sonst eröffnete man mitunter Blut- oder Lymphgefäße und die Infektion breitete sich erneut aus.¹¹⁸⁰

Knochen- und Gelenkfrakturen im Internierungsdienst

Die Gelenk- und Knochenverletzungen, die in Luzern und Fribourg ankamen, waren in allen Fällen alt und meist schon mindestens einmal operiert worden. Dabei war es wiederholt zu Ankylosen oder Schlottergelenken gekommen. Die Aufgabe der Chirurgen war es daher, diese Gelenke wieder gebrauchsfähig zu machen. In Fällen, wo man durch Massage und Bewegungstherapie nicht zum gewünschten Ergebnis kam, erfolgte eine Arthroplastik, die Herstellung eines neuen Gelenkes durch Operation und Implantation von Gewebe. Solche Operationen wurden am Ellbogengelenk, Kniegelenk, Hand- und Fußgelenk durchgeführt.

Zunächst konnte man operativ eine Stellungsverbesserung der Knochen erreichen oder durch Narbenlösung und gleichzeitige Fetteinpflanzung das Gelenk mobilisieren. Bei Verwachsungen des Knochens mussten jedoch eine Resektion und anschließende Einpflanzung von Fett erfolgen. Die knöcherne Ankylose zeigte sich besonders am Ellbogen und Kniegelenk.

Bei einem Schlottergelenk handelte es sich um ein Gelenk, das aufgrund lascher Sehnen und Bänder nicht mehr stabil genug war. Zur Beseitigung konnte man, wenn es zu einer Lücke zwischen den Knochen kam, eine Knochennaht oder eine Knochentransplantation durchführen. Dies gestaltete sich jedoch meist schwierig, da man nicht über ausreichendes Spendermaterial verfügte. Ebenso konnte durch eine Bänderplastik die Stabilität wiederhergestellt werden.

1178 Julliard: Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, S. 113-122.

1179 Reinbold: Société Vaudoise de Médecin. Sitzung vom 6. Mai 1916, S. 528.

1180 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen, S. 448.

In besonders schweren Fällen musste man auch zu einer Arthrodesse greifen, einer künstlichen Versteifung des Gelenkes. Dies war beispielsweise nötig, wenn das umliegende Muskelgewebe zerstört war oder Lähmungen der Nerven vorlagen.¹¹⁸¹

Iselin stellte für die Gelenkoperationen bei Kriegsverletzten drei Regeln auf, nach welchen operiert werden sollte:

- »1. Zwischen letztem Fistelschluß und Gelenkoperation muss mindestens ein Jahr liegen.
2. Vor der Operation ist eine Tetanus-Serumeinspritzung vorzunehmen.
3. Aufgrund der Infektionsgefahr ist die Wunde nicht dicht zu verschließen, sondern soll offen gelassen oder mit einer Drainage versehen werden«.¹¹⁸²

Die Operationen selbst orientierten sich an bereits bekannten Verfahren von Kocher, Murphy, Payr oder Lexer. Das Gelenk wurde eröffnet und unter Schonung der Muskeln und des noch vorhandenen Bandapparates freigelegt. Am Kniegelenk wurden seitliche Längsschnitte vorgenommen, um das Gelenk freizulegen.¹¹⁸³ Falls Sehnen und Muskeln entfernt werden mussten, geschah dies durch stumpfes Abhebeln. Mit Hohlmeißelzangen und Meißeln wurde der Callus durchschlagen und der Knochen ausgemeißelt. Man modellierte nun aus dem Knochen einen neuen Gelenkkopf und eine Gelenkpfanne. Das offene Gelenk wurde von sämtlichen Gewebsfetzen, Kapselresten, Splintern und Periostfetzen gereinigt. Aus Muskelfascien aus dem Oberschenkel wurden nun die Gelenkflächen aufgebaut.¹¹⁸⁴ Dazu wurden die freien Enden des neuen Gelenkes mit einem Fettfascienlappen umhüllt, so dass mindestens ein Knochenende überdeckt war. Bei Schlottergelenken wurde zudem eine Bänderplastik durchgeführt. Dazu wurde aus einer Fascie ein neues Band erstellt und mit der Muskulatur verbunden. Bei allen in der A.S.A. durchgeführten Operationen wurde standardmäßig eine Drainage angelegt.¹¹⁸⁵

Hoessly stellte fest, dass der größte Teil des autoplastisch (vom selben Patienten) verpflanzten Fettgewebes nicht direkt anheilte, sondern abstarb oder eine »regressive Metamorphose« einging und erst sekundär durch ein neues, nicht immer homologes Gewebe ersetzt wurde.¹¹⁸⁶

1181 Iselin/Wydler, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/5 (1918), S. 150-154.

1182 Ebd., S. 152.

1183 Ebd., S. 154.

1184 Ebd., S. 154.

1185 Hoessly: Über Arthroplastik bei Kriegsinvaliden, in: *Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz)*, Bd. 6, S. 476-508, S. 480f., S. 494, S. 496.

1186 Ebd., S. 481.

Die Operationstechnik für das Ellbogen- und Schultergelenk beschrieb Wydler:

»Arthroplastik wurde wegen totaler oder partieller Ankylose der betreffenden Gelenke nach Schussverletzung mit komplizierter posttraumatischer Gelenkseiterung ausgeführt. [...] Bei den Ellenbogengelenksankylosen wurden fast immer Lappenschnitte angewendet mit temporärer Abmeißelung des Olecranon und Hinaufklappen desselben mit der Tricepssehne. Beim Resezieren der Gelenkenden suchte man die frühere Gestalt der Gelenkfläche möglichst nachzuahmen. Sehr empfohlen hat sich die gabelförmige Gestaltung der Ulna mit entsprechender Rinne im Humerus. Das gab eine sichere Führung und verhinderte Schlottergelenke. Eines der Gelenkenden wurde nach gründlicher Exstirpation der geschrumpften Gelenkkapsel mit einem freien Fettlappen gedeckt und sodann die Gelenkenden reponiert. Zum Schluss folgte die Naht der Weichteile.«¹¹⁸⁷

»Bei den Schultergelenksplastiken stehen uns zur Erreichung eines befriedigenden Resultates verschiedene Wege zur Verfügung. Ist die Muskulatur intakt und funktionsfähig und der Humeruskopfdefekt kein zu großer, so werden wir eine Arthroplastik ausführen; in unseren Fällen war dies jedoch nicht möglich, weshalb wir eine Ankylose zwischen Humerusstumpf und Scapula anstrebten. Trotz dem Wegfall der wichtigsten Komponente der Schulterbewegung, dem Humero-Scapulargelenk, bleibt uns im Acromioclaviculargelenk doch noch ein sehr brauchbarer Rest übrig, den wir durch die ausgeführte Ankylosierung ausnützen können.«¹¹⁸⁸

Zur Nachbehandlung empfahl Wydler eine Semiflexion des Gliedes und frühzeitige Bewegung oder zumindest in den ersten Tagen nach der Operation häufigen Stellungswechsel des operierten Gelenkes. Die Gefahr einer Schädigung der Fettplastik sah er dabei als geringer an als das Risiko einer erneuten Ankylose.¹¹⁸⁹ Diese Ansicht teilte auch Ziegler, denn eine zu lange Ruhigstellung förderte eine Versteifung. Zudem regte er an, dass man die Glieder durch weitere zirkulationsfördernde Maßnahmen wie Massagen behandeln sollte.

Für die Lagerung des verletzten Gelenkes empfahl er eine Extensionsschiene, die so konstruiert war, dass sie einfach zu handhaben war, die Muskelentspannung durch Semiflexion ermöglichte und einfache passive und aktive Bewegungen möglich waren. Wichtig war auch, dass das verletzte Glied zugänglich war und die Konstruktion der Schiene weitere Extensionsmöglichkeiten wie eine Nagelexension zuließ.¹¹⁹⁰

Die Nachbehandlung wurde nach erfolgter Wundheilung und dem Entfernen der Nähte begonnen. Dies dauerte etwa zwei Wochen. Man startete mit vorsichtigen passiven Bewegungen. Am Arm wurde mindestens einmal am Tag das Extrem der Bewegung passiv ausgeführt, indem der Arm in einer Extensionsschiene gebeugt oder gestreckt wurde.

1187 Iselin/Wydler, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/5 (1918), S. 153.

1188 Ebd., S. 153.

1189 Ebd., S. 153.

1190 Landau: Neuro-pathologische Kriegserfahrungen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 69/2 (1919), S. 33-47.

Nach einigen Wochen wurde die Bewegung im Wassersolbad durchgeführt. Am Knie oder am Fuß wurde zunächst mäßige Extension angewandt, um zu verhindern, dass der starke Muskelzug der Beine das neu geformte Gelenk wieder zusammenschob. Bei einigen Patienten musste die Mobilisation zu Beginn unter Narkose vorgenommen werden.¹¹⁹¹

Hoessly kam jedoch nicht zu einem befriedigenden Ergebnis, da viele der Patienten große Infektionen in den Gelenken hatten, welche die Muskeln und den Bandapparat stark schädigten. Ein großer Teil des Gelenkes war zudem vielfach auch durch Kugel- oder Granatverletzung zerstört worden. Problematisch wurde ebenfalls bei fast allen in der A.S.A. operierten Gelenksverletzungen das erneute Aufflackern der Infektion – da sich abgekapselt im Knochen weiterhin Infektionsherde befanden, die nun eröffnet wurden. Die Eiterung ermöglichte zwar gleichwohl kurzfristig ein gutes Resultat, aber Wochen und Monate nach der Operation konnte sich dennoch eine Verschlimmerung einstellen. Dies führte Hoessly darauf zurück, dass der Knochen in vitaler Hinsicht beschädigt war und entweder mit übermäßigem Knochenwachstum oder einer zunehmenden Atrophie reagierte. Zudem warf er die Frage auf, »ob nicht ganz allgemein jede Nearthrose sich im Laufe der Zeit verändert und dabei funktionell verschlechtert, da nach biologischen Gesetzen ein Knochen, der des Knorpels beraubt ist, sowohl auf Druck wie auf Reibung im Sinne der Atrophie oder Hypertrophie reagiert.«¹¹⁹² Die wiederaufflackernde Infektion behinderte oder verhinderte zudem die Nachbehandlung, was zu einer weiteren Verschlechterung des Operationsergebnisses beitrug.¹¹⁹³ Im Ergebnis bekam man am Ellbogen in den meisten Fällen eine gute Beweglichkeit. Zwar beklagte Hoessly bei vielen Gelenken eine mangelnde Seitenstabilität, diese schränkte aber die Funktion nicht übermäßig ein. Die Kraft der mobilisierten Arme war jedoch gegenüber dem Gesunden stark herabgesetzt. Die Patienten waren nur noch in der Lage, leichte Arbeiten durchzuführen.¹¹⁹⁴ Durch schlechte Nachbehandlung und zu energische und unzweckmäßige Massagen und übermäßige Bewegungen entwickelte ein Patient, der eigentlich auf dem Weg der Heilung war, ein Schlottergelenk. Besonders gefährlich war für Hoessly daher eine falsche Bewegungstherapie bei einem defekten Bandapparat.¹¹⁹⁵

1191 Hoessly: Über Arthroplastik bei Kriegsinvaliden, in: Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen, S. 484.

1192 Ebd., S. 477ff., S. 506.

1193 Ebd., S. 481.

1194 Hoessly: Über Arthroplastik bei Kriegsinvaliden, in: Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen, S. 491.

1195 Ebd., S. 493.

Bei den anderen Operationen, besonders am Fußgelenk, bekam man durchaus wünschenswerte Ergebnisse; bei den Kniegelenken wurde zumindest eine Verbesserung der Beweglichkeit erzielt. Am Fuß-, Hand- und Kniegelenk stellte Hoessly jedoch eine ausgesprochene Tendenz zur Reankylosierung fest.

Das kurz nach der Operation erreichte Ergebnis ließ sich nicht aufrechterhalten. Ziel sollte nach Hoessly daher eher sein, eine verbesserte Beweglichkeit bei großer Stabilität herzustellen als große Beweglichkeit bei mäßiger Stabilität.¹¹⁹⁶

Wenn sich die Gelenke dennoch versteiften, konnte man auch mit einer forcierten Bewegung in Narkose keine Besserung erzielen. Erfolgversprechender waren Bewegungsübungen mit Gewichtsröllenzügen. Diese sollten am besten in Verbindung mit Solebädern durchgeführt werden, da die Schmerzen deutlich gesenkt und die Behandlungsdauer so verlängert werden konnten.

Beim Entstehen von Schlottergelenken konnte man durch die Verwendung von Hülsenapparaten die Beweglichkeit aufrechterhalten und die Muskulatur durch Massagen kräftigen. Alle Bewegungen des Gelenkes waren dabei zu unterlassen. Konnte das Schlottergelenk so dennoch nicht verhindert werden, so musste man eine Bänderplastik durchführen.¹¹⁹⁷

Da die Patienten von Hoessly zügig repatriert wurden und er bereits 1918 starb, fehlten ihm spätere Nachkontrollen seiner Behandlungen.

Hans Brun war unzufrieden mit den bislang angebotenen Apparaten zur Extensionsbehandlung. Deshalb machte er sich daran, einen eigenen Apparat zu konstruieren, der seinen Vorstellungen entsprach. Wichtig für Brun waren:

- »1. Der Apparat sollte für alle Fälle Anwendung finden, bei denen eine Extensionsbehandlung in Frage kommt, also für die Frakturen der obern und untern Extremität.
2. Er soll für jede Lage des verletzten Gliedes brauchbar sein, insbesondere auch für die verschiedenen Semiflexionsstellungen.
3. Er soll eine solide, sichere und bequeme Lagerung ermöglichen, dabei aber so einfach konstruiert sein, dass einmal nicht noch eine Menge von zu improvisierenden Ext-rastücken nötig, zum andern alles fix ist, nicht verloren oder vergessen werden kann.
4. Er soll sich an jedem Bett, am einfachen Spitalbett wie am luxuriöseren Privatbett anbringen lassen, ohne dass irgendwas an diesem beschädigt werden muss.

1196 Hoessly: Über Arthroplastik bei Kriegsinvaliden, in: Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen, S. 505ff.

1197 Ebd., S. 507f.

5. Auf ihm soll die kranke Extremität der Kontrolle, eventuell auch der Röntgenuntersuchung, der Behandlung, Massage, Verbandswechseln etc. gut zugänglich sein.

6. Die von dem Apparat verlangte mechanische Wirkung (Züge, Gegenzüge) soll in klarer, sicherer und einfacher Weise erreicht werden.«¹¹⁹⁸

Die von Brun konstruierte Vorrichtung ruhte auf einem Trägergestell, welches mit Klemmschrauben auf dem Bett angebracht wurde. Je nach Position der Schiene gab es zwei unterschiedlich lange Befestigungen.

Auf dem Träger befand sich eine Aufnahme für ein Stativ, welches den Lagerrahmen für die Extremität und die Rollenhebel für die Extension aufnahm. Der Lagerrahmen war mit waschbarem Segeltuch bespannt und konnte mit Spannrollen auf jede Länge des Rahmens eingestellt werden.¹¹⁹⁹ Der Fuß wurde durch einen speziellen Fußhalter fixiert, dieser war in alle Richtungen verschieb-, neig- und drehbar. Für die seitliche Fixierung konnten Seitenzugbügel angebracht werden. Diese waren durch Klemmschrauben befestigt und mit einer Zugrolle versehen.¹²⁰⁰

1198 Brun: Ein neuer und universeller Apparat zur Extensionsbehandlung von Frakturen und Mobilisation von Gelenken, S. 469.

1199 Brun: Ein neuer und universeller Apparat zur Extensionsbehandlung von Frakturen und Mobilisation von Gelenken, S. 470.

1200 Ebd., S. 471.

Pseudarthrosenbehandlung in den Lazaretten und dem Internierungsdienst

Ledergerber, Zollinger, Reinbold und Pettavel beschäftigten sich mit den Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Pseudarthrosen. Eine Pseudarthrose ist ein durch einen nicht geheilten Bruch des Knochens entstehendes Falschgelenk. Es entwickelte sich besonders bei großen Knochendefekten, in welchen Knochenstücke weggesprengt waren, bei Sequesterbildung oder Granulationsgewebe zwischen den Knochenfragmenten oder durch ungünstige Stellung der Knochenstücke zueinander. Durch zu starke Extension konnte es ebenfalls zu einer Pseudarthrose kommen.

Man versuchte zwar in leichten Fällen durch eine langandauernde Gipsschienung eine Ausheilung zu erzielen, aber die überwiegende Zahl der Fälle musste operativ konsolidiert werden.¹²⁰¹

Dabei zeigten sich gute Ergebnisse mit einer Verklammerung. Dazu wird die Wundhöhle zunächst gereinigt und anschließend werden die Knochenenden »treppenförmig angefrischt, durch die Abmeißelung von Kallus und Exkochleation von Narben und Narbengewebe«.¹²⁰² Pettavel nahm Knochentransplantate aus der Fibula, die mittels Lambott'scher Platten fixiert wurden. Diese Verfahren waren aber bei Kriegsfrakturen nicht immer anwendbar, da die Schrauben in den stark verletzten Knochen schlecht hielten.¹²⁰³ Zudem konnte die Verschraubung dazu führen, dass sich eine neue Pseudarthrose bildete.¹²⁰⁴

Eine weitere Möglichkeit zur Behandlung von Pseudarthrosen stellte die Verbolzung dar.

»Als Bolzen dienten Elfenbeinstifte oder Rindsknochenstücke, die wir uns aus der Küche holten und selbst zurecht schnitten, so dass sie daumendicke bis 8 cm lange, beidseits leicht zugespitzte Stifte darstellten, die durch 20 Minuten langes Kochen keimfrei gemacht wurde. Nach Anfrischen der Knochenenden wurden diese Bolzen in die Markhöhle eingetrieben und die Patienten mit Gehgipsverbänden auf die Beine gestellt.«¹²⁰⁵

Daneben wandten Ledergerber und Zollinger noch die Knochennaht, eine äußere Verbolzung, durch Einschlagen von Nägeln durch den Knochen und Fixierung durch Drähte an. Ledergerber und Zollinger berichten darüber hinaus von Fällen, bei denen sie eine falsche Knochenstellung korrigieren mussten.

1201 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 113.

1202 Dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen (Schluss), S. 44.

1203 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/12 (1916), S. 367-378, S. 372.

1204 Reinbold: Société Vaudoise de Médecin. Sitzung vom 6. Mai 1916, S. 527.

1205 Ledergerber/Zollinger: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen (Schluss), S. 44.

Diese bildete sich meist durch die Behandlung ausschließlich mit einem Gipsverband, ungenügende Extension oder Konsolidation. Dabei versuchte man zuerst in allen Fällen die Osteoklasie, ein erneutes Brechen des Knochens, oder die Osteotomie, eine operative Korrektur der Fehlstellung.¹²⁰⁶

Bei beiden Eingriffen wurde im Anschluss eine Nagelexension durchgeführt, »unseres Erachtens die einzige Methode, die gestattet, veraltete Fälle, bei denen es bereits zu einer starken Refraktion der Weichteile gekommen ist, zu korrigieren«.¹²⁰⁷

Hans Brun behandelte in Luzern 135 Fälle von Pseudarthrosen, überwiegend an den oberen Extremitäten.¹²⁰⁸ 128 davon waren die Folge von Schussverletzungen. Bei 75 davon handelte es sich um Schüsse aus der Nähe, gekennzeichnet durch grobe Splitterung, große Knochendefekte und ausgedehnte Weichteilverletzungen. 114 der Schusswunden waren infiziert und daher verbunden mit einer starken und andauernden Eiterung und einem Absterben des Gewebes, was mehrmalige Operationen nötig machte. Bei 72 Patienten gab es Knochendefekte.¹²⁰⁹

Brun hat einzelne Fälle, bei denen eine Histologie des verletzten Knochenstückes angefertigt werden konnte, dokumentiert und vorgestellt. Die von ihm entnommenen Knochenstücke wurden unter Mithilfe von Professor O. Busse vom Pathologischen Institut der Universität Zürich untersucht und aufbereitet.¹²¹⁰

Eine Pseudarthrose führte, da die Stabilität des Knochens aufgehoben war, zu einer unphysiologischen Bewegung und zu einer Beeinträchtigung der Muskelfunktion. Bei den Pseudarthrosen an den Beinen oder im Hüftbereich konnten sich die Patienten nur mit Krücken bewegen. Eine Pseudarthrose ist meist schmerzfrei und lässt eine Bewegung der Knochen gegeneinander zu. Erkennbar war die Pseudarthrose auf einem Röntgenbild. Dabei waren jedoch zwei Aufnahmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten nötig, damit man feststellen konnte, ob es sich tatsächlich um eine Pseudarthrose handelte oder nur um eine verzögerte Konsolidation eines Knochenbruchs.¹²¹¹

1206 Dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), S. 122.

1207 Dies.: Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen (Schluss), S. 47.

1208 Brun: Die Pathologie der Pseudarthrosen. Erster Teil, S. 7.

1209 Ebd., S. 1f.

1210 Ebd., S. 1.

1211 Brun: Die Pathologie der Pseudarthrosen. Erster Teil, S. 81.

Brun konnte von seinen Operationen eine ausführliche Dokumentation durch Röntgenbilder und mikroskopische Schnitte anfertigen. Die Röntgenbilder wurden dabei abgezeichnet und in die Dokumentation mit aufgenommen. Brun unterschied nun zwei Arten von Pseudarthrosen, die *eigentliche Pseudarthrose* und die *Pseudarthrose mit Defekt*. Diese benötigten unterschiedliche Behandlungsmethoden. Die Pseudarthrose mit Defekt war gekennzeichnet durch eine ausgedehnte Zertrümmerung der Knochensubstanz und charakteristisch für Schussfrakturen.¹²¹²

Der Bereich der Pseudarthrose musste in den meisten Fällen operativ entfernt werden. Das Zusammenfügen der Bruchstücke erfolgte anschließend durch eine Knochennaht, durch Überbrückung durch das Einbolzen oder Verschrauben eines Knochenspanes aus dem Schienbein oder durch chirurgische Platten aus Metall.¹²¹³

Die Heilung der Verletzung war dabei jedoch nicht immer im gewünschten Maße erfolgt. So bei einem 29-jährigen Soldaten, der im März 1916 bei Verdun durch einen Gewehrschuss in den Radius verletzt wurde. Nach einer erfolgten Entsplitterung der Wunde wurde in einer weiteren Operation im Mai 1917 ein Knochenspan aus dem Schienbein eingesetzt, dieser heilte jedoch nicht ein.¹²¹⁴ Einem anderen Soldaten, der eine Fraktur des Oberarmes durch einen Gewehrschuss erlitten hatte, wurde zunächst ein Knochenspan eingesetzt, dieser heilte jedoch nicht ein und musste entfernt werden. Die Knochenenden wurden dann mit Catgutnähten fixiert. Bei diesem Patienten konnte aber dennoch ein Heilungserfolg erzielt werden.¹²¹⁵

Brun kam zu dem Schluss, dass die von ihm behandelten Kriegspseudarthrosen eine spezielle Form darstellten, welche in Friedenszeiten nur bedingt vorkam. Der klinische Zustand der Patienten, welche sich bei ihm in Luzern vorstellten, war bedingt durch eine Schädigung des allgemeinen Befindens als Folge der Verletzung, sei es durch Blutverlust, Infektionen mit Fieber, die Auszehrung des Körpers durch lange Eiterung und schlechte Heilung während der Monate der Gefangenschaft, eher schlecht.¹²¹⁶

1212 Ebd., S. 9.

1213 Ebd., S. 16f., S. 22f., S. 27f.

1214 Ebd., S. 16.

1215 Ebd., S. 20.

1216 Ebd., S. 64.

Brun schrieb über die Ursachen der Pseudarthrose bei seinen Patienten:

»Im Wesentlichen sind die Ursachen der Pseudarthrosen doch lokaler Natur. Schon die Beschaffenheit der Frakturen ergibt in den meisten Fällen ein wichtiges Ätiologisches Moment. In ca. 60 Prozent handelt es sich um einen Nahschuss mit der charakteristischen hydrodynamischen Sprengung und Aufreissung und hochgradigster Durchschütterung des Gewebes. [...] Durch den Schuss können Stücke des Knochens direkt herausgerissen werden, so dass schon damit ein größerer Knochendefekt primär gesetzt ist. Vor allem aber wird der Periostzylinder aufgerissen, das Periost von den daselbe ernährenden Weichteilen abgelöst. Es wird in Fetzen in zerrissene, durchblutete Weichteile und zwischen die Bruchenden versprengt. [...] Mit meist großem Ausschuss und grober Weichteilverletzung ist die Schussfraktur zudem eine offene. Schon Bruns hat nachgewiesen, dass auch die offenen Frakturen des Friedens eine relativ grosse Zahl von Pseudarthrosen liefern und auch er erwartete, dass die Kriegspseudarthrose vor allem der offenen Fraktur folge. [...] Die häufigste in meinen Fällen ist die Diastase der Fragmente und der Knochendefekt [...].«¹²¹⁷

Zudem stellt er Folgendes fest:

»Auch operative Eingriffe an der Bruchstelle sind geeignet die osteoplastische Aktivität schon primär zu schädigen. So finde ich bei meinen Fällen auffallend häufig die Angabe über Frühoperationen der Splitterbrüche, die darin bestand, zerfetzte, der Nekrose geweihte Weichteile zu entfernen und vor allem die frischen Splitter zu extrahieren. [...] Es scheint mir, dass diese Frühoperationen mit aseptischem Wundverlauf und entsprechend sehr geringer entzündlicher Reaktion Pseudarthrosenbildung begünstigen. [...] Ich betrachte es als großen Fehler, solche Knochenstücke in den ersten Tagen und Wochen der Heilungszeit einer eiternden Schussfraktur zu entfernen.«¹²¹⁸

Ein weiteres Problem sah er auch in der Verwendung der damals gebräuchlichen Extensionsbehandlung, welche die Knochenenden zu weit auseinanderziehen konnte und so die Muskulatur schwächte. Zudem sah Brun Probleme in der durchgeführten Wundbehandlung. Durch zu häufige Verbandwechsel, Spülungen und Eröffnung von Abszessen wurde die unmittelbare Stabilität der Fixation immer wieder gestört.¹²¹⁹ Ziel der Operation einer Kriegspseudarthrose war daher, »das freie Anstehen sauberer Knochenflächen« zu erreichen.¹²²⁰ Der Knochen sollte im Anschluss an die Behandlung wieder stabil und belastbar sein. Besonders bei Pseudarthrosen an den unteren Extremitäten stellte sich die Frage, ob das Bein ausreichend belastet werden konnte, sodass es dem Patienten möglich war zu gehen.¹²²¹ Die funktionelle Belastung einer Kriegspseudarthrose war meist beeinträchtigt, denn durch die Entzündungen war die Muskulatur geschwächt.¹²²²

1217 Brun: Die Pathologie der Pseudarthrosen. Erster Teil, S. 66.

1218 Ebd., S. 66.

1219 Ebd., S. 66f.

1220 Ebd., S. 78.

1221 Brun: Die Pathologie der Pseudarthrosen. Erster Teil, S. 62.

1222 Ebd., S. 78.

Kopf-, Gesichts- und Nervenverletzungen im Internierungsdienst

Otto Veraguth leitete die Neurologische Abteilung der A.S.A. in Luzern. Auch Hans Brun und Fritz de Quervain haben Nervenoperationen an Internierten durchgeführt.¹²²³ Zudem berichtete Emil Looser ausführlich über Nervenverletzungen.¹²²⁴

In Luzern hatte man es, anders als in den Kriegslazaretten, nicht mit akuten Verletzungen und daher auch nicht mit akuten Kriegswirkungen auf die Psyche zu tun. Man hatte bei ca. 1.100 Internierten nur vereinzelte hysterische Anfälle, hysterische Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, aber keine Kriegszitterer und nur wenige Fälle mit Anzeichen von psychogener Pseudodemenz.¹²²⁵ Veraguth und Brunschweiler nahmen in der A.S.A. experimentelle Untersuchungen an Hirnverletzten vor, um die Auswirkungen der Verletzungen auf Sensibilitätsstörungen zu untersuchen.¹²²⁶

Brun führte an Patienten mit vernarbten Kopf- und Schädelverletzungen Operationen durch, mit dem Ziel, durch die Entfernung der Narbe die Spannung des Narbenzuges auf das Gehirn zu beseitigen. Denn seiner Ansicht nach wirkte sich der knöcherne Verschluss eines Schädeldefektes ungünstig auf das Gehirn aus und konnte so epileptische Anfälle auslösen. Diese Ansicht teilte auch de Quervain, er erklärte dies durch die Hirndrucksteigerung bei Epileptikern, welche zu einem Anfall führen konnte. Brun und auch de Quervain stellten wiederholt epileptische Anfälle während der von ihnen durchgeführten Operationen fest.¹²²⁷

Charles Julliard unterschied drei unterschiedliche Arten von Kopfverletzungen:

1. Formen mit diffusen zerebralen Störungen
2. Formen mit lokalen zerebralen Störungen
3. Formen ohne zerebrale Störungen
 - a) mit Frakturen des Schädels
 - b) ohne Frakturen des Schädels¹²²⁸

1223 Binswanger: Über Kommutationspsychosen und Verwandtes, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/42, S. 1401-1412.

1224 Looser: Kriegsverletzungen der Gefässe und Nerven, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42 (1916), S. 1411-1432.

1225 Binswanger: Über Kommutationspsychosen und Verwandtes, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/42, S. 1402.

1226 Brunschweiler: Observations cliniques sur les troubles de la sensibilité dans 12 cas de blessures pariétales de guerre, S. 243ff.; Veraguth/Brunschweiler: Zur Experimentalpsychologie der Sensibilitätsstörungen Hirnverletzter, S. 273ff.

1227 Brun: Vereinsberichte. Ärztlicher Zentralverein, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/42 (1917), S. 1412-1415, S. 1412; Quervain: Autoreferat, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/39 (1917), S. 1383-1390, S. 1384.

1228 Julliard: Les blessures de guerre de la tête, S. 1342.

Die Häufigkeit der Epilepsie nach Schädelchüssen lag bei etwa einem Viertel bis einem Fünftel der Überlebenden.

Zu den Ursachen der Epilepsie rechnete de Quervain den Spätabszess, Narbenverwachsungen des Gehirns, Knochensplitter, Fremdkörper und Zystenbildung.¹²²⁹

Die Reizung des Gehirns war vor allem durch die narbige Verbindung von Rinde, Dura und Galea gegeben, auf die Theodor Kocher hingewiesen hatte. Der äußere indirekte Muskelzug an der Galea durch Sprechen, Kauen, Kopfdrehen und ähnliche Bewegungen wurde durch die Narbe auf die Hirnrinde übertragen. Falls also der Verdacht bestand, dass eine Reizung des Gehirns durch die Narbe oder Fremdkörper vorliegt, so musste operiert werden.

Die Lokalisation des Fremdkörpers erfolgte durch eine Röntgenaufnahme und hirntopografische Analyse der Wunde. Dabei wurde durch motorische Tests der Bereich des Gehirns ermittelt, in dem sich der Fremdkörper befand.¹²³⁰

»Lokal-Anästhesie. Freilegen des Schädeldefektes, Abschieben des Periostes vom Defektrand außen, der Dura innen, Erweiterung des Knochendefektes, bis gesunde Dura freiliegt, Umschneidung der Duranarbe im Gesunden und nun präparatorisches konzentrisches Auslösen der gesamten Narbe. [...]

Hirndefekte werden mit Fett aufgefüllt, die Duralücke mit Fascie geschlossen (zusammenhängender Fettfascienlappen aus dem Oberschenkel). [...] Deckung des Schädeldefektes mit gesunder narbenloser Galea, wenn nötig mit Lappenbildung aus der Nachbarschaft. [...] Sauber eingesetzt heilt die Fascia lata so fein in den Duradefekt ein, dass nach einigen Wochen die Grenze zwischen ihr und der Dura makroskopisch kaum mehr zu erkennen ist. [...]

Von größter Wichtigkeit ist neben der chirurgischen Behandlung (Forderung tadelloser Technik und aseptischer Wundverlauf) die konsequente und lange Zeit, auf Jahre hinaus, durchgeführte Brombehandlung.«¹²³¹

Die von Erich Lexer entwickelte autoplastische Fettfüllung wurde von de Quervain bei Internierten durchgeführt.¹²³² Julliard aus Genf empfahl zur Deckung des Knochendefektes eine Knorpelplastik, da diese nicht so viel Druck auf das Gehirn ausübte und wie ein Ventil wirkte.¹²³³ Er verwendete aber vereinzelt auch metallische Platten, um die Defekte zu decken.¹²³⁴

1229 Quervain: Autoreferat, S. 1385ff.

1230 Ebd.

1231 Brun: Vereinsberichte. Ärztlicher Zentralverein, S. 1412ff.

1232 Quervain: Autoreferat, S. 1387.

1233 Julliard: Société Médicale de la Suisse Romande. Sitzung vom 25. Oktober 1917, S. 616.

1234 Ders.: Société Médicale de Genève, in: Revue médicale de la Suisse Romande 37/6 (1917), S. 365-368, S. 365f.

Binswanger, der als Neurologe in der A.S.A. tätig war, beschrieb einzelne Fälle, welche er mitbehandelt hatte. Beim ersten Fall handelt es sich um einen Maschinenschlosser, Jahrgang 1892, der im September 1914 durch einen Gewehrkegelquerschläger von links vorn nach rechts hinten oberhalb des rechten Auges verletzt wurde. Der Patient verlor das Bewusstsein nicht und wurde 24 Stunden später von Sanitätssoldaten ins Feldlazarett getragen. Er hatte phantasiert und schimpfend und schreiend dagelegen. Nach zehn Tagen sank seine erhöhte Temperatur und das Bewusstsein klarte wieder auf. Während der Dauer eines Fieberschubs war der Patient in einem psychotischen Zustand mit völligem Erinnerungsverlust. Der Patient war stark erregt, so dass man ihn mehrfach in eine Zwangsjacke stecken musste. Er beschimpfte die Ärzte und Pfleger und fiel mehrfach aus dem Bett und schlug um sich. Am zweiten Tag wurde er ruhiger, bis er am dritten Tag wieder klar wurde. Da die Wunde jedoch stark eiterte, wurde er im Mai 1915, acht Monate nach der Verwundung, operiert. Der Patient war nun leicht reizbar und hatte starke Stimmungsveränderungen. In der A.S.A. wurde er im September 1916 erneut operiert. Dabei erfolgten eine Auslösung der Gehirnnarbe und die Entfernung eines großen Knochensplitters. Während der Operation hatte der Patient einen Anfall, der mit Äther beruhigt wurde. Nach der Operation schlug die Stimmung um, der Patient war leicht euphorisch und zufrieden. Er bekam die ersten 14 Tage vier Sedobroltabletten, später noch längere Zeit zwei Tabletten täglich. Im November 1916 hatte der Patient einen erneuten Anfall mit nachfolgender leichter Dysarthrie. Wegen wiederholter Anfälle, für welche man die Narbenbildung verantwortlich machte, wurde eine dritte Operation notwendig. Ein etwa 3 Zentimeter langer Defekt wurde mit einem Tibiaspan überbrückt. Der Patient hatte nach dieser Operation gute Laune, bis nach etwa sechs Wochen erneut Anfälle auftraten. Der Patient ermüdete leicht und klagte über Probleme beim Denken, da er in seinen Gedankengängen von Zeit zu Zeit ohne Grund ins Stocken kam und abbrach. Zudem war die Merkfähigkeit herabgesetzt. Der Patient litt seit der Kopfverletzung an einer Komotionspsychose, die zu einer traumatischen psychopathischen Konstitution führte.¹²³⁵

Der zweite Fall war ein französischer Soldat, Jahrgang 1892, von Beruf Schneider. Er wurde im Liegen an der Stirn von einer Schrapnellkugel verletzt. Der Patient erinnerte sich an den Moment der Verwundung, nahm eine Verbandpatrone aus der Tasche und legte sie auf die Wunde. In diesem Moment wurde er bewusstlos.

¹²³⁵ Binswanger: Über Komotionspsychosen und Verwandtes, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/42 (1917), S. 1403ff.

Drei Wochen später erwachte der Patient und hörte das Wort »Munich«. Er war erstaunt, in Bayern zu sein, und verlangte nach Schreibutensilien, um nach Hause zu schreiben. Er konnte jedoch nicht schreiben, sondern musste einem Kameraden diktieren. Er war erschöpft und ermüdete leicht. Nach drei Wochen konnte der Patient wieder schreiben; nach etwa acht Wochen war das Gedächtnis wiederhergestellt. Die Lähmungserscheinungen und Probleme bei der Wahrnehmung verschwanden nach drei Monaten. Im November 1916 wurde er in der A.S.A. operiert, um die in einer Narbe der Hirnhaut eingebettete Schrapnellkugel von 1 Zentimeter Durchmesser zu entfernen. Diese war durch den Schädelknochen in der Mitte aufgeschlitzt worden und mit Knochen gefüllt. Der Patient bekam im Anschluss an die Operation Sedobroltabletten und erholte sich rasch.¹²³⁶

Ein dritter Fall betraf einen Berufssoldaten aus London. Der 1895 geborene Soldat wurde im August 1914 im Graben stehend in die Stirn getroffen. Der Patient war sofort bewusstlos, soll aber am Tag zwei Mal erwacht sein. Die Bewusstlosigkeit dauerte drei Tage. Der Patient war nach seinem Erwachen jedoch keineswegs normal; vielmehr befand er sich für über ein Jahr in einem amnestischen Stadium und lebte nach eigenen Angaben wie in einem Traum. Er bekam plötzlich eine große Lust, andere zu ärgern und grundlos zu lachen. Nach drei Wochen war er erstmals operiert worden. Weihnachten 1914 bekam er regelmäßig epileptische Anfälle, die bis Juli 1916 etwa monatlich wiederkehrten. Kameraden erzählten über ihn, dass er inkontinent war und sich im Lager völlig idiotisch benommen habe. Im Mai 1916 kam er in die Schweiz, zunächst nach Château d'Œx, und wurde im Oktober 1916 in der A.S.A. operiert. Man fand einen Schädeldefekt, die Ausschussöffnung befand sich in der linken Zentralgegend und wurde mit einer Zange erweitert, so dass ein 6 Zentimeter langer und 2 Zentimeter breiter Defekt entstand. Es folgte eine Exzision der Narbe in der Hirnhaut, welche Knochensplitter enthielt. Der Defekt wurde mit einer Knochenplastik und Fettfascienlappen geschlossen. Der Patient litt fünf Tage lang an sehr häufigen Anfällen; diese ließen langsam nach und bis auf gelegentlichen Schwindel, Kopfschmerzen und Nebel vor den Augen klagte der Patient nicht über Probleme. Er blieb jedoch kindlich ausgelassen, lachte ständig und warf mit Essen nach seinen Kameraden. Der extreme Zwang, andere zu ärgern, blieb. Der Patient war nicht arbeitsfähig, aber auch nicht geeignet, um in eine Irrenanstalt eingewiesen zu werden.¹²³⁷

1236 Binswanger: Über Komotionspsychosen und Verwandtes, S. 1407f.

1237 Binswanger: Über Komotionspsychosen und Verwandtes, S. 1409ff.

Binswanger zog aus seinen Beobachtungen zwei Schlussfolgerungen:

»Zwei Erfahrungen waren es, die mich bei meiner Tätigkeit in der A.S.A. besonders interessierten und überraschten. Erstens die bereits erwähnte Blockierung des Denkens der Hirntraumatiker, die auch in diesem Falle sehr deutlich ist (plötzlich auftretende, langdauernde Gedankenleere), mit ihrer bei weniger schweren Zuständen zu beobachtenden Unterform der Aufsplitterung des Denkaktes; ferner die ganz unberechenbare, regellose Art und Weise der traumatischen Demenz überhaupt; zweitens aber das affektive Verhalten dieser Leute.«¹²³⁸

Verletzungen der Ohren und der Nase in Lazaretten und dem Internierungsdienst

Dr. von Rodt aus Bern stellte in österreichischen Lazaretten mehrere Arten von Schädigungen der Ohren oder der Gehörorgane fest. Er nimmt eine Unterteilung vor: in Schädigungen des Cochlearapparates (A), der Ohrschnecke, des Vestibularapparates (B), des Gleichgewichtsorgans und eine kombinierte Verletzung von A und B (C).

Zunächst entstand eine Schädigung bei A durch akustische Reize. Diese konnten einmalig erfolgen, durch Knall- und Explosionsgeräusche, oder durch eine langandauernde Lärmschädigung, wie beispielsweise Artilleriefeuer. Die andere Art der Schädigung erfolgte durch direkte mechanische Verletzung. Als dritte Art benannte von Rodt die Schädigung durch Fernwirkungen. Dabei handelte es sich um nervöse Verletzungen, hervorgerufen durch Streifschüsse oder Schläge oder Blutungen, die sich auch auf das Ohr auswirkten.

Die Schädigung bei B (Vestibularapparat) erfolgt durch akustische Überanstrengung durch Lärm oder durch Verletzungen.

Bei C handelt es sich meist um Folgen von direkten Verletzungen der Ohrgegend, die mit anatomischen Läsionen des Warzenfortsatzes oder in der Pyramide einhergehen. Es waren entweder Splitterungen bei Durchschüssen, Frakturen bei Steckschüssen oder Blutungen aufgrund von Fernwirkungen.

Die Ohrmuschel und die äußeren Gehörgänge waren aufgrund ihrer exponierten Lage sehr anfällig für Verletzungen. Direkte Verletzungen des Trommelfells oder Innenohrs durch Geschosse oder Steine waren dagegen selten.

1238 Ebd., S. 1411.

Eine weiteres Problem waren Mittelohreiterungen durch Sekundärinfektionen. Diese konnten durch Risse im Trommelfell entstehen oder durch verschleppte Hals- und Mandelentzündungen, die sich bis auf die Ohren ausdehnten.¹²³⁹

Hug stellte bei 300 internierten Kriegsgefangenen 60 Verletzungen an den Ohren fest. 40 % dieser Verletzungen waren durch direkte Gewalt entstanden. Frederic Guyot unterschied die Ohrenverletzungen in zwei Klassen:

»1° *Surdités par traumatisme direct.*

2° *Surdités par traumatisme indirect (sans lésion apparente).*«¹²⁴⁰

Bei 1. handelte es sich um Schussverletzungen durch Gewehr- oder Granatsplitter. In der Mehrzahl waren es Schussfrakturen mit Zertrümmerungen.

Bei Punkt 2 war die Funktion des Ohrs auf der betroffenen Seite in der Regel aufgehoben, dort bestand eine traumatische Taubheit. Die Trommelfelle waren meist intakt. Die Traumen des Ohrs entstanden mittels indirekter Gewalt, durch die Luftdrucksteigerungen des nahenden Geschosses und die Explosionswirkung. Der Lärm des Schlachtfeldes wirkte hier zusätzlich erschwerend. Die Wunde wurde ausgeräumt, eventuelle Fremdkörper wurden entfernt,¹²⁴¹ zudem wurde versucht, plastisch wiederherstellend zu operieren. Bei vielen Fällen trat bald oder nach einigen Monaten Besserung ein, dabei handelte es sich dann meist um Labyrintherschütterungen mit Blutungen, welche resorbiert wurden. Bei anderen Fällen gab es dagegen chronische Ohreiterungen, vor allem, wenn das Trommelfell verletzt war.¹²⁴²

Bei Nasenverletzungen handelte es sich ebenso meist um Schussverletzungen oder Folgen von Granatsplittern. Die Wunden hatten häufig entstellenden Charakter, teilweise war die gesamte Nase abgerissen, die Nasennebenhöhlen oder auch die Stirnhöhle zerstört. Die Verletzungen führten bei den betroffenen Patienten zu Atembeschwerden und infizierten sich sehr häufig. Viele der Patienten mussten operiert werden, da sich viele kleine Knochensplitter in den Wunden befanden. Erath berichtete von internierten belgischen Soldaten, welche über Beschwerden durch Fremdkörper in der Nase klagten.

1239 Von Rodt: Otologische Beobachtungen in österreichisch-ungarischen Lazaretten, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/16 (1918), S. 497-507.

1240 Guyot: Vereinigung Schweizerischer Hals- und Ohrenärzte. IV. Hauptversammlung am 25. Juni 1916, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/37 (1916), S. 1171-1181, S. 1180.

1241 Barraud: Kriegschirurgische Erfahrungen mit Krankendemonstration; ebd. 67/36 (1917), S. 1172-1175, S. 1174; Guyot: Vereinigung Schweizerischer Hals- und Ohrenärzte. IV. Hauptversammlung am 25. Juni 1916, S. 1179.

1242 Guyot: Vereinigung Schweizerischer Hals- und Ohrenärzte. IV. Hauptversammlung am 25. Juni 1916, S. 1180; Hug: Vereinsberichte, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/37 (1917), S. 1205-1209.

Dabei handelte es sich um Projektilstücke, welche Probleme beim Sehen, Ausfluss aus der Nase und drückende Schmerzen verursachten. Falls die Operation von außen jedoch nicht ausreichte, musste eine radikale Operation durchgeführt werden; mit einer Drainage des Nasenraumes.¹²⁴³

Julliard empfahl für die Wiederherstellung die Verwendung von Knorpeltransplantaten, eine Operationsmethode, die von Morastig in Paris eingeführt wurde. Diese Transplantate waren regenerationsfähig, leicht zu modellieren und so vielseitig verwendbar. Man entnahm sie am Sternum; dort war der Zugang einfacher als an Tibia oder Beckenkamm.¹²⁴⁴ Der Knorpel wurde angepasst und stellte das Grundgerüst für den neuen Nasenaufbau dar. Festgehalten wurden die Transplantate durch bloßes Einpassen und eine seitliche Naht.

Sie waren ausreichend stabil, um selbst Schädeldefekte zu überbrücken. Nicht eingesetzt werden konnte Knorpel allerdings innerhalb des Mundes.¹²⁴⁵

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in den Lazaretten und im Internierungsdienst

Für die Internierten in der Schweiz wurden in Genf, Zürich und Bern Kieferstationen eingerichtet. Dies geschah auf Grundlage eines Schreibens von Armeearzt Hauser an Dr. Matti und Professor Julliard in den ersten Wochen der Internierung. Er erteilte ihnen darin den Auftrag, die Gesichts- und Kieferverletzungen der Ententesoldaten zu untersuchen. Mit Order des Armeearztes vom 23. August 1916 eröffnete der Genfer Arzt Charles Julliard dann am 8. September in der Clinique Generale eine Abteilung für die chirurgische Behandlung von Verletzungen des Kiefers und des Gesichts für die Internierten der Entente. Bis zum 30. November 1916 hatte er dort 10 Fälle von Maxillofacialfrakturen behandelt.¹²⁴⁶ Auf der Grundlage der gleichen Anweisung richtete Matti zusammen mit dem Zahnarzt Dr. Egger im Salemspital in Bern eine solche Abteilung ein. Die Gesichts- und Kieferverletzungen von deutschen Internierten wurden von Professor Giovanni Ambrosio Stoppany, einem Zahnarzt aus Zürich, untersucht.¹²⁴⁷

1243 Barraud: Kriegschirurgische Erfahrungen mit Krankendemonstration, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/36 (1917), S. 1172-1175, S. 1174; Erath: Société Médicale de Genève. Sitzung vom 3. April 1918, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 38/7 (1918), S. 444-452; Guyot: Vereinigung Schweizerischer Hals- und Ohrenärzte. IV. Hauptversammlung am 25. Juni 1916; Hug: Vereinsberichte, S. 1205-1209.

1244 Julliard: Société Médicale de la Suisse Romande. 47me Assemblée général du 25. Oktober 1917, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 38/1 (1918), S. 72-91, S. 80f.

1245 Julliard: Société Médicale de la Suisse Romande. Sitzung vom 25. Oktober 1917, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/19 (1918), S. 616-620, S. 616f.; ders.: Société Médicale de la Suisse Romande. 47me Assemblée général du 25. Oktober 1917, S. 82.

1246 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 118.

1247 Ebd., S. 336f.

Matti, Stoppany und Julliard waren bereits zuvor als Kieferchirurgen tätig und publizierten zu ihrer Tätigkeit. Stoppany operierte auch zusammen mit Sauerbruch.¹²⁴⁸ Hermann Matti beschrieb eine Wandlung in der Behandlung der Kieferverletzungen, denn die Chirurgen arbeiteten nun mit Zahnärzten zusammen, um eine funktional und ästhetisch ansprechende Behandlung zu erreichen.¹²⁴⁹ Für Charles Pettavel war es ebenso zwingend notwendig, dass Chirurgen und Zahnärzte bei diesen Fällen zusammenarbeiteten.¹²⁵⁰ Die Art der Behandlung richtete sich nach der Art der Verletzung und dem Zeitpunkt der Behandlung. Mitunter gab es in den Lazaretten Patienten, denen Teile des Gesichts fehlten oder deren ganzes Gesicht von reiskorngroßen Verletzungen durch Granatsplitter übersät war.¹²⁵¹

Eine Verletzung des Kiefers musste zunächst so schnell wie möglich ruhiggestellt werden; durch einen Verband oder eine provisorische Schienung. Dieser Verband hatte die Aufgabe, die Knochenfragmente zusammenzuhalten, die Wundhöhle im Mund abzuschließen, sollte gleichzeitig aber die Atmung und die Ernährung des Patienten zulassen. Diese Fixation musste so lange bestehen bleiben, bis der Verwundete einer speziellen stomatologischen Behandlung unterzogen werden konnte.¹²⁵²

Zudem bestand, vor allem bei Mundverletzungen, durch die Keime in der Mundhöhle eine sehr große Infektionsgefahr. Diese konnten zu Abszessen, Eiterherden und schließlich zu Lungenentzündungen und Sepsis führen.¹²⁵³ Zudem gab es bei Mundverletzungen eine große Gefahr durch Verletzungen der Zunge; diese bluteten stark und konnten durch eine Lähmung der Zunge die Atmung behindern.¹²⁵⁴ Die Operation im Mund konnte daher erst erfolgreich verlaufen, wenn man Infektionen und Blutungen erfolgreich bekämpft hatte.¹²⁵⁵

Am häufigsten waren nach Pettavel die Frakturen des Unterkiefers. Durch einen Defekt ergab sich immer eine starke Verschiebung der Fragmente durch Muskelzug. Waren die Zahnreihen noch vollständig, musste sofort eine geeignete Schiene angebracht werden.

1248 Stoppany: Vereinsberichte, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/48 (1917), S. 1627.

1249 Matti: Über chirurgisch-zahnärztliche Kieferbehandlung, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/41, S. 1361-1365, S. 1361.

1250 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/12 (1916), S. 367-378, S. 369.

1251 Ebd., S. 1335.

1252 Julliard: Les blessures de guerre de la tête, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42, S. 1329-1357, S. 1333, S. 1352, S. 1354.

1253 Ebd., S. 1337, S. 1353.

1254 Ebd., S. 1352.

1255 Julliard: Société Médicale de Genève, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 36/11-12 (1916), S. 806-812, S. 808.

Falls der Kiefer insgesamt zu beschädigt war, konnte die Schiene auch außerhalb des Mundes am Kopf befestigt werden.¹²⁵⁶ War der Kiefer jedoch schon in falscher Stellung verheilt, so musste man die verbliebenen Knochen und Zähne umstellen.

Gesichts- und Kieferverletzungen waren häufig entstellend. Zudem benötigt man eine ausreichende Funktion von Mund und Kiefer, um Atmung und Ernährung sicherzustellen. Daher kam dem funktionalen Ergebnis bei der Behandlung große Bedeutung zu.¹²⁵⁷

Julliard skizzierte die Behandlung einer Kieferfraktur:

1. Spülung der Wunde; dies alle zwei Stunden, um die Fremdkörper auszuwaschen.
2. Naht des Mundes; Entfernung der Fremdkörper und Geschossstücke (nach einer Röntgenaufnahme); Naht des Periosts oder Wiederannäherung; Zusammenführung der Fragmente.
3. Anlegen eines Retentions- und Absorptionsverbandes. Dabei war es notwendig für einen Abfluss des Speichels zu sorgen.
4. Anlegen einer Speiseröhrensonde für die Ernährung.
5. Anfertigung eines Zahnabdrucks.
6. Herstellung und Anpassung des Prothesenapparates, welcher die fehlenden Teile ersetzen sollte.
7. Wiederholte Spülungen des Mundes; Untersuchung auf Eiterherde und Sequesterbildung.
8. Korrektur der Prothesen.
9. Wenn die Narbenbildung einsetzte, konnten die Weichteile restauriert werden; durch Autoplastiken, Fettplastiken, Rippenplastiken oder Knorpelplastiken.¹²⁵⁸

Da die Kieferverletzungen der Internierten in der Schweiz allesamt alt und bereits teilweise oder komplett verheilt waren, unterschieden Matti und Egger zwei Gruppen von alten Kieferverletzungen:

- »1. Solid geheilte Kieferfrakturen mit schlechter Zahnartikulation infolge von Knochendefekt oder Verschiebung der Fragmente.
2. Pseudarthrosen des Unterkiefers mit mehr oder weniger ausgedehntem Substanzverlust.«¹²⁵⁹

1256 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon (Schluss), in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/12 (1916), S. 367-378, S. 368f.

1257 Julliard: Les blessures de guerre de la tête, S. 1334, S. 1353.

1258 Julliard: Les blessures de guerre de la tête, S. 1354.

1259 Matti: Über chirurgisch-zahnärztliche Kieferbehandlung, S. 1362.

Stoppany nannte zwei Methoden der Behandlung. Zunächst die orthopädische, durch mechanische Mobilisierung über mehrere Monate, dann die chirurgische.¹²⁶⁰

Julliard hingegen vier:

»1° le Massage

2° les autoplasties

3° les greffe

4° la prothèse«¹²⁶¹

Die Operationen für Frakturen mit Substanzverlust erforderten eine Knochentransplantation eines Knochenstücks aus der Tibia, dem Beckenkamm oder aus den Rippen. Der Knochen am Becken eignete sich am besten für den Kieferersatz, da die Stelle leicht zugänglich war und das Knochengewebe sehr regenerationsfähig ist. Prof. Julliard entnahm den Knochen bei seinen Operationen aus der Tibia. Bei den Reoperationen setzte er dann Knochenstücke ein, an welchen sich noch Knochenhaut befand (*»greffe ostéopériostique«*). Diese Operationsmethode wurde von Delagenière in französischen Lazaretten eingeführt.¹²⁶² In deutschen Lazaretten wurde der Knochen, wie Dr. Hockenjos berichtete, ebenfalls meist dem Beckenkamm entnommen.¹²⁶³

Die Operation am Kiefer war schwierig und erforderte, so Professor Julliard, einen erfahrenen Operateur, denn der Knochen musste vor dem Einsetzen modelliert werden. Die Behandlung verlief in etwa 50 % der Fälle, die Julliard beobachten konnte, nicht erfolgreich und das Transplantat musste ausgeräumt werden, da der eingesetzte Knochen abgestoßen oder nicht ausreichend fixiert wurde.¹²⁶⁴ Matti und Egger sahen es als wichtig an, dass der implantierte Knochen sofort mechanisch belastet und nicht starr geschient wurde.¹²⁶⁵

Der Knochen war, sofern keine Infektion eintrat oder sich keine Pseudarthrose bildete, nach dem Einsetzen in der Regel nach sechs Monaten fest verwachsen. Von 21 durchgeführten Operationen heilten bei Matti und Egger 16 reaktionslos; bei fünf Fällen kam es zu einer Eiterung. Dennoch gelang die Heilung bei drei dieser Patienten.

1260 Stoppany: Vereinsberichte, S. 1627.

1261 Julliard: Les blessures de guerre de la tête, S. 1339.

1262 Julliard: Résultats éloignes de trois cas de greffe osseuse du maxillaire inférieur, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1/24 (1920), S. 492-493.

1263 Hockenjos: Medizinische Gesellschaft Basel. Sitzung vom 18. Januar 1917, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/24 (1917), S. 775-777.

1264 Julliard: Société Médicale de Genève, S. 808; ders.: Résultats éloignes de trois cas de greffe osseuse du maxillaire inférieur, S. 80.

1265 Matti: Über chirurgisch-zahnärztliche Kieferbehandlung, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/41 (1917), S. 1361-1365, S. 1363; Stoppany: Vereinsberichte, S. 1627.

Ein Teil der Internierten, die Matti und Egger beobachten konnten, hatte eine Kiefersperre. Diese unterschieden die beiden in vier Gruppen:

- »1. Verletzungen des Kiefergelenks mit knöcherner Ankylose.
2. Verletzungen im Bereich des *Processus coronoideus mandibulae* und *M. temporalis*; knöcherne Vereinigung zwischen *Processus coronoideus* und Jochbogen oder Schädelbasis.
3. Chronisch entzündliche Veränderungen mit erheblicher Schrumpfung im Bereich des Masseter oder der Pteroidmuskeln im Anschluss an langdauernde Eiterung.
4. Hartnäckige und hochgradige Kontraktion der Kaumuskeln, unterhalten durch chronischen Reiz, ausgehend von einem regionären Steckgeschoß.«¹²⁶⁶

Die Zahnreihen wurden geschient und mit verstellbaren Schrauben und Zügen ausgerichtet und fixiert, damit sich keine falsche Zahnstellung entwickeln konnte. Die Schienen wurden aus Kautschuk, Metall oder Draht angefertigt. Dabei stellte Egger bei seinen Reisen in Lazarette in Paris, Düsseldorf, Lyon und Berlin fest, dass die gebräuchlichen Schienen aus Kautschuk oder Metall durch die Drahtschiene abgelöst wurden, da diese keine präzisen Gipsabdrücke und nicht so viel handwerkliches Geschick erforderte. Zudem war sie leichter zu reinigen.¹²⁶⁷ Die Drahtschiene orientierte sich an den Apparaten von Hammond, bei welchen um die ganze Zahnreihe eines Kiefers labial und lingual ein starker Draht, den Zähnen anliegend, angebogen wurde. Dieser Draht wurde mit Drahtligaturen an den einzelnen Zähnen befestigt. Stoppany aus Basel ließ, wie von Sauer angeregt, den labialen Draht weg und kombinierte die Schiene mit Angle'schen Regulationsringen, die an den Zähnen angeschraubt wurden.¹²⁶⁸ Egger selbst fotografierte seine Patienten und nahm Gipsabdrücke von Ober- und Unterkiefer, um die Defekte in den Zahnreihen zu erkennen. Er wendete ausschließlich Ringdrahtschienen an. Dazu wurden auf festsitzende Zähne Ringe angepasst, die nicht die Kaufläche überragten. Nach einer Anpassung der Schiene und dem Anbringen der notwendigen Stifte und elastischen Züge wurde die Schiene nach einer Gewöhnungszeit von einigen Tagen mit den Ringen festzementiert. Die Schienen konnten dabei auch getrennt eingesetzt werden oder im Rahmen einer Operation, bei welcher erst noch der Knochen umgestellt werden musste. Die zeitliche Dauer der Schienung war stark variabel, sie lag zwischen zwei und zwölf Monaten.¹²⁶⁹

1266 Matti: Über chirurgisch-zahnärztliche Kieferbehandlung, S. 1363ff.

1267 Egger: Die zahnärztliche Behandlung der Kieferfrakturen, S. 1365f.

1268 Ebd., S. 1367.

1269 Egger: Die zahnärztliche Behandlung der Kieferfrakturen, S. 1367.

10. Schweizer Orthopäden in Lazaretten und dem Internierungsdienst

Der Schweizer Orthopäde Carl Schlatter reiste von 1. Dezember 1914 bis Mitte Januar 1915 in das Militärlazarett Stuttgart. Anfang des Jahres 1915 besuchte er zudem österreichische Lazarette. Dabei führte ihn sein Weg auch in die mechanotherapeutischen Einrichtungen und Invalidenschulen in Bayern und Österreich. Besonders eindrücklich war für ihn der Besuch in dem von Prof. Spitzny geleiteten Orthopädischen Spital mit Invalidenschule in Wien, in welchem 3.000 bis 4.000 Kriegsverwundete gleichzeitig behandelt und geschult wurden. 1917 war er zudem Vorsitzender der Austauschkommission des Internierungsdienstes in Konstanz.¹²⁷⁰

Die Eindrücke, die er sammeln konnte, fasste er in einem Aufsatz *Unfallmedizinische Lehren aus Kriegslazaretten und Invalidenschulen* zusammen. Grundlage für diese Ausarbeitung war ein Vortrag, den er am 23. Mai 1916 auf der *Frühjahrsversammlung der Ärzte des Kantons Zürich* gehalten hatte.

Schlatter sah bei Kriegsverletzungen die Gefahr einer Versteifung und Atrophie der Muskeln. Dies konnte, bei Ruhigstellung der Gelenke in einer falschen Stellung, zu einer schweren Beeinträchtigung der Mobilität führen. Als Beispiel führte er die Fixation des Schultergelenkes an. Die beste Fixation war für ihn eine Abduktion des Oberarms von 30 bis 40 Grad und nicht die Anlegung des Armes an den Thorax. Bei der Fixation der Hand gab er einer leichten Dorsalflexion den Vorzug vor der geraden Streckstellung. Ebenso sollten die Finger in leichter Beugstellung fixiert werden, denn ansonsten konnte ein versteifter Finger, der in Streckstellung fixiert wurde, ein Hindernis bei der Arbeit darstellen.

Ebenso sorgfältig musste man einer falschen Versteifung der Bein- und Fußgelenke vorbeugen, da es ansonsten notwendig werden konnte, die versteiften Gelenke operativ umzustellen oder die verkürzten Sehnen zu durchtrennen.

Für Schlatter war wichtig, dass die Patienten frühzeitig mit einer Mechanotherapie anfangen. Dies war dank der neuen Extensionsverbände oder durch Gipsschienen bereits möglich. Aber auch das Aufschneiden und Zerlegen von Gipsverbänden ermöglichten bereits eine Mobilisation. Zur Therapie empfahlen sich Apparate zur passiven Dehnung versteifter Gelenke, wie sie von Schede erfunden wurden.

¹²⁷⁰ Ebd., S. 8f.

»Schede erstrebt die Mobilisation des Gelenkes durch abwechselnde, langdauernde Fixation in den äußersten erreichbaren Stellungen in Verbindung mit aktiver und passiver Gymnastik in den Zwischenpausen. Die Schiene besteht aus zwei Paaren gelenkig miteinander verbundenen Bandeisestreifen. An den drei Stellen, an welchen die Schiene auf das zu behandelnde Glied zu liegen kommt, d.h. an den zwei Endpunkten der Hebelarme und dem Widerlager am Drehpunkt befinden sich Auflager aus Blech. Der Zug, der auf die Schienenenden einwirkt, geht nun über einen drehbaren Eisenbügel, durch dessen Einstellung jedes Mal die günstigste Zugwirkung hergestellt werden kann. Die Kontrakturen lassen sich mittelst dieser Apparate ganz allmählich dehnen, indem man in Zwischenräumen von 1/4, 1/2, 1 bis 2 Stunden die Spannung immer stärker anzieht, manchmal lässt man die Schiene auch unverändert Tage und Nächte hindurch liegen. Der gleiche Gelenkapparat kann durch einfache Umstellung zur Beuge- und Streckstellung verwendet werden. Es bestehen derartige Apparate für Knie-, Ellenbogen-, Hand- und Schultergelenk und für die Mobilisation versteifter Finger.«¹²⁷¹

Im Anschluss an diese passive Dehnung konnte dann mit Hilfe eines Pendelapparates eine weitergehende Mobilisation erreicht werden. Dazu empfahl Schlatter die Verwendung von Engelhardt'schen Pendelapparaten, da diese zehn Pendelapparate an einem Tisch vereinten und so deutlich kostengünstiger waren als die Geräte von Zander, Krukenberg oder Biesalski. Begleitend dazu empfahl Schlatter die Behandlung mit Heißluft, Dampf, Elektrizität und Massagen.

Den letzten Teil seines Aufsatzes widmete er der Behandlung von Amputationsstümpfen. Diese Behandlung war in einem frühen Stadium zu beginnen, damit die Beweglichkeit und Schmerzunempfindlichkeit gesteigert werden konnten. Dazu empfahl er eine frühzeitige Mechanotherapie in Kombination mit Massage, Bädern, Heißluft und Ähnlichem. Zudem war die Abhärtung des Stumpfes durch den Arzt oder den Patienten selbst notwendig. Schlatter empfahl hier das Klopfen mit der Faust oder einem Holzhammer. Zudem sollte man den Patienten sobald als möglich eine provisorische Prothese aus Gips anfertigen, damit nicht erst die Fertigstellung der endgültigen Prothese abgewartet werden musste.

»Um den mit einer Lage Filz umgebenen Stumpf werden zwei Gipsbinden umwickelt, so dass eine Gipshülse entsteht, an welcher die aus zwei Bandeisenschienen und einer kleinen Fußplatte bestehende Prothese befestigt wird. Auf diesem künstlichen Bein lässt man die Patienten (anfänglich in der Gehschule) herumgehen. Lockert sich die Prothese, so wird sie erneuert. Wenn der Stumpf nicht mehr schwindet, tritt an Stelle der Gipshülse eine Lederhülse, mit welcher der Patient entlassen wird. Nach 1/2 bis 1 Jahr erhält er die Dauerprothese, welche der sozialen Stellung des Amputierten Rechnung tragend verschiedenartig hergestellt wird.«¹²⁷²

1271 Schlatter: Unfallmedizinische Lehren aus Kriegslazaretten und Invalidenschulen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/29 (1916), S. 897-910, S. 904.

1272 Schlatter: Unfallmedizinische Lehren aus Kriegslazaretten und Invalidenschulen, S. 907.

Charles Pettavel berichtete aus französischen Lazaretten, dass die Mechano- und Physiotherapie bei der Nachbehandlung von Frakturen, Ankylosen, Narbenretraktionen, trophischen Störungen und Ähnlichem immer bedeutender wurde. In jedem Kriegsspital wurden daher spezielle Apparate aufgestellt. Durch die große Zahl an Verstümmelten war es jedoch notwendig, spezielle Anstalten zu eröffnen, wo diese Behandlungsmethoden unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wurden. Zudem wurde es bedeutend, dass man die Soldaten umschulte, da sie oftmals ihren alten Beruf nicht mehr ausüben konnten. Zu diesem Zweck wurde in Lyon im Dezember 1914 die erste Schule für verstümmelte Soldaten eröffnet. Diese Schulen trugen den Name *Ecole des mutilés*.¹²⁷³

Orthopädische Behandlung im Internierungsdienst

Hans Hoessly war der Leiter der orthopädischen Abteilung der A.S.A. in Luzern und publizierte bereits 1916 einen Artikel über *Die orthopädischen Improvisationen in unserer Anstalt*. Hoessly stellte fest, dass man es hier mit einer anderen Art von Kriegsverletzung zu tun hatte als in den Lazaretten.

»Es sind dies in der Armeesanitätsanstalt vorwiegend Schädel- und Gehirnverletzungen, Verletzungen der Extremitäten (Verheilung von Knochen in schlechter Stellung, Pseudarthrosen), Verletzungen der Gelenke und des Weichteilapparates (Ankylosen, Kontrakturen, Schlottergelenke), ferner die große Zahl von peripheren Nervenverletzungen mit allen ihren Folgen.«¹²⁷⁴

Er sah die Aufgaben der orthopädischen Therapie, der Massage, der Mechanotherapie und anderer physikalischer Heilmethoden darin, die Nachbehandlung, vor allem für alle operierten Fälle, zu übernehmen. »Gerade diese konservativen Heilmethoden, die wir eben angeführt haben, sind es deshalb, die für die Behandlung Kriegsinternierter absolut unerlässlich sind.«¹²⁷⁵

Hoessly sah die Nachbehandlung der Kriegsgefangenen als mangelhaft an, da man die Behandlung nach der notwendigsten Versorgung abgeschlossen hatte und sich nicht der zeitraubenden und intensiven Nachbehandlung widmen konnte. Dies sollte nun in der Schweiz nachgeholt werden. Von den etwa 150 bis 200 Patienten, die sich in der A.S.A. befanden, kam etwa die Hälfte täglich in den orthopädischen Saal zur Behandlung.

1273 Pettavel: Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/11, S. 321-330, S. 378.

1274 Hoessly: Die orthopädischen Improvisationen unserer Anstalt, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/46 (1916), S. 1537-1554, S. 1537.

1275 Hoessly: Die orthopädischen Improvisationen unserer Anstalt, S. 1537.

Der orthopädische Saal in der A.S.A. Luzern wurde nach folgendem Schema eingerichtet:

»Der innere freie Raum eines großen, lichten Saales wird verwendet zur Aufstellung von Massagebänken und von Tischen für Dauerextensionen, sowie Heißluftkästen etc. Zugleich bringt man im Innern des Saales die Krukenbergschen Pendel für Hand und Fußgelenk an, deren Schwingungsebenen horizontal liegen und deren Fixpunkte an der Decke angebracht sind.

Alle übrigen Apparate habe ich längs der Wand in der Weise montiert, dass ein starkes Brett in einer Höhe von 90-130 cm festgemacht und an das sämtliche Pendel- und Gewichtsapparate befestigt wurden. [...] In einer Ecke des Saales, dessen ganze Höhe ausnützend, ist ferner das Gerüst für die Gewichtsrollenzüge montiert.«¹²⁷⁶

Hoessly arbeitete mit einfachen Mitteln und beschrieb die Motivation dieses Vorgehens so:

»Auch weiß ich, dass schließlich im Laufe dieses Krieges jeder irgendwie greifbare, drehbare und aufhängbare Gegenstand für orthopädische Improvisation verwendet worden ist. Mir war es nun nicht daran gelegen, diesen vielen noch ein Dutzend weitere zuzulegen, ich wünschte vielmehr Apparate zu konstruieren, die einen möglichst einfachen und ersichtlichen Zweck erfüllen, möglichst billig und dauerhaft sind.«¹²⁷⁷

»Die mechanischen Prinzipien, nach welchen ich unsere Apparate herstellen ließ, sind die bekannten:

1. Die außerordentlich einfachen und praktischen Gewichtsrollenzüge.
2. Pendelapparate und deren Modifikationen.
3. Dauerextensionen mit entsprechenden Belastungen kombiniert mit Heißluft- und Lichtbehandlung.«¹²⁷⁸

Die Gewichtsrollenzüge stellte Hoessly in Fotografien dar, die von Professor Schulthess aus Zürich angefertigt wurden. Die Apparate beruhten auf dem Prinzip, dass die passive und die aktive Kraft in einer Bewegungsübung getrennt wurden:

»Der Patient macht z.B. aktive Flexion bei Hebung eines Gewichtes, während das Gewicht passive Extension vornimmt oder umgekehrt bei Wechsel der Zugrichtung.«¹²⁷⁹

Bei den Pendelapparaten handelte es sich um Geräte, die eine Pendelbewegung durchführen sollten, da der Patient häufig in seinem verletzten Glied nicht die Fähigkeit besaß, aktiv ein Gewicht zu ziehen.

»Angenommen Ischiadicus-Schuß mit partieller Regeneration aber noch bestehender Parese der Peronaei. Wird ein solcher Patient in den Fußpendelapparat [...] eingespannt, so instruieren wir ihn dahin, Abduktions- und Pronationsbewegung mit dem betreffenden Fuße zu machen. Dadurch gibt er dem Pendel einen, nach Maßgabe der dem Muskel bereits innewohnenden Kraft, mehr oder weniger kräftigen Impuls, der das Pendel in leichte Schwingung versetzt. Wird dieser Anstoß in regelmäßigen Intervallen wiederholt, so erhält das Pendel Stöße, die, wenn auch klein, imstande sind, das

1276 Ebd., S. 1540.

1277 Ebd., S. 1538.

1278 Ebd., S. 1538f.

1279 Ebd., S. 1539.

Pendel allmählich in große Exkursionen zu versetzen. Dies bedingt dann, dass auch das ganze Gelenk zu ausgiebiger Bewegung gelangt. Gerade die Förderung und Unterstützung der minimalen Bewegungen, die durch das Pendel einer Muskelgruppe gegeben wird, scheint mir sehr für dessen ausgiebige Verwendung zu sprechen.«¹²⁸⁰

Die Apparate beruhten auf Konstruktionen von Hoessly, bei welchen dieser vereinzelt Anregung an Modellen von Kruckenberg nahm. Sie wurden vom Schlossermeister Nick aus Luzern nach der Vorgabe angefertigt, dass nur die betroffenen Gelenke bewegt wurden und nicht andere Gelenke oder Weichteile die Bewegung übernahmen. An den Pendeln waren Gewichte angebracht, welche eine Dosierung der Kraft ermöglichten. Sie waren auswechselbar und verschiebbar angebracht. Durch einen Umbau waren die Apparate sowohl für die linke wie auch die rechte Seite nutzbar.¹²⁸¹

Die Behandlung mit Dauerextensionen, dem Strecken von Gliedmaßen, sowie die Belastungsbehandlung wurden ebenso bei vielen Patienten angewendet. Die Internierten hatten meist nach der Massage, die auch mit Massageapparaten zur Vibrations- und Klopfmassage der Firma Wimpfer & Cie durchgeführt wurde, mehrstündige Sitzungen, in welchen oft zugleich eine Behandlung mit selbstgebauten Heißluft- oder Lichtkästen erfolgte. Die Extensionsbehandlung wurde so schmerzloser und der erwünschte Effekt konnte gesteigert werden. Hoessly benutzte für seine Behandlung zusätzlich Nähmaschinen und Fahrräder für Tretübungen und Leitern zur Schulterübung.¹²⁸²

1916 gab der Armeearzt Oberst Hauser der Auftrag, eine Zusammenstellung aller in der orthopädischen Anstalt in Balgrist (ZH) zum Einsatz kommenden Redressions-Vorrichtungen für Gelenkversteifungen und mangelhafte Gelenkfunktionen von Dr. Scherb, Dr. Picot und Dr. Geymüller anzufertigen. Diese Aufgabe übernahm Oskar Hug, der diese in einem *Orthopädischen Album* fotografisch darstellte und einen Artikel *Orthopädische Improvisationen für Kriegsverletzte* im *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* veröffentlichte.

Nachdem sich Hoessly hauptsächlich mit den Pendelapparaten beschäftigte, widmete sich Hug vor allem den Gewichtsrollenzügen. Diese Therapie war anzuwenden bei Kontrakturen, wo eine sehr große Krafteinwirkung benötigt wurde. Diese Art des passiven Redressments wurde im Balgrist in Verbindung mit Massagen, Badebehandlung sowie Heißluft- und Lichttherapie verwendet.

1280 Hoessly: Die orthopädischen Improvisationen unserer Anstalt, S. 1539.

1281 Ebd., S. 1540.

1282 Ebd., S. 1542.

So wurde es auch für die Internierten übernommen.¹²⁸³ Die passiven Übungen mit Gewichtszügen wurden mehrere Stunden täglich durchgeführt. Wichtig war dabei, dass der proximale Teil des zu mobilisierenden Gelenkes durch Sand- oder Schrotsäcke sowie durch Gurte aus Leder oder Segeltuch fixiert wurde. Die Geräte bezwecken eine passive Dehnung und eine aktive Übung der Muskeln. Dabei war es zunächst notwendig, eine temporäre Extension durch eine Bandage oder durch Gewichte anzulegen. Die anschließende Übung wurde dann unter dem Widerstand von Schnurzügen durchgeführt, die durch unterschiedliche Gewichte in Spannung gehalten wurden. Die Züge wirkten somit zunächst passiv dehnend und durch die Bewegung gegen den Widerstand aktiv muskelaufbauend.¹²⁸⁴

11. Die medizinische Versorgung im Internierungsdienst

Für die medizinische Behandlung innerhalb der Sektoren wählte der dirigierende Sanitätsoffizier unter den ortsansässigen Militärärzten einen oder mehrere Ärzte aus, welche die Behandlung übernahmen. Der behandelnde Arzt übernahm nur die fachtechnische Behandlung der Internierten und wurde militärisch dem Platzkommandanten untergeordnet; falls dieser ebenfalls Arzt war, unterstand er diesem auch in fachlicher Hinsicht. Andernfalls war er in dieser Hinsicht dem dirigierenden Sanitätsoffizier unterstellt.¹²⁸⁵ Am 20. September 1916 teilte der schweizerische Armeearzt Oberst Hauser die Sanitätsoffiziere für die Versorgung der deutschen Internierten ein.

Dies waren Sanitäts-Major Dr. Hämig in Zürich, Sanitäts-Hauptmann Dr. Hägler in Basel, Sanitäts-Major Dr. Bannod in Bern, Sanitäts-Hauptmann Dr. Giradet in Lausanne und Sanitäts-Hauptmann Dr. Maillart in Genf. Die Internierten wurden angewiesen, sich im Krankheitsfall an diese Ärzte zu wenden. Diese übernahmen die Behandlung selbst oder überwiesen den Patienten an einen geeigneten Spezialarzt. Internierte, welche keinen direkten Zugang zu den oben genannten Ärzten hatten, sollten sich an den zuständigen Sanitätsoffizier wenden, welcher ihnen einen Arzt zuwies.¹²⁸⁶

1283 Hug: Orthopädische Improvisationen für Kriegsverletzte, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/21 (1917), S. 657-673, S. 657f.

1284 Ebd., S. 659.

1285 BIG EDA A 81-1: Allgemeine Instruktionen an die dirigierenden Sanitätsoffiziere der Internierten Regionen vom 31. Juli 1916.

1286 Hauser: Mitteilungen der Kais. Deutschen Gesandtschaft in Bern. XII. Schreiben des Armeearztes betr. ärztliche Behandlung der nach Bern, Zürich und Basel kommandierten Internierten, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 1. Oktober 1916, S. 1-2.

Den Beginn der Hospitalisierung von Kriegsgefangenen in der Schweiz stellte die Behandlung der Tuberkulose dar, da sich die Schweiz durch die Behandlungsorte in Arosa, Davos und Leysin bereits einen Namen gemacht hatte und man diese Erfahrungen auch den Kriegsgefangenen zugutekommen lassen wollte.

Die dirigierenden Sanitätsoffiziere waren mit Anweisungen vom 21. April und 31. Juli 1916 angewiesen worden, dass sie sich über den Krankenstand und den Zustand der Internierten mit Tuberkulose informierten und dies an den Armeearzt weitermelden sollten.¹²⁸⁷ Die Tuberkulose war unter den Internierten häufig. Diejenigen, die davon betroffen waren, wurden in den speziellen Zentren zusammengefasst und behandelt. Diese befanden sich in Davos, Leysin, Montana und Weißenburg. Die Heimatstaaten zahlten den Preis für die Unterkunft und zusätzlich eine Zuschlag für die Tuberkulösen. Es wurde von den dirigierenden Sanitätsoffizieren eine Anweisung herausgegeben, derzufolge alle Fälle mit nicht heilender Tuberkulose in speziellen Sanatorien oder Stationen für Tuberkulöse behandelt werden mussten. Wenn die Tuberkulose dann klinisch geheilt war, konnte der Internierte in einen anderen Sektor transferiert werden. Um für neue Patienten Platz zu schaffen, bemühte man sich, die Internierten, deren Gesundheitszustand sich spürbar gebessert hatte, zu repatriieren. Dafür gab es eine spezielle Sanitätskommission, welche die Internierungsorte besuchte und die Internierten im Hinblick auf eine Repatriierung untersuchten.¹²⁸⁸

Bereits am 25. Februar 1916 wies der Armeearzt die dirigierenden Sanitätsoffiziere darauf hin, dass sie eine Liste all derjenigen Internierten anfertigen sollten, die einer speziellen Behandlung bedurften. Auf einer solchen Liste sollten auch diejenigen Soldaten stehen, die eine zahnärztliche Behandlung benötigten. Oberst Hauser schickte dann einen Kriegschirurgen in die Regionen, in welchen es viele chirurgische Spezialfälle gab, um diese Fälle zu untersuchen.¹²⁸⁹

Am 13. Mai 1916 wies der Armeearzt die dirigierenden Sanitätsoffiziere erneut auf die dringende Notwendigkeit hin, chirurgische Behandlungen durchzuführen. Denn die Masse der Schwerverletzten, welche in der Schweiz ankamen, war schlecht oder unzureichend behandelt worden.

1287 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 110.

1288 Ebd., S. 150.

1289 Hauser: An die dirigierenden Sanitätsoffiziere der Kriegsgefangenen-Internierung in der Schweiz, S. 198f.

Daher war es notwendig, in allen Internierungsregionen eine Untersuchung durchzuführen, damit man alle diese erfassen konnte. Zudem benötigte man einen Überblick, welche Einrichtungen notwendig waren, um eine solche Behandlung durchzuführen. Im September 1916 beauftragte der Armeearzt den Sanitätshauptmann Dr. Matti aus Bern, alle Regionen zu besuchen und all die Fälle zu untersuchen, welche bislang für eine solche Behandlung in Frage kamen. Aber die starke Zunahme der Interniertenzahlen machte es unmöglich, diese Aufgabe alleine zu bewältigen. Daher erließ der Armeearzt am 4. Dezember 1916 eine weitere Order, die am 26. Dezember bereits modifiziert wurde. Darin wurden Professor Julliard aus Genf und Dr. Matti aus Bern beauftragt, Spezialuntersuchungen durchzuführen und für alle Fälle Gutachten zu erstellen, bei denen eine chirurgische Intervention nötig war. Dies waren beispielsweise Gesichts- und Kieferverletzungen, Nervenläsionen, Ankylosen, Pseudarthrosen, Fisteln oder Kopfverletzungen.¹²⁹⁰

Der Armeearzt legte fest, dass Professor Julliard und Dr. Matti die Gesichts- und Kieferverletzungen der Ententesoldaten untersuchen sollten, die deutschen Internierten wurden von Professor Stoppany aus Zürich betreut. Die Nervenleiden, Ankylosen, Pseudarthrosen und schweren Kopfverletzungen, bei denen eine Operation nötig war, wurden in der A.S.A. in Luzern behandelt. Für alle anderen chirurgischen Fälle wurden die Internierungsregionen in vier Zonen eingeteilt, die jede von einem Chirurgen überprüft werden sollte.¹²⁹¹ In der ersten Zone befanden sich die Regionen Montreux, Aigle-Leysin, Bex-Villars, Bas-Valais, Valais-Central, Gruyère und Château d'Œx. Der zuständige *Chirurgien reviseur* war Sanitätshauptmann Professor Julliard. Die zweite Zone umfasste die Regionen Haut-Valais, Berner Oberland A, Berner Oberland B, Murren, Jura-Ost, Aargau, den französischen Teil der Internierungsregion Zentralschweiz, St. Gallen und Appenzell. Der zuständige Chirurg war Sanitätshauptmann Dr. Matti. Die dritte Zone umfasste den deutschen Teil der Internierungsregion Zentralschweiz. Der zuständige Chirurg war Sanitätshauptmann Professor de Quervain aus Basel. Die vierte Zone setzte sich zusammen aus den Regionen Glaris-Weesen, Ragaz-Pfäfers, Chur und Graubünden mit Davos und Umgebung. Der zuständige Chirurg war Sanitätsmajor Dr. Hoemig aus Zürich. Die *Chirurgiens reviseurs* wurden bei ihren Untersuchungen von den behandelnden Ärzten der Internierten begleitet.¹²⁹²

1290 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 335.

1291 Ebd., S. 113.

1292 Ebd., S. 336f.

Elektrotherapie, Heliotherapie, Mechanotherapie und Hydrotherapie

Eingegangen werden soll bei der großen Anzahl von Einrichtungen lediglich auf die Einrichtungen, welche orthopädische Behandlungen, wie zum Beispiel Mechanotherapie oder Massagen, einsetzen oder chirurgische Eingriffe durchführen konnten.

In der Internierungsregion Montreux et Lac Léman (Territet, Lausanne, Saint-Cergues) wurde in der Ermitage von La Tour de Peiltz eine Einrichtung für Physiotherapie geschaffen. In Château-d'Œx wurde in der Klinik Soldanelle, welche in Friedenszeiten lediglich für Liegekurren oder Elektro- und Lichttherapie eingerichtet war, mit Unterstützung des englischen Roten Kreuzes ein Operationssaal eingerichtet und in Betrieb genommen. Die dort anfallenden Operationen übernahm Dr. Brustlein, der sich für spezielle Fälle die Hilfe eines Spezialisten sicherte, wie Dr. Arndt aus Bern.¹²⁹³ Ebenso gab es dort eine Einrichtung für Mechanotherapie, welche von 30 bis 40 Internierten pro Tag besucht wurde.¹²⁹⁴

In Aigle-Leysin wurden elektrische und manuelle Massagen durchgeführt.¹²⁹⁵

In der Region Bas-Valais gab es Mechanotherapie in Monthey, Martigny und Champéry. Massagen wurden zusätzlich in Morgins durchgeführt.¹²⁹⁶

In Valais-Central¹²⁹⁷ gab es im bekannten Kurort Loèche-les-Bains eine Einrichtung für Mechanotherapie. 79 Männer wurden dort von einem Personal von 15 Pflegern behandelt. Jeder hatte eine halbe Stunde täglich Therapie.¹²⁹⁸ Man behandelte besonders Fälle von Lähmungen, Muskelschwund und Steifheit der Glieder. Die Einrichtung wurde 1917 von etwa 15 bis 20 Männern täglich besucht. Zudem gab es nun in Villars einen Therapiesaal, der von durchschnittlich 15 Internierten besucht wurde. Ferner wurden dort und auch in Bex Massagen durchgeführt.¹²⁹⁹

In der Region Gruyère wurde in Charmey eine Mechanotherapieeinrichtung eröffnet. Sie unterstand der Leitung eines französischen Sergeanten und behandelte im Mittel 22 Internierte täglich.¹³⁰⁰

1293 Picot: The British interned in Switzerland, S. 101ff.

1294 Ebd., S. 119.

1295 Ebd., S. 119.

1296 Ebd., S. 120.

1297 Diese Region wurde später umstrukturiert und hieß 1917 Valais-Bex.

1298 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 120.

1299 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 155.

1300 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 120.

In der Region Jura-West¹³⁰¹ wurde in Yverdon eine Mechanotherapieeinrichtung eröffnet. Wenngleich man dort Apparate und Einrichtungsgegenstände zusammensammeln musste, konnten dennoch gute Behandlungsergebnisse erzielt werden.¹³⁰² Man behandelte dort die Internierten in Gruppen von 10 bis 15 Mann, welche jeweils 30 Minuten zusammen Übungen machten. Im Lauf des Jahres 1917 wurden im Mittel 51 Internierte jeden Monat behandelt. 61 % der Fälle waren Ankylosen, 22,5 % Muskelschwund, 8,5 % Lähmungen und 8 % der Behandlungen erfolgten gegen Rheumatismus.¹³⁰³ Im Jahr 1918 wurden bis Ende September 35 bis 47 Männer pro Tag behandelt. Dieser Mittelwert fiel auf 6 bis 10 während der Monate Oktober und November, begründet durch die Repatriierung der Internierten in dieser Einrichtung.¹³⁰⁴

In der Region Oberland A wurde in Meiringen, Grindelwald, Ringgenberg, Wilderswil, Wengen und Beatenberg Mechanotherapie durchgeführt. Die größte Einrichtung befand sich in Wengen, wo insgesamt 168 Patienten behandelt werden konnten. In Meiringen und Brienz wurden darüber hinaus Massagen durchgeführt.¹³⁰⁵ Ab 1917 wurden auch in Brienz und Meiringen Mechanotherapiesitzungen abgehalten. Insgesamt konnten in dieser Region während des Jahres 1917 420 Patienten behandelt werden.¹³⁰⁶

In den Kurbädern von Interlaken, die mit modernen Geräten zur Mechanotherapie ausgestattet waren, wurden Behandlungssitzungen mit Mechanotherapie durchgeführt.¹³⁰⁷

In der Region Oberland B wurden in Thun Massagen angewendet. In Gunten gab es eine Mechanotherapieeinrichtung. Zudem wurden dort orthopädische Behandlungen durchgeführt. In Adelboden wurden Massagen und orthopädische Behandlungen gemacht. Am 18. Januar 1917 wurde eine zusätzliche Einrichtung für Mechanotherapie in Saanen eingerichtet.¹³⁰⁸

In der Unterabteilung für englische Internierte gab es in Château-d'Œx einen improvisierten Behandlungssaal für die Mechanotherapie, der mit einfachen Geräten ausgestattet war.¹³⁰⁹

1301 Ab 1917 wurde diese Region nur noch als Jura bezeichnet.

1302 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 120.

1303 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 156.

1304 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918-1919. Troisième Rapport, S. 150f.

1305 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 120f.

1306 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 156.

1307 Ebd., S. 156.

1308 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 121.

1309 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 157.

In Murren gab es ab Oktober 1916 ein Institut für Mechanotherapie. Dort befanden sich 25 Apparate für die Mechanotherapie; zusätzlich gab es zwei, später vier Internierte, welche als Masseur angestellt waren. Das Institut wurde von einem Arzt geleitet, welcher von einem englischen Unteroffizier unterstützt wurde. Insgesamt 96 Patienten wurden dort stationär massiert und 112 mit Mechanotherapie behandelt. Darüber hinaus wurde die Einrichtung täglich von Internierten von außerhalb besucht.¹³¹⁰ Die Einrichtung in Murren wurde erweitert und durch eine großzügige Schenkung konnte eine Maschine zur Vibrationsmassage angeschafft werden. Diese wurde von bis zu 70 Internierten pro Tag in Anspruch genommen.¹³¹¹ Das Institut für Mechanotherapie wurde 1918 erneut erweitert. Zusätzlich hatten die Kurbäder von Interlaken reduzierte Eintrittspreise für die Internierten. Sie waren mit sehr modernen Apparaten für die Mechano-, Hydro- und Elektrotherapie, Quarzlampen, künstlicher Sonne und Ähnlichem ausgestattet.¹³¹²

In der Region Zentralschweiz im Sektor für die Internierten der Entente besuchten 1916 90 Patienten die Mechanotherapieeinrichtung in Engelberg.¹³¹³

Im Sektor für die deutschen Internierten befanden sich dort in jeder Einrichtung Apparate für die Mechanotherapie. Die Frequenz an Patienten betrug je nach Größe der Einrichtung während des Jahres 1916 5 bis 30 Patienten täglich.¹³¹⁴ Von 1917 an gab es in Weggis, Beckenried, Sisikon, Fluelen, Gersau und Morschach orthopädische Einrichtungen.¹³¹⁵

In der Region Basel wurden in Schinznach-les-Bains neben der Badebehandlung 19 Apparate zur orthopädischen Behandlung installiert. Zudem gab es 1917 960 Massagebehandlungen.¹³¹⁶

In der Region St. Gallen-Appenzell gab es in Oberwaid einen Saal mit 20 orthopädischen Apparaten, in Heiden existierten 8 orthopädische Apparate und in St. Gallen wurden Massagen durchgeführt.¹³¹⁷ In Ragaz wurde von Juni bis Oktober 1917 in einem Kurbad eine orthopädische Behandlungsstelle eingerichtet. Dort wurden insgesamt 15 Internierte behandelt.¹³¹⁸

1310 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 121 ; *NZZ* 138, Nr. 1174 vom 28. Juni 1917.

1311 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 157.

1312 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport, S. 151.

1313 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 121f.

1314 Ebd., S. 122.

1315 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 158.

1316 Ebd., S. 158.

1317 Ebd., S. 158.

1318 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 158f.

In Ragaz wurde zugunsten der Internierten eine Abmachung mit der Direktion der Bäder geschlossen, damit diese an Badekuren teilnehmen konnten.¹³¹⁹

In der Region Glarus-Weesen gab es in Linthal Massagen und orthopädische Behandlung.

In der Region Chur existierte eine Mechanotherapieeinrichtung für 24 Internierte.¹³²⁰

In der Region Davos wurde am 3. Mai 1917 eine Einrichtung zur Mechanotherapie in Klosters eröffnet. Sie wurde mit 20 Apparaten ausgestattet. Bis Ende des Jahres 1917 wurden dort 29 Internierte behandelt.¹³²¹ 1918 wurde die Einrichtung für 88 Patienten erweitert und man konnte dort nun zusätzlich auf Gymnastik und Sonnenbäder zurückgreifen.¹³²²

Spezielle Kriegschirurgie in Fribourg

Die Behandlungen, welche in der A.S.A. angeboten wurden, waren Massagen, Mechanotherapie, Lichtbäder, darunter auch Quarzlampen für die ultraviolette Bestrahlung oder Vier-Zellen-Bäder. Man konnte zudem von der Erfahrung eines Neurologen oder der eines Radiologen profitieren.¹³²³

Für die A.S.A. in Fribourg waren die direkten Repatriierungen von Land zu Land unter einer streng wissenschaftlichen und chirurgischen Sicht nicht sehr günstig. Man hatte hier schon von Anfang an, nur wenige Monate nach der Eröffnung der A.S.A. in Luzern, eine sehr viel geringere Zahl von schweren kriegschirurgischen Fällen zur Behandlung. Diese Zahl nahm noch weiter ab, da nach den Vereinbarungen von Bern vom 26. April 1918 all die Soldaten mit großen Verstümmelungen, dauerhaften nervösen Leiden oder Verletzungen, welche zu einer dauerhaften Invalidität führten, nicht mehr interniert, sondern repatriiert wurden. So kamen alle diese Fälle nicht mehr in die A.S.A.

Durch die nun folgenden internationalen Abkommen verlagerte sich der Schwerpunkt der Chirurgie der A.S.A. mehr und mehr auf Fälle, die auch für die zivile Chirurgie typisch waren: Hernien, Hämorrhoiden oder die Magen-Darm-Chirurgie.¹³²⁴

Die tatsächlichen chirurgischen Kriegsleiden, die in die A.S.A. gelangten, waren in jeder Kategorie in überschaubaren Zahlen vorhanden, darüber hinaus in einer viel mildereren Form, als man aus den Kriegsstaaten darüber berichtete.

1319 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport, S. 151.

1320 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916. Premier Rapport, S. 122.

1321 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 159.

1322 Ders.: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport, S. 151.

1323 Ebd., S. 138.

1324 Ebd., S. 139f.

Dies machte es schwierig, durch diese Fälle neuartige Heilungserkenntnisse zu erhalten. Man muss die Kriegschirurgie in der Schweiz daher anders bewerten als an der Front oder in den Lazaretten der Kriegsstaaten, denn in kriegschirurgischer Sicht konnten die Chirurgen in der Schweiz keine neuen Erkenntnisse aus den Krankengeschichten gewinnen. Sie konnten nicht die praktischen Erfahrungen der Sanitätsverbände der Nachbarstaaten erreichen, denn diese verfügten über eine viel größere Zahl von schweren Verletzungen und hatten daher eine größere Routine.¹³²⁵

Daher konnte man in der Schweiz auch keine umfassenden Publikationen abfassen, denn die Basis war durch die wenigen Fälle zu schmal.

Zahlreiche traumatische Läsionen des peripheren Nervensystems kamen ebenfalls in die A.S.A. Dabei fanden sich viele Variationen und kombinierte Krankheitsbilder. Für die Neurologen ließen sich daher, im Gegensatz zur Vorkriegspraxis, in hinreichender Menge Beobachtungen machen. Darunter fanden sich unter anderem Soldaten, welche an der Front ohnmächtig wurden, aber auch geschickte Simulationen, um der Kriegsgefangenschaft zu entkommen. Schwierig wurde es dabei für die Neurologen, die Indikationen für einen operativen Eingriff zu finden und präzise zu operieren. Zudem wies dieser Verletzungstyp eine extreme Langsamkeit bei der spontanen Heilung auf und machte Nachbehandlungen notwendig.¹³²⁶

Die Kriegsgefangenen, die an einer schweren Geisteskrankheit litten, mussten repatriert werden. Man beobachtete aber dennoch eine große Zahl von Neurosen und Kriegszitterern im Internierungsdienst. In der Schweiz wurde die Meinung vertreten, dass man diese Krankheit nicht heilen könne, solange für den Patienten die Gefahr oder die Möglichkeit bestand, zurück an die Front geschickt zu werden. Da die notwendige Ruhe und Sicherheit in der Schweiz gegeben war und man die Internierten nicht mehr an der Front verwenden durfte, konnte man durch die geeigneteren Rahmenbedingungen eine Besserung der Fälle beobachten. Für die Behandlung dieser Fälle wurde am 11. Mai 1917 eine Anweisung ausgegeben und ein Fragebogen an die dirigierenden Sanitätsoffiziere geschickt, in deren Regionen sich Internierte mit diesem Krankheitsbild befanden.¹³²⁷

1325 Ebd., S. 140.

1326 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 140.

1327 Ebd.

Die A.S.A. konnte auch im Bereich der Bekämpfung von Infektionen und der Sterilisation der Kriegsverletzungen keinen direkten Beitrag zur internationalen Forschung leisten. In den Wunden, die nach mehreren Monaten in Fribourg untersucht wurden, fanden sich andere Keime als in den primären Verletzungen auf dem Schlachtfeld. Die eiternden Wunden waren durch die Bedingungen der Gefangenschaft und aufgrund des physischen Zustands des defekten Gewebes nicht reibungslos und sauber geheilt. Zudem konnte durch die lange Dauer der Erkrankung die Virulenz der septischen Erreger abgeschwächt worden sein oder die Infektionen waren zu chronischen Krankheiten geworden. So zeigten die Patienten auch nicht länger die für die Infektionen gewöhnlichen Anzeichen, wie beispielsweise einen Anstieg der Temperatur nach einem Eingriff oder einer Behandlung.

Nichtsdestoweniger konnte man während der langen Eiterungsphasen die positiven Effekte bestimmter Behandlungsmethoden, ganz besonders der Heliotherapie, feststellen. Die langandauernde Beobachtung der Verletzungen konnte den Nutzen und die Effekte der Selbstheilung des Körpers aufzeigen. Außerdem konnte man eine funktionelle Anpassung der beeinträchtigten Glieder feststellen. Ganz besonders bei Patienten, die sich in der Internierung komplizierten Operationen unterziehen mussten, warf dies ein nicht allzu positives Bild auf die an der Front durchgeführten Operationen der Gelenke und Knochen, die man nun Stück für Stück, von Eingriff zu Eingriff, behandeln musste.¹³²⁸

Versorgung von Internierten in anderen Spitälern

Dr. Julliard aus Genf führte die operative Tätigkeit fort, die er 1916 im Auftrag des Armeearztes begonnen hatte. Im Jahr 1917 machte er 90 Operationen, davon 70 Gesichts- und Kieferoperationen.

Dr. Machardt eröffnete in Genf eine Spezialabteilung im Allgemeinen Krankenhaus in Genf mit einigen Betten in der Colline, dort operierte er besonders Fisteln.¹³²⁹ Er führte seine Tätigkeit auch 1917 fort und behandelte 53 Fälle. 15 davon hat er in der Klinik untersucht und behandelt, 25 hat er konsultiert. Unter den 53 Fällen operierte er unter anderem sechs Hernien, drei Exstirpationen von Tumoren, vier Autoplastien, sechs Transplantationen von Fettgewebe und Sehnen, acht Extraktionen von Geschossen mit Freilegung von Nerven, drei Sequesterentfernungen und vier Fußoperationen.

¹³²⁸ Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 141.
¹³²⁹ Ebd., S. 141.

Dr. Matti aus dem Salemkrankenhaus in Bern hat ebenfalls seine Arbeit fortgesetzt, die er 1916 im Auftrag des Armeearztes begonnen hatte. Er behandelte weiterhin vor allem Gesicht- und Kieferverletzungen.

Aber auch von Chr. De Menet aus Vevey und H. Brunschweiler aus Luzern liegen Schriften vor, die sich mit Kriegsorthopädie und Kriegschirurgie beschäftigen. Außerdem gibt es Bildmaterial, welches deutsche Internierte im Bürgerspital in Basel zeigt.¹³³⁰ Belege gibt es auch für Operationen im Kantonsspital in Luzern.¹³³¹

Ansteckende Krankheiten

Ein Teil der Internierten war während des Krieges in außereuropäischen Ländern eingesetzt und steckte sich dort mit meist parasitären Krankheiten an, die die Ärzte in der Schweiz bislang selten oder gar nicht gesehen hatten. Da sich unter den Internierten auch viele Kranke befanden, die an ansteckenden Krankheiten litten, die auch für die Schweizer Bevölkerung gefährlich werden konnten, wies der Armeearzt die behandelnden Ärzte mit Nachdruck darauf hin, dass sie auf den Gesundheitszustand der Internierten achteten.¹³³² Dabei kamen für kontagiöse und infektiöse Krankheiten dieselben Vorschriften zum Zuge, die auch für die Armee vor Beginn des Krieges erlassen worden waren, denen zufolge die Krankheiten an die militärischen und zivilen Behörden gemeldet werden mussten, um eine Ausbreitung zu verhindern. Gemäß der Order vom 12. September 1916 und dem 16. Februar 1917 war die Aufmerksamkeit der behandelnden Ärzte von Anfang an auf die Überträger des Fleckfiebers zu richten. Es war vorgeschrieben worden, dass der behandelnde Arzt die neuankommenden Internierten in einer Einrichtung auf diese Krankheit untersucht und auch alle Fälle derjenigen meldet, die in den letzten beiden Jahren an Fleckfieber erkrankt waren.

Eine relativ große Zahl der Internierten litt an Malaria und erlitt daher häufig wiederkehrende Fieberschübe. Da die Krankheit unter den Schweizer Ärzten sehr wenig bekannt war, gab Professor Cloëtta am 20. Juli 1916 im Auftrag des Armeearztes eine Broschüre mit dem Titel *Traitement de la malaria chez les internes / Therapie der Malaria bei den Internierten* heraus.¹³³³ Später, im Laufe des Jahres 1917, hat das Hygieneamt der Schweiz durch Professor Galli-Valério aus Lausanne eine Studie über die Malaria anfertigen lassen.

1330 Deutsche Internierte im Bürgerspital Basel, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 16. September 1917, S. 10.

1331 Zum Besuch des General Friedrich in der Schweiz, in: *Deutsche Internierten Zeitung* vom 15. Oktober 1916, S. 5-6.

1332 Ebd., S. 147.

1333 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport*, S. 148; BIG EDA A 81-1: *Therapie der Malaria bei den Internierten* vom 20. Juli 1916.

Diese trug den Titel: *La distribution géographique des anophélines en Suisse, au point de vue du danger de formation de foyers de malaria*. Die Schlüsse, die er zog, waren sehr wichtig und die Ergebnisse dieser Arbeit wurden den Ärzten der Region, aber auch den für die Verteilung zuständigen Offizieren in Konstanz und Lyon mitgeteilt, damit diese bei ihren Verteilungen die Malariafälle berücksichtigen und um so ein Aufflackern der Malaria in den Gegenden, in denen es bereits Fälle gab, zu verhindern.¹³³⁴

Auf Anweisung des Armeearztes hat Major Vuilleumier die *Instructions à l'usage des officiers sanitaires dirigeants et des Médecins traitants du Service de l'Internement* veröffentlicht. Die dort angeführten Anweisungen, die zum Schutz vor ansteckenden Krankheiten ergriffen wurden, waren für die Internierten die gleichen wie für die Militärangehörigen der Schweizer Armee.

Im Jahr 1918 tauchte unter den Internierten die Amöbenruhr auf. Daher wurde eine Anweisung erlassen, dass analog zur bakteriellen Ruhr und anderen ansteckenden Krankheiten alle Fälle nicht nur dem dirigierenden Sanitätsoffizier gemeldet wurden, der diese als Vermittler des Armeearztes an die Hygieneabteilung der Armee weitergab, sondern auch an die lokalen Autoritäten wie die Kantons- und Bundesbehörden.

Eine Spezialanweisung wurde am 9. März 1918 zudem für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und für den Schutz der Schweizer Bevölkerung ausgegeben. Geschlechtskrankheiten nahmen einen bedeutenden Platz unter den Krankheiten der Internierten ein. Die Zahl der Krankheitsfälle, vor allem Gonorrhöe und Syphilis, nahm während der Anwesenheit der Internierten in der Schweiz zu. Daher wurden für sie die gleichen Regeln angewendet, die auch für die Armee seit der Mobilisation gültig waren und am 16. September 1914 erlassen wurden. Eine Überarbeitung erfolgte am 20. April 1918. Es wurden Generalinspektionen angeordnet. Wann diese stattzufinden hatten, lag in der Kompetenz des Kommandanten, sie hatten indes periodisch zu erfolgen. Die zivilen Krankenhäuser konnten nicht alle Fälle annehmen, weil die Bewachung nicht ausreichend möglich war, daher wurde für geschlechtskranke Internierte in Lausanne eine spezielle Militärklinik für die Internierten der Entente eröffnet, die sogenannte *Grenade*.¹³³⁵

1334 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917*. Second Rapport, S. 149. Eine Zusammenfassung des Berichts befindet sich in BAR E 27 13998.

1335 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917*. Second Rapport, S. 149.

Zahnbehandlung, Augenersatz und chirurgische Prothesen

Die Zahnbehandlung der Internierten erfolgte nach Maßgabe der Anweisungen vom 18. Juli 1916. Man scheiterte zwar zunächst damit, ein Reglement festzulegen, doch nach einem längeren Arbeitsprozess trat es am 1. Februar 1917 in Kraft. Die zahnärztliche Behandlung der Internierten erfolgte über zivile oder militärisch kommandierte Zahnärzte. Ferner wurde festgelegt, dass jeder Internierte Luxusbehandlungen, die nicht im Reglement aufgeführt waren, selbst bezahlen müsse; dies entweder zum Tarif der Zivilzahnärzte oder zu dem der Militärzahnärzte. Auch mussten zahlungsfähige Internierte für die allgemeine Zahnbehandlung, wie Füllungen, selbst aufkommen oder zumindest anteilsweise Zahlungen leisten.

Am 12. November 1917 wurde Sanitätsmajor Paul Preiswerk beauftragt, eine praktische Durchführung der Zahnbehandlung für die Internierten zu entwerfen. Am 15. Mai 1918 erweiterte Preiswerk die bestehende Regelung durch die *Instructions pour le traitement dentaire des Internes / Instruktion über die Zahnbehandlung Internierter*. Die Zahnbehandlung sollte nun in speziellen Zahnkliniken durchgeführt werden, in denen man nur Internierte oder deren Familien behandelte. Ziel der Zahnbehandlung war vor allem die Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Für die Zuteilung einer Prothese war vor allem bedeutend, ob es sich um eine Kriegsverletzung handelte oder um Zahnverlust infolge von Krankheiten wie beispielsweise Karies. Zudem waren dabei auch die Zahl der zu ersetzenden Zähne und der Schweregrad der Kieferverletzung dafür entscheidend, ob eine Prothese genehmigt wurde. Maßgabe war immer die Kaufähigkeit des Patienten.¹³³⁶ Nur bei Kriegsprothesen oder durch Kriegsverletzungen bedingter Zahnbehandlung erfolgte die Übernahme der Kosten durch die Allgemeine Kasse oder die Unkostenkasse.¹³³⁷ Für die Zahnbehandlung wurde in Luzern Felsberg eine Internierten-Zahnklinik eingerichtet. Diese wurde am 31. Januar 1919 aufgelöst; der Betrieb wurde dann in der Privatwohnung von Dr. Röthlin in der Sempacherstraße in Luzern weitergeführt. Für die Zahnbehandlung gab es zudem ein Internierten-Zahndepot im Hotel Richemont in Luzern.¹³³⁸

Für die chirurgischen Prothesen, vor allem Arm- und Beinprothesen, gab es eine strenge Kontrolle der Patienten. Dies erfolgte, um Missbrauch auszuschließen, da sich die kriegführenden Staaten an den Kosten für ihre Internierten beteiligten.

1336 Ebd., S. 152f.; BIG EDA A 81-1: Instruktionen Nr. 873 B über die Zahnbehandlung Internierter vom 15. Mai 1918.

1337 BAR E 27 13998: Rundschreiben an die dirigierenden Sanitätsoffiziere der Internierungsregionen vom 27. Januar 1917.

1338 StALU Akt 41/111.

Die Prothesen mussten zu Beginn der Internierung zunächst aus dem Ausland, vor allem aus Deutschland, angekauft werden. Der Bundesrat einigte sich mit der kaiserlich deutschen Gesandtschaft über die Preise und die Einfuhrbestimmungen.¹³³⁹ Später wurden die Prothesen dann in den Werkstätten der Internierten selbst angefertigt.

Man unterschied, wie zuvor erwähnt, bei den Prothesen zwei Arten. Diejenigen, die nach einer Kriegsverletzung benötigt wurden und deren Tragen unbedingt notwendig war, und die, die nicht durch eine Kriegsverletzung begründet waren. In den erstgenannten Fällen mussten die Verletzten nichts bezahlen, für die anderen Prothesen musste der Internierte die Hälfte bezahlen, vorbehaltlich, dass tatsächlicher Bedarf bestand.¹³⁴⁰ Die Prothesen für die Glieder mussten nicht mehr eingerechnet werden, seitdem die Amputierten nicht mehr interniert, sondern repatriert wurden. Orthopädische Schuhe wurden für einzelne Füße angefertigt, falls nur eine Seite betroffen war. Die andere Seite wurde mit einem gewöhnlichen Schuh aus dem Ordonanzbestand versorgt.

Für die englischen Internierten wurden die Schuhe in den Interniertenschuhmachereien in Interlaken oder Château-d'Œx oder von zivilen Orthopädiemechanikern und Bandagisten angefertigt. Für die belgischen Internierten galt das Gleiche. Für die französischen Internierten hatte die französische Botschaft eine zentrale orthopädische Werkstätte in Engelberg überlegt, aber das Projekt wurde nicht abgeschlossen. Diese Frage wurde im April 1918 geregelt. Die Anfertigung dieser Schuhe wurde vier Werkstätten in Bern, Lausanne, Troistorrents und Spiez anvertraut.¹³⁴¹ Bestimmte orthopädische Apparate für die Internierten der Entente wurden außerdem in Villars produziert.

Für den Augenersatz konnte, sowohl bezüglich der Belieferung als auch beim Preis der künstlichen Augen, 1916 noch keine Einigung erzielt werden.¹³⁴² Eine Umfrage im Jahr 1917 zeigte auf, dass etwa 160 französische und belgische Internierte ein künstliches Auge benötigten.

Daher wurde im April 1917 der Augenarzt M. Coulomb damit beauftragt, diese und auch die englischen Internierten zu untersuchen.¹³⁴³ Nach seiner Maßgabe wurden dann die Prothesen im Ausland angefertigt.¹³⁴⁴ In der Schweiz wurden keine künstlichen Augen hergestellt.

1339 Briefwechsel zwischen der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft und dem schweizerischen Bundesrat betreffend die Versorgung und den Preis der Prothesen, in: BAR E 27 13998.

1340 Ebd.: Rundschreiben Nr. 911 B von Colonel von der Mühl an die Kommandanten der Internierungsregionen vom 14. August 1918.

1341 Favre: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917*. Second Rapport, S. 151f.

1342 Ders.: *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1916*. Premier Rapport, S. 123f.

Medikamente für die Internierten

Die medizinische Behandlung der Internierten wurde, wie bereits erwähnt, nach den gleichen Prinzipien wie die für die Soldaten der Schweizer Armee praktiziert. Die Medikamente, die in der Regel verschrieben wurden, waren die, welche sich in der *Pharmacopœa helvetica IV* vom 9. August 1907 befanden. Einzelne Medikamente, darunter insbesondere Tabletten, wurden an die Interniertenapotheke im Hotel Richemont in Luzern verschickt. Diese wurde im November 1917 gegründet und unterstand der Leitung von Dr. Müller.¹³⁴⁵ Eine Liste der Medikamente und des Materials, welches man dort beziehen konnte, wurde am 31. Mai 1918 zum Gebrauch des medizinischen Dienstes der Internierung veröffentlicht.¹³⁴⁶ Zudem wurde zum Schutz vor einer Verteuerung der Medikamente eine *Pharmacopœa œconomica*, ein kleines ökonomisch-therapeutisches Handbuch, herausgegeben, welches in Anlehnung an die Praxis der Schweizer Armee und den *Tarif fédéral des médicaments* die Medikamente empfahl, die den Internierten in all den Fällen verschrieben werden sollten, welche analog zu denen waren, die in der Armee, im Lazarett, in den Praxen der Städte, den Polikliniken oder bei den Unterstützungskassen aufgetreten waren. Diese Liste und das Handbuch sollten den Internierungsärzten zeigen, wie man ökonomisch Medikamente verschreiben konnte. Dabei waren die behandelnden Internierungsärzte jedoch nicht verpflichtet, sich ausschließlich an die angezeigten Medikamente zu halten, wenn etwa die Behandlung eine andere Medikation erforderte. Die behandelnden Ärzte wurden allerdings für alle überflüssigen oder kostspieligen Behandlungen verantwortlich gemacht.¹³⁴⁷

13. Die Grippeepidemie unter den Internierten

Die *Spanische Grippe*, die sich zwischen 1918 und 1920 pandemisch ausbreitete, wirkte sich unter den Internierten verheerend aus. Vom Anfang Juli 1918 an nahm sie ernste Ausmaße an. Daher wurde am 8. Juli 1918 durch den Armeearzt eine Order herausgegeben, welche neben der Prophylaxe die Therapie und die Rekonvaleszenz festsetzte und zudem Maßnahmen zur allgemeinen Hygiene vorschrieb.¹³⁴⁸ Am 22. Juli 1918 wurde eine Anweisung ausgegeben, dass alle neu in der Schweiz ankommenden Internierten eine Weile in Quarantäne genommen werden mussten. Am 26. Juli wurde diese Anweisung ergänzt.

1343 BAR E 27 13998: Brief von Armeearzt Oberst Hauser an das Politische Departement vom 7. April 1917.

1344 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 152.

1345 StALU 41/111.

1346 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 152.

1347 Ebd., S. 149f.; BIG EDA A 81-1: Nr. 878 B Pharmacopœa Oeconomica à l'usage des Médecins de l'Internement vom 31. Mai 1918.

1348 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 145.

Jetzt wurden die Maßnahmen vorgeschrieben, die nach der Grippe zur Desinfektion und für die Prophylaxe ergriffen werden mussten. Am 31. Juli wurde eine weitere Anweisung herausgegeben und darin der Armee, den dirigierenden Sanitätsoffizieren und auch den behandelnden Ärzten der Internierung mitgeteilt, dass es in Deutschland ein – nicht näher bezeichnetes – Medikament gab, welches leicht herzustellen war und bereits herausragende Ergebnisse erzielen konnte.¹³⁴⁹ Am 2. August erreichte die Schweiz eine Nachricht, dass unter den internierten Franzosen, welche kürzlich repatriert worden waren, viele sehr schwer an der Grippe erkrankt und dass von diesen sehr viele bald nach ihrer Rückkehr nach Frankreich gestorben waren. Daher wurden Maßnahmen ergriffen, um die Repatriierung von Internierten zu verhindern, die von der Grippe befallen waren oder suspekt erschienen. Am 5. August wurde ein Rundschreiben der Direktion des öffentlichen Hygienedienstes der Stadt Zürich veröffentlicht und den Sanitätsoffizieren der Armee und der Internierung zur Kenntnis gebracht. Dort wurden Ratschläge gegen die Grippe und für die Behandlung der Betroffenen gegeben. Die Ratschläge basierten auf den Erfahrungen einer Poliklinik in Zürich. Internierte waren nun, bevor sie transportiert oder in eine andere Einrichtung überstellt wurden, zu untersuchen. Am 17. Oktober wurde der Transfer von Internierten von einer Region in die andere verboten, falls er nicht dringend war.¹³⁵⁰ Zudem wurde angeordnet, dass in den Austauschzügen immer ein Arzt anwesend war.¹³⁵¹

Etwa 4.200 Internierte in der Schweiz wurden von der Grippe befallen, davon starben 161. Bei einem Mittelwert von 23.000 Internierten waren so etwa 18 % an der Grippe erkrankt und 4 % davon starben.¹³⁵² In bestimmten Regionen, zum Beispiel im Berner Oberland A und im Wallis, zeigten sich die Internierten resistent gegen die Epidemie, die unter der Zivilbevölkerung grassierte. Dies schrieb auch der Inspektionsoffizier des Kantons Wallis in seinem Rapport vom 30. September:

»L'immunité remarquable dont ont joui les internes au point de vue de l'infection grip-pale, qui a été extrêmement grave dans le Valais, provient incontestablement du fait qu'ils ont presque tous été victimes en captivité, avant leur internement.

L'immense majorité des internés de la région du Valais sont des «nouveaux» qui ont «fait» leur grippe en Allemagne, avant leur arrivée en Suisse, les «anciens» ayant pour

1349 Ebd., S. 146.

1350 BAR E 27 14041: Rundschreiben Nr. 932 B. An die Kommandanten der Internierungsregionen vom 17. Oktober 1917; Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport, S. 146.

1351 BAR E 27 14041: An die Territorialkommandos III, V und VII vom 22. Oktober 1918.

1352 Krankenzahlen entnommen der tabellarischen Auflistung bei Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport, S. 147f.

la plupart été rapatriés avant que l'épidémie éclatât chez nous. C'est la seule manière d'expliquer le fait suivant, analogue à beaucoup d'autres: à Stalden, la propriétaire de L'établissement, ses six enfants et quatre employés ont été atteints de la grippe et aucun des quinze internés n'en a été touché.»¹³⁵³

Die Internierten im Wallis hatten die Grippe in Deutschland bereits überstanden und waren so immun gegen die Krankheit.

Man konnte bei der Grippeepidemie in der Schweiz zwei größere Ausbrüche feststellen, einen von Juli bis August 1918 und einen von Oktober bis November 1918, zwischen diesen beiden Höhepunkten gab es in fast allen Regionen eine Erschlaffung im September.¹³⁵⁴

Unter den an der Grippe erkrankten Internierten, welche in den meisten Fällen in die Schweiz kamen, bevor die Epidemie ausbrach, waren viele, die der Grippewelle in Deutschland zunächst entkommen waren. Von diesen Internierten starben einige, da sie durch die lange Gefangenschaft und das Leben in den Lagern aufgerieben waren und keine Widerstandskraft mehr hatten. In der A.S.A. und dem Deutschen Interniertenspital dagegen gab es unter den Internierten keine Grippefälle im eigentlichen Sinne. Lediglich Dr. Pachantoni und zwei Angestellte des Servicepersonals erkrankten.¹³⁵⁵

In der Region von Murren beobachtete man in demselben Zeitraum und in den gleichen Einrichtungen, dass die Grippe bei den englischen Internierten einen schwereren Verlauf zeigte als bei französischen oder belgischen Internierten. Eine Erklärung für dieses Phänomen ließ sich indes nicht finden. Möglicherweise hatte die Behandlung mit Alkohol, wie sie zu Beginn der Epidemie praktiziert wurde, den Verlauf der Krankheit in diesen Fällen verschlimmert.¹³⁵⁶

Für Armeearzt Hauser hatte die Grippeepidemie in der Schweiz ein Nachspiel, da man ihn in der Presse für den Verlauf der Grippe im Schweizer Sanitätswesen verantwortlich machte. Durch eine unabhängige Untersuchungskommission wurde er jedoch entlastet.¹³⁵⁷

1353 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1917. Second Rapport, S. 148.

1354 Ebd.; Mörgeli: Wenn der Tod umgeht.

1355 Favre: L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918. Troisième Rapport, S. 148f.

1356 Ebd., S. 149.

1357 Mörgeli: Wenn der Tod umgeht.

IV. Teil (Schluss)

1. Dankeschreiben von Internierten an die Schweiz

In der Schweiz gingen zahlreiche Dankeschreiben ein und dies nicht nur von Internierten, welche in der Schweiz untergebracht wurden. Auch Würdenträger, Politiker und Militärs der fremden Staaten sprachen der Schweiz Dank und Anerkennung für das Werk der Internierung, den Verwundetenaustausch und den Austausch der Zivilinternierten aus.¹³⁵⁸ Dieser Dank wurde zum Teil auch in Zeitungen veröffentlicht. Der englische Gesandte Grant Duff dankte in der NZZ in einem ausführlichen Brief der Schweiz für die Aufnahme der englischen Kriegsgefangenen:

»Es wird mir schwer, die rechten Worte zu finden, um Ihnen für den großartigen Empfang zu danken, den Sie unseren Soldaten bereitet haben. Die Schweiz und England sind von jeher gute Freunde gewesen. Ihr habt tausenden von meinen Landsleuten Gesundheit gegeben, während wir mehr als einmal diejenigen, welche die Schweiz bedrohten, darauf aufmerksam gemacht haben, dass sie nicht ohne wenigstens einen mächtigen Freund sein würde [...].«¹³⁵⁹

Der deutsche Konsul Burchard schrieb am 26. Januar 1916 in einem Telegramm an den Bundesrat:

»Dem hohen Eidgenössischen Bundesrat entbieten hundert aus französischer Kriegsgefangenschaft heute nach Davos überführte deutsche Offiziere und Soldaten ihren ehrerbietigen Gruß. Von ganzem Herzen danken sie für den Empfang, der ihnen bereitet wurde. Sie gedenken der langen und mühevollen Verhandlungen, die der hohe Bundesrat zur Erreichung [der] Unterbringung im schönen Davos in vorbildlich menschenfreundlicher Weise auf sich nahm.«¹³⁶⁰

Friedrich Franz Großherzog von Mecklenburg-Schwerin äußerte sich in einem Telegramm an den Bundespräsidenten:

»Gelegentlich eines kurzen Aufenthaltes im schönen Luzern habe ich die am Vierwaldstättersee untergebrachten mecklenburgischen Offiziere und Mannschaften besucht und mich zu meiner großen Freude davon überzeugt, wie wohltuend ihnen der durch die Gastfreundschaft des Schweizerischen Staates gewährte Aufenthalt in diesem wunderschönen Lande auf ihre Gesundheit gewirkt hat. Es ist mir ein Bedürfnis, Ihnen Herr Bundespräsident für alle meinen Landeskindern erwiesene Freundlichkeit meinen wärmsten Dank zu sagen.«¹³⁶¹

1358 NZZ 137, Nr. 157 vom 30. Januar 1916; NZZ 136, Nr. 338 vom 22. März 1915, Nr. 321 vom 18. März 1915, Nr. 302 vom 14. März 1915, Nr. 267 vom 7. März 1915.

1359 NZZ 137, Nr. 1283 vom 13. August 1916.

1360 BAR E 27 13973: Telegramm von Konsul Burchard an den Bundesrat vom 26. Januar 1916.

1361 BAR E 27 13973: Telegramm von Friedrich Franz, Großherzog von Mecklenburg-Schwerin an den Bundespräsidenten vom 3. Juli 1917.

Horace Rumbold schrieb im Auftrag der britischen Regierung an Bundesrat Ador:

»I have the Honor to inform you that I am instructed by His Majesty's Principal Secretary of State for Foreign Affairs to convey to the Swiss Government the high appreciation of His Majesty's Government for the hospitality and good treatment shown during their internment in Switzerland, to the British Prisoners of War who have lately returned to the United Kingdom.«¹³⁶²

Auch der deutsche Reichspräsident Ebert schrieb am 11. August 1919 in einem Telegramm an Bundespräsident Ador:

»Die von Herzen kommende zu Herzen gehende Aufnahme im schönen Schweizerland bleibt für jene deutschen Kriegs- und Zivilgefangenen unvergesslich. Bald konnten sie in der Schweiz neue Lebensfreude und Lebenskraft schöpfen und das Getümmel des Krieges blieb weit hinter ihnen zurück. [...] Viele sind geheilt worden zu nützlicher Arbeitsleistung und werden stets in unauslöschlicher Dankbarkeit der Schweiz gedenken. Als letzte haben jetzt auch die deutschen Hospitalisierten das Schweizerland verlassen. Da drängt es mich, durch Sie Herr Bundespräsident zugleich als den Präsidenten des so mannigfaltig für die Opfer des Krieges bemühten internationalen Komitees vom Roten Kreuze der schweizerischen Regierung, den Transport- und Internierungsbehörden und vor allem dem ganzen gastfreien Schweizervolk den herzlichsten Dank der Deutschen Regierung, des Deutschen Volkes und insbesondere der Internierten selbst für das schöne Werk auszusprechen.«¹³⁶³

Bedeutender in diesem Zusammenhang scheinen mir jedoch die Briefe der Internierten oder ihrer Angehörigen selbst zu sein, welche das Wort an die Schweiz oder die Schweizer Politik richteten. Dies geschah in Gruppen oder auch in einzelnen Briefen.

Aus dem Kreis der Verletzten, die in den Austauschtransporten in die Heimat gebracht wurden, finden sich im Bundesarchiv zahlreiche *»Adresse de remerciements à la Suisse«*. Dabei handelt es sich um formelle Dankesschreiben, welche von zahlreichen Soldaten unterschrieben wurden. Diese Briefe wurden von Henriette Meyer aus Paris im Auftrag der Soldaten an die Schweiz vermittelt.¹³⁶⁴ Henri Guillemont, ein Internierter aus Faulensee (im Berner Oberland), schrieb an Mademoiselle Jarcy in Paris, welche das Schreiben an die schweizerische Gesandtschaft in Paris weiterleitete:

»Comment vous décrire ce voyage triomphal, dans notre train fleuri, dans de magnifiques wagons suisses de 2ème classe, c'est-à-dire mieux que dès 1ères en France, les gares noires de monde, partout sur notre passage, dans les prés en fleurs, tous les arbres fleuris d'une journée de mai au ciel pur et léger, sur les ponts, aux passages à niveau [...].«¹³⁶⁵

1362 BAR E 27 13973: Brief von Horace Rumbold an Bundesrat Ador vom 11. Oktober 1917.

1363 BAR E 27 14034: Kopie. Mitteilung an die Presse vom 15. August 1919.

1364 BAR E 27 14041.

1365 BAR E 27 13973: Brief von Henri Guillemont an Mademoiselle Jarcy, weitergeleitet an die Schweizerische Gesandtschaft in Paris vom 9. Mai 1916.

Leon Paillet, ein französischer Internierter, der in Reckingen untergebracht worden war, schrieb an Bundespräsident Decoppet:

»Je déplore, monsieur le Président, de n'avoir pas qualité pour parler au nom de tous mes Camerades français hospitalisés en Suisse [...] Le [...] de sympathie qui nous furent prodigues des notre entrée dans votre beau pays; les acclamations qui nous accompaignerent tout le long de notre parcours; les soins qui nous furent donnés [...] la Suisse est devenue und seconde patrie, et c'est surtout a nous, les hospitalisés, qu'el convient de dire, en parodiant [...] vers célèbre de notre poète Henri de Bornier: «Nous avons deux pays, le nôtre et puis la Suisse» [...].«¹³⁶⁶

Generalmajor Graf Pfeil schrieb an die Schweizer Regierung, welche das Telegramm veröffentlichte:

»Die heute die Schweiz nach der Heimat verlassenden deutschen Offiziere, Unteroffiziere und Mannschaften sagen aufrichtigen Dank allen Behörden und Bewohnern für die erwiesenen Wohltaten. Mit herzlichen Wünschen für die Schweiz scheiden wir aus diesem herrlichen Lande.«¹³⁶⁷

Constantin Fischer aus Bad Godesberg, dessen Sohn in der Schweiz interniert war, schrieb an Bundespräsident Calonder:

»Sehr geehrter Herr Präsident, seit einigen Tagen weilt mein Sohn, der als Leutnant fast 3 Jahre in französischer Kriegsgefangenschaft war, in der Schweiz und genießt die Gastfreundschaft des Schweizer Volkes. Da Sie, hochverehrter Herr Präsident, an dem Zustandekommen des deutsch-französischen Kriegsgefangenen austausches so hervorragend Anteil genommen haben, drängt es meine Familie und mich Ihnen unseren herzlichsten und innigsten Dank auszusprechen. In gleicher Weise gilt unser Dank den Herren, die an dem edlen Werke mitgeholfen haben. Dem Schweizer Volk auch unseren aufrichtigsten Dank für seine Gastfreundschaft.«¹³⁶⁸

Auch nach Ende des Krieges trafen noch weitere Dankeschreiben ein. Zudem gab es zahlreiche Auszeichnungen für Schweizerinnen und Schweizer im Dienst der Internierung.

Diese Auszeichnungen wurden sowohl von England, Deutschland wie auch Frankreich vergeben.¹³⁶⁹ Oberst Bohny und seine Frau erhielten beispielsweise das König-Ludwig-Kreuz durch Prinz Alfons von Bayern verliehen.¹³⁷⁰ Aber auch Armeearzt Oberst Hauser wurde für seine Arbeit für die Internierten ausgezeichnet.

1366 BAR E 27 13973: Brief von Leon Paillet an Bundespräsident Decoppet vom 6. Mai 1916.

1367 NZZ 138, Nr. 1850 vom 4. Oktober 1917.

1368 BAR E 27 13973: Brief von Constantin Fischer an Bundespräsident Calonder vom 24. Juli 1918.

1369 BAR E 27 13973.

1370 Der Besuch des Prinzen Alfons von Bayern bei den deutschen Internierten in der Schweiz vom 16. April 1917 bis 6. Mai 1917, S. 29.

2. Schlussbetrachtungen

Betrachtet man die Situation der Schweiz während des Ersten Weltkrieges, so stellt man zunächst in geografischer und wirtschaftlicher Hinsicht fest, dass diese von den äußeren Umständen zu einer Zusammenarbeit mit den kriegführenden Parteien gezwungen war. Die wirtschaftliche Situation der Schweiz war alles andere als zufriedenstellend. Man musste, um die Landesversorgung sicherzustellen, Transportwege freihalten und den Antransport organisieren, damit es möglich war, Nahrungsmittel und Rohstoffe zu importieren. Zugleich war man mit dem Problem konfrontiert, dass jederzeit ein Einmarsch durch eine der Kriegsparteien erfolgen konnte, sowohl im Süden durch Italien, wo man eine Annektierung des Tessins befürchtete, als auch im Norden und an den Westgrenzen, wo ein Einmarsch durch Deutschland oder Frankreich drohte, um über die Schweiz Flankenoperationen durchzuführen.

Frankreich wertete die Schweiz zu Beginn des Krieges als *deutschfreundlich*, was dazu führte, dass man von französischer Seite Pläne für eine Operation in und durch die Schweiz machte. Da man sich mit Italien ohnehin in einer politisch angespannten Lage befand, galt für Frankreich auch das Verhalten der Schweiz gegenüber Italien als Gradmesser für eigene Reaktionen und Zugeständnisse. Man glaubte lange Zeit, die Schweiz würde einen deutschen Durchmarsch gestatten, um von Deutschland aus auf direktem Wege nach Italien zu gelangen. Da sich aber eine neutrale Schweiz für alle Kriegsparteien als günstiger erwies als ein riskanter Einmarsch, der eine weitere Front eröffnet hätte, blieb die Schweiz verschont.

Die Schweiz stand ab 1914 unter zunehmendem Druck. Außenpolitisch war man ständig darum bemüht, die Neutralität zu bekräftigen, um sich nicht in Gefahr zu bringen. Man nahm daher mit Blick auf die Wahrung der Neutralität auch die schon 1871 bei der Hospitalisierung der Bourbaki-Armee gezeigte Bereitschaft zur Humanität auf und erklärte sich so zunächst bereit, den Austausch von Zivilinternierten über Schweizer Gebiet in die Heimat zu übernehmen.

Hier liegen die Anfänge der *Liebestätigkeit* oder des *Liebeswerkes* der Schweiz. Als nun 1914 von der Institution des IKRK bei der Schweizer Regierung angefragt wurde, ob man auch bereit wäre, sich um die diplomatische Vermittlung eines Austausches von schwerverletzten Kriegsgefangenen zu bemühen, wurden offizielle Stellen in der Schweiz wieder aktiv und vermittelten zwischen den Kriegsparteien.

Das IKRK selbst war zweifellos bereits 1914 sehr einflussreich und man hatte sich in Genf einen Überblick über die Lager und die Dimensionen der Gefangenschaft machen können, aber man hatte keinen Zugriff auf eine entsprechende Infrastruktur und auch nicht die diplomatischen und finanziellen Möglichkeiten, die Transporte zu organisieren. Die Schweiz hingegen konnte diese Lücke füllen und mit Deutschland und Frankreich verhandeln und die Organisation der Züge und Austauschstationen in die Wege leiten. Die Schweiz bot sich für dieses und die weiteren Vorhaben an, da sie nicht von einer kriegführenden Partei besetzt war und direkt an den Kriegsschauplätzen lag und so logistisch auch von allen Seiten leicht zu erreichen war.

Unterstützung für dieses Projekt kam aber auch von kirchlicher Seite. Der Vatikan hatte humanitäre Bestrebungen und hoffte, diese durch eine Zusammenarbeit mit der Schweiz in die Tat umzusetzen. So konnte schließlich, auch unter Vermittlung des Vatikans, zwischen Deutschland und Frankreich ein Austauschabkommen geschlossen werden. Dieses sah vor, dass nach einer genauen Liste Repatriierungen von schwerverletzten Kriegsgefangenen über die Schweiz durchgeführt wurden. Auch England und Belgien sowie später Österreich-Ungarn, Serbien und Italien schlossen ähnliche Vereinbarungen, die auf dem deutsch-französischen Abkommen aufbauten. Die nun anlaufenden Transporte zeigten den Schweizerinnen und Schweizern zahlreiche Verwundete und steigerten zweifellos die Bereitschaft, sich von den kriegerischen Handlungen fernzuhalten, so dass man auch einer Erweiterung des Liebeswerkes positiv gegenüberstand. Auch die bereits gemachten Erfahrungen mit der Behandlung von kranken und verletzten Soldaten, die in der Schweiz weilten, ließen keine gravierenden Probleme erwarten.

Nachdem der Austausch erfolgreich angelaufen war, ergriff erneut das IKRK um Präsident Gustave Ador die Initiative und schlug der Schweizer Regierung die Hospitalisierung von Kriegsgefangenen vor. Von Schweizer Seite wurde diesem Vorhaben grundsätzlich zugestimmt, dennoch sorgte man sich vor allem hinsichtlich der Bewachung der Gefangenen, um einen Abzug von Schweizer Truppen und durch die Präsenz fremder Soldaten im eigenen Land auch um die militärische Sicherheit.

Nach anfänglich positiv verlaufenden Verhandlungen zeichnete sich indes keine schnelle Lösung ab. Problematisch waren neben den Schweizer Bedenken hinsichtlich Bewachung und militärischer Sicherheit vor allem die indirekt geführten Verhandlungen.

Gustave Ador konnte nur seine Kontakte nach Frankreich bemühen und bedurfte in Richtung Deutschland der Hilfe von anderer Seite. Hier konnte nun Benedikt XV. erfolgreich tätig werden. Er schickte einen Sondergesandten nach Bern, welcher die bisherigen Verhandlungsergebnisse um konkrete Zahlen ergänzte und das päpstliche Interesse an dieser Frage deutlich machte. Dem Papst eröffnete sich hier die Möglichkeit, die der katholischen Kirche freundlich gestimmte Stimmung in der Schweizer Politik auszunützen, um eine Annäherung an die Schweiz herzustellen, was in der Folge dann zur Wiedererrichtung einer Nuntiatur in der Schweiz führte. Die Annahme der Vorschläge des Papstes und das Berufen auf die Zahlen des »Projet« durch Deutschland zeigen auch, dass die Initiative des Papstes notwendig war, um einen Abschluss zu erreichen.

Als man sich nun Anfang 1916 darauf geeinigt hatte, medizinische Nachlesekommissionen aus der Schweiz nach Deutschland und Frankreich zu schicken, um die Kriegsgefangenen zu untersuchen und auszuwählen, konnten nach einer probeweisen Internierung die ersten Züge in die Schweiz rollen.

Die Kriegsgefangenen wurden auf Internierungsregionen in der gesamten Schweiz verteilt. Lediglich militärisch relevante Gebiete und Grenzregionen wurden nicht berücksichtigt und durften von Internierten auch nicht betreten werden. Für die Internierten wurde eigens eine eigene Verwaltung eingerichtet, die in Bern angesiedelt wurde und dem Politischen Departement unterstellt wurde. Verantwortlich für die Internierung war der Schweizer Armeearzt Oberst Hauser. Die Internierungsregionen wurden dirigierenden Sanitätsoffizieren unterstellt, welche Rechenschaftsberichte an den Armeearzt und die Verwaltung der Internierung in Bern schicken sollten. Der Chef der Verwaltung war der Zentralquartiermeister, dem zwei Kreisquartiermeister für die deutsche und die französische Region an die Seite gestellt wurden. Das Problem der Bewachung wurde gelöst, indem man die Gefangenen dem militärischen Ehrenwort unterwarf und mit den Nachbarländern der Schweiz aushandelte, dass entflozene Internierte in die Schweiz zurückgebracht werden mussten.

Als Unterkünfte wählte man Hotels und Pensionen in privater Hand, welchen für die Unterbringung von Internierten zunächst je nach Dienstrang 4 bis 6 Franken, später rückwirkend auf den 1. Januar 1917 5 bis 7 Franken ausbezahlt wurden. Dafür musste der Wirt die Ernährung und die Unterkunft der Internierten bewerkstelligen.

Zur medizinischen Versorgung wurden vom Armeearzt zahlreiche Ärzte eingeteilt und man eröffnete in allen Internierungsregionen Einrichtungen, in welchen man die Internierten täglich behandeln konnte. Für bereits bestehende Schweizer Einrichtungen, wie Heil- und Kurbäder, wurden für die Internierten Sonderkonditionen ausgehandelt. Operationen wurden in Schweizer Krankenhäusern und bis Herbst 1917 in der *Armeesanitätsanstalt* (A.S.A.) in Luzern durchgeführt. Diese war im heute noch bestehenden Gebäude der *Schweizer Unfallversicherung* (SUVA) untergebracht. Mit der Eröffnung einer zweiten A.S.A. in Fribourg 1917 wurden alle Operationen an Internierten der Entente dort durchgeführt. Für die Deutschen wurde dann das Deutsche Interniertenspital in Luzern im Hotel Terrasse eingerichtet.

Medizinischer Chef beider Einrichtungen in Luzern war Hans Brun, ein Chirurg aus Bern, welcher durch Tätigkeiten auf dem Balkan und in deutschen Lazaretten schon kriegschirurgische Erfahrungen hatte. Die Einrichtung in Fribourg unterstand Professor Clement aus Fribourg, der zunächst in Luzern an der A.S.A. tätig war.

Nachdem sich gezeigt hatte, dass sich die Internierten in der Schweiz rasch erholten, machte man sich daran, ihnen eine Beschäftigung zu suchen. Neben zahlreichen Möglichkeiten zur Weiterbildung und der Option, die Universitäten zu besuchen, gründete man spezielle Werkstätten, in welchen Internierte Waren für den Markt ihrer Heimat herstellten. Später wurden die Internierten, welche sich gut erholt hatten, auch als Hilfskräfte in der Landwirtschaft eingesetzt. Maßgabe bei der Beschäftigung von Internierten war jedoch immer, dass man keinem Schweizer einen Arbeitsplatz wegnehmen sollte.

Gegen Ende des Krieges kam es, bedingt auch durch die Grippeepidemie, zu personellen Veränderungen an der Spitze der Internierung und Armeearzt Hauser bekam mit Oberst von der Mühl einen Sanitätsoffizier zur Seite gestellt. Zudem nahmen nach dem Waffenstillstand die Fluchtversuche von deutschen Internierten deutlich zu. Diese wurden entgegen den Abmachungen nun auch nicht mehr von Deutschland zurückgebracht.

Als die Internierung anlief, zeigte sich aber auf diplomatischer Ebene, dass die Internierung eine ständige Verhandlung war. Auf jedes geschlossene Abkommen erfolgte ein weiteres, welches zuvor ausgeklammerte Detailfragen, beispielsweise über konkrete Zahlen oder die Berücksichtigung von Offizieren bei Verwundetenaustausch und Internierung, regeln sollte.

Den Höhepunkt der Verhandlungen stellten die Abkommen von Bern und Haag aus dem Jahr 1918 dar, welche umfassende Regelungen für Internierung und Repatriierung von Kriegsgefangenen, aber auch Zivilinternierten festschrieben.

Begleitet wurde die Internierung zudem von ständigen Beschwerden aus den kriegführenden Staaten und Repressionsmaßnahmen, vor allem aus Deutschland und Frankreich, wo man Gefangene zurückhielt oder den Kommissionen Gefangene vorenthielt. Auch hier musste die Schweiz immer wieder vermitteln. Dennoch schien sich das Modell bewährt zu haben, was die Ausdehnung der Internierung und auch die ständige Erweiterung der Austauschzüge und auch die Anfrage aus den USA, ob man Verletzte behandeln könnte, deutlich machen.

Die Internierung und die damit verbundene Behandlung waren also für die Schweiz in erster Linie ein Dienst für die Neutralität. Die finanziellen Aspekte, wie Auslastung der Hotels und Bezahlung durch die kriegführenden Staaten, waren in ihrer Dimension nicht groß genug, um mit diesem Aspekt zu konkurrieren. Die Zahlungen an die Hotelbesitzer reichten aus, um eine Kostendeckung zu ermöglichen. Zudem musste die Schweiz mehrfach mit großen Summen in Vorleistung gehen, da die kriegführenden Staaten nur Abschlagszahlungen leisteten. Darüber hinaus hatte die Internierung in einigen Bereichen wie den Armeesanitätsanstalten mit laufenden Defiziten zu kämpfen, welche durch Gelder aus anderen Kassen der Internierung ausgeglichen werden mussten. Durch nicht bezahlte Forderungen und Entschädigungszahlungen an Hotels erwirtschaftete die Internierung in der Endabrechnung daher auch nur ein Plus von etwa 150.000 Franken. Innenpolitisch war die Internierung brisant und für die Schweiz auch im Hinblick auf die Landesverteidigung durchaus nicht unproblematisch. Die Zahl der überlieferten Beschwerden ist aber mit Blick auf die Gesamtzahl der Internierten überschaubar.

Die Internierung wurde nach dem Waffenstillstand und der Rückkehr der letzten Internierten abgewickelt. Dabei zogen die Regelung von Entschädigungsfragen und ein Gerichtsprozess um zu viel bezahlte Gehälter die ganze Angelegenheit in die Länge.

Schlusspunkt der Internierung war daher der Bundesratsbeschluss vom 26. Januar 1922, der die Entschädigungen abschließend regelte.

Die Internierung kann daher durchaus als Schweizer Erfolgsgeschichte bezeichnet werden.

Im medizinischen Bereich lässt sich bei einem Blick auf die Publikationslisten Schweizer Ärzte ein starkes Interesse an der theoretischen Kriegsmedizin erkennen. Neben Schuss- und Explosionsversuchen lässt sich aber ebenfalls eine lange Tradition der Lazarettreisen feststellen. Aus der Schweiz brachen immer schon Ärzte zu Konfliktherden auf, um dort zu arbeiten. Beispiele finden sich im 19. Jahrhundert, vor allem bei den Kriegen von 1866 und 1871. Im 20. Jahrhundert schickte man dann, überwiegend im Rahmen von Rotkreuzmissionen, zahlreiche Ärzte in das Krisengebiet auf dem Balkan. Diese Ärzte wurden zum Teil materiell aus der Schweiz mit einer ganzen Reihe von Ausrüstungsgegenständen versorgt. Zudem gab man den Ärzten Medikamente mit, welche vor Ort auf ihre Tauglichkeit im Kriegseinsatz getestet werden sollten, wie der Matisolverband.

Ein weiteres wichtiges Ziel für die Schweiz lag darin, dass in den Krisengebieten eine Übung der Chirurgen in der Kriegschirurgie möglich war. So konnte man auch den Schweizer Sanitätsdienst durch die Erkenntnisse, welche in den Lazaretten gewonnen wurden, verbessern. Als Beispiel sei hier die Behandlung von Bauchschüssen erwähnt, welche gemäß den Schweizer Vorschriften, die besagten, dass man Verletzte mehrere Tage auf dem Schlachtfeld liegen lassen sollte, nicht durchführbar war. Eine generelle Anweisung für die Behandlung von Kriegsverletzungen konnten die Schweizer Ärzte während der Balkankriege jedoch nicht finden. Als Grundsatz wurde von Matthey formuliert, dass die angewandten Behandlungsweisen so einfach wie möglich sein sollten und auch die zur Anwendung gebrachten Medikamente, Verbandstoffe und Desinfektionslösungen sollten einfach und effektiv sein. Kriegschirurgie war für ihn Unfall- und Notfallchirurgie in größerem Maßstab, bei welcher es notwendig war, so konservierend wie möglich zu operieren.¹³⁷¹ Beschränkt wurde die Zahl der Ärzte, die ins Ausland reisen durften, jedoch durch deren Militärdienst bei der Schweizer Armee. Mit Abschluss der Vereinbarungen über den Verwundetenaustausch und die Internierung von kranken und verletzten Kriegsgefangenen in der Schweiz erweiterte sich auch der Kreis der Ärzte, welche kriegschirurgisch tätig wurden. Während es sich bei den Missionen im Ausland fast immer um erfahrene Ärzte in leitenden Positionen handelte, wie den Nobelpreisträger Theodor Kocher, Hermann Matti, Friedrich Steinmann, Friedrich de Quervain oder Hans Brun, gab es nun auch für jüngere Mediziner und unerfahrene Ärzte die Möglichkeit, kriegsmedizinische Fälle zu sehen.

1371 Matthey: Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (Campagne de 1912-13), S. 394f.

Diese Medizin in den Armeesanitätsanstalten in der Schweiz war jedoch anders als die Kriegschirurgie im Ausland. Die Patienten hatten in der Regel schon mindestens eine Operation in der Kriegsgefangenschaft hinter sich gebracht und wiesen häufig Komplikationen auf, welchen nun korrektiv entgegengewirkt wurde. Zudem hatten sie teilweise Krankheiten, welche man in den Lazaretten oder in Friedenszeiten kaum finden würde. Markante Unterschiede waren bei dieser Chirurgie auch die viel geringere Gefahr von Infektionen wie Gasbrand oder Tetanus und die Ruhe, mit welcher diese Operationen durchgeführt werden konnten. Da keine akute Lebensgefahr bestand, waren die Operationen planbar, der Patient hatte die Möglichkeit, abzulehnen, wenn er keine Operation wollte, und die Nachkontrolle der Patienten war gewährleistet. Diese hatte in den Lazaretten meist vollständig gefehlt, da Patienten abtransportiert wurden oder ganze Einrichtungen verlegt werden mussten. Hier kann man also eher von einer sekundären Kriegschirurgie sprechen, die Ähnlichkeit mit der Unfallchirurgie zu Friedenszeiten aufwies. Im Bereich der Orthopädie konnte man in der Schweiz auf die Erfahrung der großen Einrichtungen in Bern, Basel, Zürich, Lausanne und Genf zurückgreifen. Hier gab es orthopädische Spezialkliniken wie die Schulthess-Klinik am Balgrist in Zürich oder das Hospice Orthopédique in Lausanne. Man richtete zudem zahlreiche kleinere Behandlungsstationen in den einzelnen Internierungsregionen ein. In den Armeesanitätsanstalten wurden größere Zentren für die direkte Nachbehandlung nach den durchgeführten Operationen eingerichtet. Unverkennbar war hier jedoch das Defizit, welches in den Armeesanitätsanstalten erwirtschaftet wurde. Der Mangel an finanziellen Mitteln führte hier zu einer ganzen Reihe von improvisierten Übungsgeräten, die professionelle Maschinen ersetzen mussten, wie Leitern und Nähmaschinen oder selbstgebaute Bewegungsmaschinen. Verbunden mit der Krankengymnastik und der Rehabilitation war auch die Ausstattung der Internierten mit Prothesen für Arme und Beine. Man konnte hier auf die in den kriegführenden Staaten gemachten Erfahrungen zurückgreifen und da man diese nicht in der Schweiz erwerben durfte, richtete man spezielle Werkstätten in Stans, später Luzern und Engelberg ein, in welchen man Prothesen und orthopädische Schuhe anfertigte. Der tatsächliche Erfolg und Umgang mit den verstümmelten und arbeitsunfähigen ehemaligen Kriegsteilnehmern war allerdings Sache der Heimatstaaten. Für die Schweiz endete die Behandlung mit der Repatriierung. So spielte dieser wesentliche Aspekt der Kriegschirurgie, wie er auch von den Ärzten in ihren Abhandlungen mehrfach erwähnt wurde – die Wiedereingliederung der Verletzten in die Gesellschaft –, für die Schweizer Kriegsmedizin keine Rolle mehr.

Literaturverzeichnis

Archivalien

Bundesarchiv Bern (BAR)

BAR E 27 Landesverteidigung

BAR E 2001(A) Rotes Kreuz

BAR E 2001 B 1000/1504 Bd. 11: Wiedererrichtung der Nuntiatur

BAR E 2020 1000/130 Bd. 112: *Convention de la Haye*

Staatsarchiv Luzern (StaLU)

StaLu 41

StaLu 43

Militärbibliothek am Guisanplatz

BIG EDA A 81-1

Gedruckte Quellen (Periodika)

Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie

Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie

Basler Beiträge zur Geschichtswissenschaft

Beilageheft Zeitschrift für Orthopädie

BIOS (Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen)

Bulletin of Social Legislation on the Henry Bergh Foundation for the Promotion of Humane Education

Clinical Orthopedics and Related Research

Congrès international d'Histoire de la Médecine

Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte

Deutsche Internistenzeitung

DGU-Mitteilungen und Nachrichten

D-Journal, Zeitschrift der Schweizerischen Diabetes Gesellschaft

Ergebnisse und Perspektiven sozialhistorischer Forschung in der Medizingeschichte

Geschichte und Gesellschaft

Gesnerus (Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences)

Helvetica Chirurgia Acta

Historische Zeitschrift
Historia Hospitalium
Humanitäres Völkerrecht
Journal de Genève
Journal des Internés Français
Journal des Tribunaux
Journal of contemporary History
Journal of modern History
Klinik Journal
Langenbecks Archiv für Chirurgie
Militärgeschichtliche Mitteilungen
Münchener Medizinische Wochenschrift
Neue Zürcher Zeitung und Schweizerisches Handelsblatt
NZZ Folio
Obesity Surgery
Operative Orthopädie und Traumatologie
Orthopädische Praxis
La Revue hebdomadaire
Revue internationale de la Croix-Rouge
Revue médicale de la Suisse Romande
Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz
Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie
Schweizer Monatshefte für Politik und Kultur
Schweizerische Medizinische Wochenschrift
Schweizerische Rundschau für Medizin
Schweizerisches Bundesblatt
Schweizerische Zeitschrift für Geschichte
Sicherheit und Frieden
Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin
Surgery
Swiss Med (Schweizerische Zeitschrift für Medizin und medizinische Technik)
UniPress. Forschung und Wissenschaft an der Universität Bern
Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft
Vingtième siècle

Zeitschrift für Orthopädie

Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie

Zentralblatt für Chirurgie

Gedruckte Quellen vor 1945

A

Abteilung für Gefangenenfragen der Kaiserlich Deutschen Gesandtschaft in Bern (Hrsg.), Die deutschen Kriegsgäste der Schweiz. Ein Gedenkblatt an die Hospitalisierung deutscher Kriegs- und Zivilgefangener, München 1917.

Alder, A., Etappenspitallerfahrungen in Dimoitika (türkisch-bulgarischer Krieg), in: Langenbecks Archiv für Chirurgie 133/5-6 (1915), S. 499-557.

Almanach des Internés Français 1918.

Almanach des Internés Français 1919.

Ammann, Hektor, Neue „Enthüllungen“ über die militärische Bedrohung unserer Neutralität vor dem Weltkrieg, in: Schweizer Monatshefte 12 (1932), S. 486-494.

Andry, Nicholas, L'Orthopédie, ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfants, les difformités du corps, le tout par des moyens à la portée des Pères et des Mères, et de toutes les Personnes qui ont des Enfants à élever, 2 Bde., Brüssel 1743.

Appel, Studie zur Anwendung der Sauerbruchmethode für den Oberschenkelstumpf, in: Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie 16/1 (1918), S. 91-99.

Aschoff, Ludwig, Krankheit und Krieg: Eine akademische Rede, Freiburg, Leipzig 1915.

Ausschuss für Deutsche Kriegsgefangene in Frankfurt am Main, Ausstellung von Arbeiten der in der Schweiz internierten Deutschen Kriegsgefangenen. 14. März bis 18. März 1917 im Palmengarten Frankfurt M., Frankfurt a. M. 1917.

B

Bade, Peter, Die Geschichte der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften), Berlin 1939.

Barraud, Kriegschirurgische Erfahrungen mit Krankendemonstration, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/36 (1917), S. 1172-1175.

Baumann, Werner, Die Entwicklung der Wehrpflicht in der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Leipzig 1932.

Beguen, Comte (Henri), En mission officieuse en Suisse pendant la guerre (août-septembre 1917), in: La Revue hebdomadaire 42/8 (1933), S. 139-161 und 355-379.

Benedict XV., Nr. 94, Eigenhändiges Schreiben des hl. Vaters an Se. Eminenz den hochw. Herrn Kardinal Erzbischof von Hartmann vom 10. März 1919, in: Kirchlicher Anzeiger für die Erzdiözese Köln 59/9 (1919).

Bernhard, Otto, 84. Versammlung des ärztlichen Zentral-Vereins vom 26. bis 28. Juni 1913, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 63/48 (1913), S. 1591-1594.

Ders., Diskussionsvoten, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/42 (1916), S. 1433-1438.

Bertheaum, Th., Betrachtungen zur gegenwärtigen politischen Lage der Schweiz, Zürich 1919.

Bilguer, Johann U., Praktische Anweisung für die Feldwundärzte mit angehängtem Dispensatorium. Erster Theil, Berlin 1783.

- Bing, Robert, „Akrodystomie“ als Folgezustand von Kriegsverletzungen der oberen Extremitäten, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2/1 (1918), S. 40-47.
- Binswanger, Ludwig, Über Komotionspsychosen und Verwandtes, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/42 (1917), S. 1401-1412.
- Ders., Beobachtungen über psychische Veränderungen nach Schädelverletzungen, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2/1 (1918), S. 168-169.
- Ders., Über Komotionspsychosen und Verwandtes, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesaniätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 4, Zürich 1919, S. 315-327.
- Bluntschli, Hans, Fritz de Quervain, in: Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft 120 (1940), S. 470-486.
- Boethke, W., Das Rote Kreuz. Seine Entstehung, sein Wesen und seine Einrichtungen, Leipzig 1917².
- Böhm, Max, Der Glied-Ersatz für den Schwerarbeiter, insbesondere für den Landwirt, in: Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie 16/1 (1918), S. 18-90.
- Bohny, Gustav, Über die rechtliche Stellung der Rotkreuzorganisationen, Basel 1922.
- Bohny, Gustav Adolf, Oberst Carl Bohny. Rotkreuzchefarzt im Weltkrieg 1856-1928, Zürich/Leipzig 1932.
- Bohny, Mary, Nächstenliebe im Weltenbrand. Aus dem Tagebuch einer Frau, Heidelberg 1934.
- Borchard, August, Schmieden, Victor, Lehrbuch der Kriegs-Chirurgie, Leipzig 1917.
- Bourcart, M., Quelques observations recueillis au cours de trois années de chirurgie de guerre, à Lyon de 1914 à 1917, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 19/21 (1919), S. 405-422.
- Bourquin, R-Eugène, Deux mois en Serbie pendant la seconde guerre balkanique, in: Revue médicale de la Suisse Romande 34/2 (1914), S. 100-110.
- Brun, Hans, Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/15. Nr. 14. Über Wundbehandlung und Immobilisation im Kriege, in: Langenbecks Archiv für Chirurgie 133/5-6 (1915), S. 593-616.
- Ders., Diskussionsvoten, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/42 (1916), S. 1433-1438.
- Ders., Vereinsberichte. Ärztlicher Zentralverein, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/42 (1917), S. 1412-1415.
- Ders., Die Pathologie der Pseudarthrosen. Erster Teil, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen: Mitteilungen aus der Armeesaniätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 1, Zürich 1918, S. 1-82.

Brun, Hans, Veraguth, Otto, Bericht über die Organisation und die bisherige Arbeit der neurologischen Abteilung der A.S.A. Luzern, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2/1 (1918), S. 160-164.

Brun, Hans, Ein neuer und universeller Apparat zur Extensionsbehandlung von Frakturen und Mobilisation von Gelenken, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 6, Zürich 1919, S. 468-473.

Brunner, Conrad, Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossenschaft, Tübingen 1903.

Ders., Ärztlicher Verein Münsterlingen. Sitzung vom 14. März 1912, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 62/11 (1912), S. 425-429.

Ders., Weitere Beobachtungen über die Geschosswirkung des schweizerischen Ordonnanzgewehrs Modell 1889, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 63/23 (1913), S. 705-717.

Ders., Weitere Beobachtungen über die Geschosswirkung des schweizerischen Ordonnanzgewehrs Modell 1889 (Fortsetzung), in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 63/24 (1913), S. 750-756.

Ders., Weitere Beobachtungen über die Geschosswirkung des schweizerischen Ordonnanzgewehrs Modell 1889 (Schluss), in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 63/25 (1913), S. 771-779.

Ders., Ärztlicher Verein Münsterlingen, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/7 (1915), S. 209-217.

Brunschweiler, H., Observations cliniques sur les troubles de la sensibilité dans 12 cas de blessures pariétales de guerre, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 4, Zürich 1919, S. 243-269.

Burckhardt, Albert, Vier Monate bei einem Preussischen Feldlazareth während des Krieges von 1870, Basel 1872.

C

Carrard, Jean, A propos des internés militaires en Suisse. Une question de droit international public, in: Journal des Tribunaux. 1. Droit fédéral Bd. 88/Nr. 18 (1940), S. 546-550.

Chassin, A., Les Prisonniers de Guerre Français internés en Suisse, Paris 1917.

Clairmont, P., Schweizer in der Geschichte der Chirurgie, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 65/36 (1935), S. 845-851.

Clément, Société de Médecine du Canton de Fribourg, in: Revue médicale de la Suisse Romande 37/4 (1916), S. 230-231.

Cornioley, Aperçu du traitement des plaies de guerre par la méthode de Carrel-Dakin, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 6, Zürich 1919, S. 439-458.

Cramer, René M., De l'activité des Croix Rouges en temps de Paix, in: Revue internationale de la Croix-Rouge 1/7 (1919), S. 755-787.

D

Das schweizerische Rote Kreuz während der Mobilisation 1914-1919, Bern 1920.

Delegazione Generale per la Svizzera, La Croce Rossa italiana e la sua opera pro prigionieri die guerra in Svizzera in Germania, ed in Austria = La Croix-Rouge italienne dans son activité au profit des prisonniers de guerre en Suisse, en Allemagne et en Autriche: 1915-1919, Ginevra 1919.

Descoedres, Société Médicale Neuchâteloise. Sitzung vom 9. Mai 1917, in: Revue médicale de la Suisse Romande 38/3 (1917), S. 207-218.

Diener, Mathilde, Die Soldatenstuben in der Schweiz, Luzern 1944.

Dubs, Jakob, Die Feldchirurgie im Schweizerischen Gefechtssanitätsdienst, Zürich/Leipzig 1941³.

E

Eger, E., Das Rote Kreuz im Weltkrieg 1914-1918, in: ders., Sammlung wichtiger Bestimmungen für die Geschäftsführung in den Männervereinen vom Roten Kreuz, Bd. 2, Berlin 1929².

Egger, Die zahnärztliche Behandlung der Kieferfrakturen, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/41 (1917), S. 1365-1368.

Enderlin, Nino, Über 17 Spätfälle von Kriegsaneurysmen, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 5, Zürich 1919, S. 347-393.

Erath, Société Médicale de Genève. Sitzung vom 3. April 1918, in: Revue médicale de la Suisse Romande 38/7 (1918), S. 444-452.

F

Favre, Edouard, L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés. Trois volumes fait par l'ordre du colonel Hauser, médecin d'armée, 3 Bde., Bd. 1, Genf/Lyon/Bern 1916.

Ders., L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés. Trois volumes fait par l'ordre du colonel Hauser, médecin d'armée, 3 Bde., Bd. 2, Genf 1917.

Ders., L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés. Trois volumes fait par l'ordre du colonel Hauser, médecin d'armée, 3 Bde., Bd. 3, Genf 1918.

Fischer, Georg, Chirurgie vor 100 Jahren. Historische Studie über das 18. Jahrhundert aus dem Jahre 1876, Berlin/Heidelberg/New York 1876 (Reprint 1978).

Fischer, I., Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre, Berlin/Wien 1933.

Forel, F., Pince à extension pour fractures, in: Revue médicale de la Suisse Romande 28/5 (1918).

Freisz, Heinrich, Naegeli, Theodor, Gesellschaft der Ärzte in Zürich, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/12 (1915), S. 372-380.

Frostell, Gunnar, Kriegsmechanotherapie. Indikation und Methodik der Massage ... samt deren Beziehungen zur Kriegsorthopädie; Anhang: Arbeitstherapie und Invalidenschulen von Hans Spielzy, Berlin/Wien 1916.

Fürsorgeabteilung zurückgekehrte Kriegsgefangene beim Unterkunftsdepartement des Kriegsministeriums in Berlin, Merkblatt für aus der Kriegsgefangenschaft oder Internierung zurückgekehrte Heeresangehörige, Berlin 1919.

G

G.M., Nekrolog. Hans Hoessly, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 39/6 (1919), S. 303-304.

Gagliardi, Ernst, *Geschichte der Schweiz*, Zürich 1939.

Gay, E., Blessures et Chirurgie de Guerre. Communication à la Société Vaudoise de médecine le 27 mars 1915, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 35/6 (1915), S. 312-322.

Gluck, Themistocles, Referat über die durch das moderne chirurgische Experiment gewonnenen positiven Resultate, betreffend die Naht und den Ersatz von Defecten höherer Gewebe, sowie über die Verwertung resorbierbarer und lebendiger Tampons in der Chirurgie (Reprints Medizinhistorischer Schriften), Berlin 1891 (Reprint Stuttgart 1988).

Gocht, Hermann, *Orthopädische Technik. Anleitung zur Herstellung orthopädischer Verband-Apparate*, Bd. 1 (Deutsche Orthopädie), Stuttgart 1917².

Graff, Max Schede, in: *Langenbecks Archives of Surgery*, Vol. 68 (1903), Nr. 3-4, S. 1-12.

Guerdjikoff, N., Notes médico-chirurgicales sur les guerres balkaniques, in: *Revue médicale de la Suisse Romande* 34/4 (1914), S. 243-265.

Guggenheim, Werner (Hrsg.), *Die Schweizer Eidgenossenschaft während des zweiten Kriegsjahres. Vom August 1915 bis August 1916*, Bd. 17, Viertes Kriegshalbjahr von Februar 1916 bis August 1916 (Der Völkerkrieg. Eine Chronik der Ereignisse seit dem 1. Juli 1914. Mit sämtlichen amtlichen Kundgebungen der Mittelmächte, ergänzt durch alle wichtigen Meldungen der Entente-Staaten und die wertvollsten zeitgenössischen Berichte), Stuttgart 1917.

Guisan, André, Jean-André Venel, „Instituteur en l'art des accouchements“, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 15/17 (1915), S. 287-299.

Guyot, Frédéric, Vereinigung Schweizerischer Hals- und Ohrenärzte. IV. Hauptversammlung am 25. Juni 1916, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/37 (1916), S. 1171-1181.

Guyot, Frédéric, Guillermin, Réne, Meyer, Albert, La situation sanitaire des prisonniers de guerre de l'Entente en Allemagne, pendant la période de l'armistice (Décembre 1918-Janvier 1919), in: *Revue internationale de la Croix-Rouge* 2 (1919), S. 137-144.

H

Hallauer, Eugen, Dr. med. Lüning 1852-1925, in: *Schweizer medizinische Wochenschrift* 56 (1926), S. 64-65.

Handwerkskammer Konstanz (Hrsg.), Bericht über die Meisterprüfungen deutscher Internierter in der Schweiz in den Jahren 1917 und 1918, Konstanz 1918.

Hauser, Jakob, Lehren des Weltkrieges für unser Armeesaniätswesen, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/46 (1915), S. 1441-1461.

Ders., Zirkular des Armeearztes an die Kantonalen Sanitätsdirektoren betreffend Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten vom 21. Februar 1916, in: Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz/13 (1916), S. 135-136.

Ders., An die dirigierenden Sanitätsoffiziere der Kriegsgefangenen-Internierung in der Schweiz, in: Favre, Edouard (Hrsg.), L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés. Trois volumes fait par l'ordre du colonel Hauser, médecin d'armée, 3 Bde., Bd. 1, Genf/Lyon/Bern 1916, S. 198-202.

Hedinger, Varia, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 69/24 (1919), S. 901-904.

Heigl, Paul, Das Problem „Österreich“, in: Schweizer Monatshefte für Politik und Kultur 5/3 (1925), S. 156-162.

Hirschfeld, L., Aus meinen Erlebnissen als Hygieniker in Serbien, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/17 (1916), S. 513-531.

Hockenjos, Medizinische Gesellschaft Basel. Sitzung vom 18. Januar 1917, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/24 (1917), S. 775-777.

Hoessly, Hans, Die orthopädischen Improvisationen unserer Anstalt, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/46 (1916), S. 1537-1554.

Ders., Über Arthroplastik bei Kriegsinvaliden, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 6, Zürich 1919, S. 476-508.

Ders., Die orthopädischen Improvisationen unserer Anstalt, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/46 (1916), S. 1537-1554.

Hoffmann, Wilhelm, Die deutschen Ärzte im Weltkriege. Ihre Leistungen und Erfahrungen, Berlin 1920.

Hotz, Medizinische Gesellschaft Basel. Sitzung vom 19. Dezember 1918, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 69/25 (1919), S. 928-939.

Hug, Oscar, Orthopädische Improvisationen für Kriegsverletzte, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/21 (1917), S. 657-673.

Ders., Vereinsberichte, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/37 (1917), S. 1205-1209.

I

Ischer, C., Der V. Zentralkurs der Rotkreuz-Kolonnen in Basel, in: Militärärztliche Beilage 4 (1912), S. 89-92.

Iselin, Hans, Vischer, Andreas, Festschrift. Herrn Prof. Dr. med. Fritz de Quervain Direktor der chirurgischen Klinik in Bern anlässlich seines sechzigsten Geburtstages gewidmet von seinen Schülern und Freunden, Basel 1928.

Iselin, Hans, Wydler, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 68/5 (1918), S. 150-154.

J

Jaquet, A., Prof. Dr. Carl S. Hägler, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/43 (1916), S. 1464-1467.

Jentzer, Albert, De la méthode serbo-croate pour réduire les fractures du fémur et de la jambe, in: Revue médicale de la Suisse Romande 35/8 (1915), S. 450-454.

Ders., Des lésions vertébrales dans la chirurgie de guerre, in: Revue médicale de la Suisse Romande 35/10 (1915), S. 578-584.

Julliard, Charles, Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/4 (1916), S. 113-122.

Ders., Les blessures de guerre de la tête, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/42 (1916), S. 1329-1357.

Ders., Quelques remarques sur la chirurgie de guerre, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/22 (1916), S. 673-684.

Ders., Société Médicale de Genève, in: Revue médicale de la Suisse Romande 36/11-12 (1916), S. 806-812.

Ders., Société Médicale de Genève, in: Revue médicale de la Suisse Romande 37/6 (1917), S. 365-368.

Ders., Société Médicale de la Suisse Romande. Sitzung vom 25. Oktober 1917, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 68/19 (1918), S. 616-620.

Ders., Société Médicale de la Suisse Romande. 47me Assemblée general du 25. Oktober 1917, in: Revue médicale de la Suisse Romande 38/1 (1918), S. 72-91.

Ders., Résultats éloignés de trois cas de greffe osseuse du maxillaire inférieur, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1/24 (1920), S. 492-493.

Ders., Société Médicale de Genève. Sitzung vom 15. März 1917, in: Revue médicale de la Suisse Romande 37/6 (1917), S. 365-368.

K

Kames, Bei den deutschen Kriegsgästen der Schweiz, Bern 1918.

Klebs, Edwin, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Schusswunden. Nach Beobachtungen in den Kriegslazaretten in Carlsruhe 1870 und 1871, Leipzig 1872.

Knoll, W., Aus einem Lazarett, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/28 (1916), S. 865-887.

Kocher, Theodor, Medizinisch-Pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 3. Juni 1913, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 13/18 (1913), S. 781.

Ders., Eindrücke aus deutschen Kriegslazaretten, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/15 (1915), S. 449-479.

Köhler, Albert, Grundriss einer Geschichte der Kriegschirurgie, Berlin 1901.

Ders., Die Kriegschirurgie des Jahres 1917, Berlin 1921.

L

Lama, Ritter von, Papst, Kurie und Weltkrieg, Berlin 1918.

Landau, E., Neuro-pathologische Kriegserfahrungen, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 69/2 (1919), S. 33-47.

Lanz, W., Untersuchungen über die Wirkungen des schweizerischen Spitzgeschosses, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/10 (1916), S. 289-303.

Ledergerber, J., Zollinger, Friedrich, Kriegschirurgische Mitteilungen aus dem Völkerkriege 1914/16. Nr. 38. Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkelschußfrakturen, in: Langenbecks Archiv für Chirurgie 137/5-6 (1916), S. 437-454.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 16/22 (1916), S. 515-523.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), in: Schweizerische Rundschau für Medizin 16/24 (1916), S. 559-571.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), in: Schweizerische Rundschau für Medizin 16/25 (1916), S. 575-579.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen (Schluss), in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/2 (1917), S. 33-49.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen bei der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/1 (1917), S. 10-19.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 17/13 (1917), S. 247-255.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 17/23 (1917), S. 441-453.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 18/5 (1918), S. 81-87.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), in: Schweizerische Rundschau für Medizin 18/6 (1918), S. 108-115.

Dies., Kriegschirurgische Erfahrungen (Fortsetzung), in: Schweizerische Rundschau für Medizin 18/7 (1918), S. 121-127.

Leuch, Einiges über den Sanitätsdienst vor 50 Jahren, in: Militärärztliche Beilage/1 (1912), S. 6-9.

Liese, Wilhelm, Wohlfahrtspflege und Caritas im Deutschen Reich, Deutsch-Österreich, der Schweiz und Luxemburg, Mönchengladbach 1914.

Long, Les plaies de nerfs das les blessures de guerre, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2/1 (1918), S. 170-173.

Looser, Emil, Kriegsverletzungen der Gefäße und Nerven, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/42 (1916), S. 1411-1432.

M

Martin, H., Notices sur des malades traités à l'hospice orthopédique de la Suisse romande, Genf 1883.

Ders., Hospice orthopédique de la Suisse romande - aperçu sur les vingt premières années, Lausanne 1896.

Martin du Pan, C., Pieds-bots congénieaux, in: Revue médicale de la Suisse Romande 51 (1931), S. 41.

Marty, E., Weibliche Dienstpflicht. Separatabdruck aus Schweizerr. Zeitschrift für Gemeinnützigkeit, Heft 10-12/1917.

Matthey, Alfred C., Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (campagne de 1912-13), in: Revue médicale de la Suisse Romande 33/4 (1913), S. 297-308.

Ders., Dans les Balkans. Serbie et Constantinople. Notes de chirurgie de guerre (campagne de 1912-13), in: Revue médicale de la Suisse Romande 33/5 (1913), S. 388-397.

Matti, Hermann, Kriegschirurgische Erfahrungen und Beobachtungen, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/25 (1915), S. 769-789.

Ders., Kriegschirurgische Beobachtungen und Erfahrungen (Fortsetzung), in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/26 (1915), S. 801-818.

Ders., Über chirurgisch-zahnärztliche Kieferbehandlung, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/41 (1917), S. 1361-1365.

Ders., Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Berb, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/35 (1917), S. 1143-1146.

Ders., Vorlesungen über Kriegschirurgie, Leipzig 1939.

Mc Carthy, Daniel J., The Prisoner of War in Germany. The Care and Treatment of the Prisoner of War with a History of the Development of the Principle of Neutral Inspection and Control, New York 1918.

Mc Cune, Lindsay, Swiss Internment of Prisoners of War. An Experiment in International Humane Legislation and Administration, in: Bulletin of Social Legislation on the Henry Bergh Foundation for the Promotion of Humane Education 5 (1917).

Mencke, Stephan, Zur Geschichte der Orthopädie, München 1930.

Michaud, M., Société Vaudoise de Médecine, in: Revue médicale de la Suisse Romande 34/8 (1914), S. 552-556.

Montet de, Sur certaines formes d'algies peu communes (symptôme de la patt mouillée) consécutives aux blessures de guerre in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2/1 (1918), S. 169.

N

NN, Correspondence with the United States Ambassador respecting the transfer to Switzerland of British and German wounded and sick combatant prisoners of war, London 1916.

NN, Militärärztliche Studienreise nach Innsbruck, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/12 (1916), S. 353-367.

NN, Conseil Fédéral. Procès-verbal de la séance du 1er septembre 1916, in: Diplomatique Dokumente der Schweiz, Bd. 6, Bern 1916, S. 396-398.

NN, Der Besuch des Prinzen Alfons von Bayern bei den deutschen Internierten in der Schweiz vom 16. April 1917 bis 6. Mai 1917, Bern 1917.

NN, Dr. Otto Gelpke, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/18 (1917), S. 564-565.

NN, Prof. Dr. med. Eduard Stierlin, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1/1 (1920), S. 14.

NN, Sanitätsbericht über das Deutsche Heer (Deutsches Feld- und Besatzungsheer) im Weltkriege 1914/1918 (Deutscher Kriegssanitätsbericht 1914/1918), 3 Bde., Berlin 1934/35.

Narbel, P., Quelques notes glanées à l'armée d'Epire, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 13/22 (1913), S. 916-921.

Naville, F., Le traitement et la guérison des Psychonévroses de guerre invétérées à l'hôpital Saint-André des Salins, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 68/25 (1918), S. 817-829.

Nicod, Placide, Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/4 (1916), S. 113-122.

Nigst, Paul, Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 20. Mai 1915, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/43 (1915), S. 1371-1374.

Ders., Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 68/14 (1918), S. 438-454.

Ders., Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Fortsetzung) in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 68/15 (1918), S. 478-489.

Ders., Über die putriden Phlegmonen (Gasphegmonen) des Krieges (Schluss), in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 68/16 (1918), S. 508-518.

Noële, Roger, Album des Internés de Guerre en Suisse. Les Alliés, Genf 1917.

O

Odier, Charles, Etude de psychologie de guerre à propos de la „camptocormie“, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 69/23 (1919), S. 841-853.

Ders., Etude de psychologie de guerre à propos de la „camptocormie“ (Schluss), in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 69/24 (1919), S. 882-895.

Oehler, Hans, Die schweizerische Neutralität in den Berechnungen der kriegführenden Parteien im Winter 1916/17, in: Schweizer Monatshefte für Politik und Kultur 5/3 (1925), S. 144-156.

P

P. A., Alfred Marchard, in: Revue médicale de la Suisse Romande 51 (1931), S. 757.

P.C., Alfred Machard (1871-1931), in: Revue médicale de la Suisse Romande 51 (1931), S. 757-761.

Pallard, J., Le Docteur Eduard Martin du Pan (1844-1931), in: Revue médicale de la Suisse Romande 52 (1932), S. 113.

Ders., Le Docteur Edouard Martin-Du Pan (1844-1931), in: Revue médicale de la Suisse Romande 52 (1932), S. 113-117.

Perrier, Charles, Cinq mois de chirurgie dans les hôpitaux militaires de Chalon-sur-Saône, in: Revue médicale de la Suisse Romande 35/7 (1915), S. 373-388.

Petersen, H., König, F., Bier, A. (Hrsg.), Bernhard Heines Versuche über Knochenregeneration. Sein Leben und seine Zeit, Berlin 1926.

Pettavel, Charles, Chirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 63/30 (1913), S. 929-941.

Ders., Medizinisch-Pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 3. Juni 1913, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 13/18 (1913), S. 781.

Ders., Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/11 (1916), S. 321-330.

Ders., Kriegschirurgische Erfahrungen aus einem Rotkreuzspital in Lyon (Schluss), in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/12 (1916), S. 367-378.

Ders., Société Médicale Neuchâteloise. Sitzung vom 4. November 1915, in: Revue médicale de la Suisse Romande 36/3 (1916), S. 168-171.

Ders., Contribution à l'étude de la Transfusion du sang, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 68/26 (1918), S. 862-886.

Peyer, H., Vereinsberichte. Medizinische Gesellschaft Basel, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/20 (1917), S. 649.

Picot, H. P., The British interned in Switzerland, London 1919.

Q

Quervain de, Fritz, Autoreferat, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/39 (1917), S. 1383-1390.

Quirico, Guiseppe, Das Wirken Papst Benedikts XV. im Weltkrieg, München 1919.

Ders., Cor Paternum. Paterni Cordis Sollicitudines Quibus Santissimis Pater Benedictus XV Omni Data Opera Aerumnosos Belli Casus Praecipue Miseram Captivorum Sortem lenire Sategit, Rom 1920.

R

Reber, K., Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankriege, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 64/48 (1914), S. 1494-1508.

Reese, H., Über Geschoßseitendruckwirkungen auf das Rückenmark, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitaetsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 4, Zürich 1919, S. 301-311.

Reichel, Otto, Die Dankesarbeit der deutschen Internierten in der Schweiz (Beilage zur Deutschen Internierten Zeitung, Heft Nr. 63), Bern 1917.

Reichen, Albert, Die Hilfstätigkeit der Schweiz im Weltkrieg, Bd. 1 (Der Samariterdienst der Schweiz im Weltkrieg), Zürich 1916.

Reinbold, La cure solaire en chirurgie de Guerre, in: Revue médicale de la Suisse Romande 35/11 (1915), S. 893-905.

Ders., Société Vaudoise de Medecin. Sitzung vom 6. Mai 1916, in: Revue médicale de la Suisse Romande 36/8 (1916), S. 518-531.

Repons, A., Névroses et psychoses chez les internés de guerre en Suisse, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 69/49 (1919), S. 1858-1871.

Reverdin, Albert L., L'activité de l'ambulance Vaud-Genève pendant la guerre gréco-turque, in: Revue médicale de la Suisse Romande 34/11 (1914), S. 657-676.

Ders., Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/4 (1916), S. 113-122.

Ritter, Friedrich von Esmarch, in: *Archives of Orthopedic and Trauma Surgery*, Vol. 7, Nr. 1, 1908, S. 1-6.

Rollier, Auguste, *La tuberculose dans l'armée*, Leysin 1918.

Roux, César, Über die Behandlung der Schussunden der Gelenke, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/3 (1916), S. 84-89.

Ruchti, Jakob, *Geschichte der Schweiz während des Weltkrieges 1914-1919*, Bern 1930.

Rusca, Franchino, Über den Sanitätsdienst bei der serbischen Armee, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 62/35 (1912), S. 1332-1334.

Ders., Erfahrungen im Balkankrieg, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/51 (1913), S. 1689-1748.

Ders., Erfahrungen im Balkankrieg, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 63/52 (1913), S. 1740-1748.

Ders., Experimentelle Untersuchungen über die traumatische Druckwirkung der Explosionen, in: *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 132/3-4 (1914), S. 315-374.

Ders., Aus dem Militär-Barackenspital der k.u.k. Militär-Sanitätsstation Jägerndorf, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 65/21 (1915), S. 663-666.

S

Schweiz. Militärdepartement – Abteilung für Sanität, *Instruktion an sämtliche Offiziere des Sanitätsdienstes* 1914.

Sauerbruch, Ferdinand, *Die willkürlich bewegbare künstliche Hand*, Berlin 1916.

Ders., Kriegschirurgische Erfahrungen. Uebersichtsreferat mit besonderer Berücksichtigung der Thorax- und Abdominalschüsse, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/42 (1916), S. 1315-1329.

Ders., Vereinsberichte, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 67/48 (1917), S. 1627.

Ders., Gesellschaft der Ärzte in Zürich, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 68/8 (1918), S. 266-268.

Schaffner, Jakob, *Die Schweiz im Weltkrieg*, Stuttgart [u.a.] 1915.

Schinz, Hans, R., *Die Fußspur. Ein Beitrag zur Kenntnis der Ischiadicusverletzungen im Kriege*, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), *Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz)*, 6 Bde., Bd. 6, Zürich 1919, S. 510-523.

Schjerning, Otto von (Hrsg.), *Handbuch der ärztlichen Erfahrung im Weltkriege 1914/1918*, 9 Bde., Leipzig 1921-22.

Schlatter, C., *Unfallmedizinische Lehren aus Kriegslazaretten und Invalidenschulen*, in: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 66/29 (1916), S. 897-910.

Schmid, August, *Die Entwicklung des Verhältnisses zwischen Deutsch und Welsch in der Schweiz seit Ausbruch des Krieges*, Basel 1917.

Scholder, Charles, Die Velobahre zum Transport von Verwundeten, in: Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie 14/1 (1916), S. 60-65.

Schreiber, August W., Die Seelsorge an den evangelischen deutschen Internierten in der Schweiz, Leipzig 1917.

Schweizerisches Bundesblatt, VI. Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über die von ihm auf Grund des Bundesbeschlusses vom 3. August 1914 getroffenen Maßnahmen vom 9. März 1917, in: Schweizerisches Bundesblatt 69/1 (1917), S. 298-356.

Secheyne, Ad, La Localisation des corps étrangers au moyen des rayons Roentgen; methode de l'auteur, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesanitätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 5, Zürich 1919, S. 423-433.

Senn, Traitement des lésions de guerre des articulations, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/42 (1916), S. 1405-1410.

Socin, August, Kriegschirurgische Erfahrungen. Gesammelt in Karlsruhe 1870 und 1871, Leipzig 1872.

Socin, Christoph, Beobachtungen über den serbischen Heeresanitätsdienst, in: Militärärztliche Beilage zum Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 1 (1913), S. 1-7.

Sprecher, A. v., Die schweizerische Neutralität, in: Schweizer Monatshefte 17/1 (1937), S. 1-21.

Staelin, Willy, Ueber Wintersport Verletzungen 1914.

Steinmann, Friedrich, Medizinisch-Pharmazeutischer Bezirksverein Bern. Sitzung vom 28. November 1911, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 62/5 (1912), S. 160-163.

Ders., Kriegschirurgische Erfahrungen über die Schussfrakturen der Extremitäten in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/42 (1916), S. 1359-1404.

Ders., Gemeinsame Sitzung des ärztlichen Zentralvereins und der Société Médicale de la Suisse Romande vom 25. September 1915, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 66/4 (1916), S. 113-122.

Ders., Kriegschirurgische Betrachtungen aus dem gegenwärtigen Kriege, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 16/11 (1916), S. 201-209.

Ders., Zur neuesten Modifikation des Ansinn'schen Hebelstreckverbandes, in: Zentralblatt für Chirurgie 46/45 (1919), S. 891-892.

Stierlin, Eduard, Vischer, Adolf, Erfahrungen mit dem Mastisolverband im serbisch-türkischen Kriege, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 63/19 (1913), S. 588-591.

Dies., Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege, in: Langenbecks Archiv für Chirurgie 131/3-4 (1914), S. 311-374.

Dies., Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege 1912 bis 1913, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/10 (1915), S. 318-320.

Stiner, Otto, Die Quecksilberquarzlampe im Dienste der Kriegschirurgie, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/7 (1915), S. 201-209.

Stoppany, Giovanni Ambrogio, Vereinsberichte, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 67/48 (1917), S. 1627.

Strebel, Die in der A.S.A. beobachteten Gesichtsfeldstörungen, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2/1 (1918), S. 173-177.

T

Temmink, C., Was ist Orthopädie? Wer ist Orthopäde?, Aschendorf/Münster 1896.

Testaz, M., Société Vaudoise de Médecin, in: Revue médicale de la Suisse Romande 35/4 (1915), S. 245-260.

Thellung, F., 1 Fall von Luxation intercarpea, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesaniätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 6, Zürich 1919, S. 460-465.

Töndury, Hans, Bedeutung und Zukunft der schweizerischen Hotelindustrie (Schriften für Schweizer Art und Kunst 83/84), Zürich 1918.

Turmann, Max, La Suisse pendant la Guerre. L'Aide aux Victimes Notes d'un Témoin français. Les Difficultés Économiques d'une Neutralité Politique, Paris 1917.

V

Vanneufville, G., Initiatives et interventions charitables du St. Siège pendant la guerre, in: Revue internationale de la Croix-Rouge 1/7 (1919), S. 806-834.

Veraguth, Otto, Brunschweiler, H., Zur Experimentalpsychologie der Sensibilitätsstörungen Hirnverletzter, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesaniätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 4, Zürich 1919, S. 273-285.

Veraguth, Otto, Zur Motilitätsuntersuchung nach Verletzung peripherer Nerven, in: Brun, Hans, Veraguth, Otto, Hoessly, Hans (Hrsg.), Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen. Mitteilungen aus der Armeesaniätsanstalt für Internierte in Luzern (Schweiz), 6 Bde., Bd. 4, Zürich 1919, S. 289-297.

Vistalli, Franz, Papst Benedikt XV. 1854-1922, Hildesheim 1933.

Vischer, Adolf, Die Stacheldraht-Krankheit. Beiträge zur Psychologie des Kriegsgefangenen (Schweizer Schriften für allgemeines Wissen 5), Zürich 1918.

Rodt, W.E. von, Otologische Beobachtungen in österreichisch-ungarischen Lazaretten, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 68/16 (1918), S. 497-507.

Vulliet, H., La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 16/12 (1916), S. 221-229.

Ders., La chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant (A suivre), in: Schweizerische Rundschau für Medizin 16/13 (1916), S. 249-255.

Ders., La Chirurgie de guerre dans un hôpital de l'avant, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 16/14 (1916), S. 261-268.

W

Woltereck, R., Merkbuch für die deutschen Internierten in der Schweiz, Bern 1917.

Y

Yersin, M.C., Société Médicale de la Suisse Romande, in: Revue médicale de la Suisse Romande 33/12 (1913), S. 930-941.

Z

Zangger, H., Über Katastrophenmedizin (II. Fortsetzung), in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/21 (1915), S. 657-669.

Ders., Über Katastrophenmedizin, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/5 (1915), S. 129-140.

Zeugin, Gottfried, Die Schweiz bei Kriegsausbruch im Lichte französischer Dokumente, in: Schweizer Monatshefte 17 (1937/38), S. 193-202.

Ziegler, A., Zur modernen Frakturbehandlung, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 65/49 (1915), S. 1537-1546.

Zu der Luth, Rudolf, Die Schweiz. Ihre militärpolitische Lage vor und nach dem Weltkrieg. Das eidgenössische Milizsystem, Berlin 1925.

Darstellungen nach 1945

A

Ackerknecht, Erwin H., Buess, Heinrich, Kurze Geschichte der grossen Schweizer Ärzte, Bern/Stuttgart/Wien 1975.

Andenmatten, Alice, Hans Hössly (1883-1918). Ein vielseitiger Forscher und Arzt, Zürich 1990.

Andersen, Romney C., Calhoun, Jason H., Hawk, Alan, Manring, M., Treatment of War Wounds. A historical review, in: Clinical Orthopedics and Related Research 467/8 (2009), S. 2168-2191.

Arlettaz, Gérald, Arlettaz, Silvia, La Suisse et les étrangers. Immigration et formation nationale (1848-1933) (Éditions Antipodes), Lausanne 2004.

B

Becker, Annette, Oubliés de la Grand Guerre. Humanitaire et culture de guerre 1914-1918. Populations occupées, déportés civils, prisonniers de guerre, Paris 1998.

Dies., Paradoxien in der Situation der Kriegsgefangenen, in: Oltmer, Jochen (Hrsg.), Kriegsgefangene im Europa des Ersten Weltkrieges (Krieg in der Geschichte (KRiG), Bd. 24), Paderborn [u.a.] 2006, S. 24-31.

Beglinger, Martin, Die tödliche Spanierin, in: Das Magazin / Tages-Anzeiger und Berner Zeitung BZ 13 (2006), S. 18-26.

Bergier, Jean-François, Die Wirtschaftsgeschichte der Schweiz von den Anfängen bis zur Gegenwart, Zürich 1990².

Beyer, W., Die Stellung der Orthopädie in der operativen Medizin, in: Orthopädische Praxis 20 (1984).

Bischofberger, Roman, Jean André Venel (1740-1791). Wichtiger Arzt des Aufklärungszeitalters, Zürich 1970.

Blattmann, Valérie F., Bassetti, Renzo G., Die praktizierende Ärzteschaft des Kantons Bern, Teil 2: 1919-1974. Kommentiertes Verzeichnis der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, Diss. med. dent., Bern 2004.

Bleker, Johanna, Schmiedebach, Heinz-Peter, Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1945, Frankfurt a. M. 1987.

Boissier, Pierre, Histoire du Comité International de la Croix-Rouge. De Solférino a Tsushima, Plon 1963.

Bonjour, Edgar, Geschichte der schweizerischen Neutralität. (Drei Jahrhunderte eidgenössischer Außenpolitik), Basel 1946.

Ders., Theodor Kocher (Berner Heimatbücher; Bd. 40/41), Bern 1950.

Ders., Geschichte der schweizerischen Neutralität (Vier Jahrhunderte eidgenössischer Außenpolitik), Basel 1980.

Bopp, Clemens, Alfred Schönwerth (1865-1941). Ein Münchner Chirurg in der Nachfolge von Johann Nepomuk von Nußbaum; die Entwicklung der Kriegschirurgie von 1866-1914 anhand einer Gegenüberstellung der kriegschirurgischen Schriften. Vier chirurgische Briefe von Johann Nepomuk von Nußbaum und Vademekum des Feldarztes von Alfred Schönwerth, Diss., München 2005.

Böschestein, Hermann, Bundesrat und General im Ersten Weltkrieg, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 10 (1960), S. 515-532.

Boschung, Urs (Hrsg.), Theodor Kocher 1841-1917, Bern/Stuttgart/Toronto 1991.

Ders., Berner Pioniere der Medizintechnik, in: UniPress. Forschung und Wissenschaft an der Universität Bern/140 (2009), S. 19-20.

Brand, Richard A., Biographical Sketch. Baron Joseph Lister, FRCS, 1827-1912, in: Clinical Orthopedics and Related Research 468/8 (2010), S. 2009-2016.

Brodbeck, Beat, Paradigmawechsel in der Agrarpolitik. Der Erste Weltkrieg und die Agrarmarktordnungen in der Schweiz am Beispiel des Milchmarktes 1914-1922, in: Reguliertes Land, Innsbruck 2005, S. 184-191.

Bünzli, Konrad, Der Beitrag der Schweiz zum Zustandekommen universeller Kodifikationen des Völkerrechts, Zürich 1984.

Bürkler-Giussiani, Luisa, Die rechtliche Stellung der Rotkreuzformationen nach schweizerischem Recht und nach Völkerrecht, Zürich 1979.

Bugnion, François, Le Comité International de La Croix-Rouge et la Protection des Victimes de la Guerre, Genf 1994.

Ders., L'arrivée des „Bourbaki“ aux Verrières, in: Revue internationale de la Croix-Rouge 78/818 (1996), S. 191-203.

Buß, Regina, Klassische Kriegsauffassungen und Internierung, in: Humanitäres Völkerrecht 2/1 (1989), S. 26-29.

Caldara, Angelina, Giovanni Ambrogio Stoppany 1868-1945. Prof. Dr. med., Dr. med. dent. h.c., D.D.S. Direktor des Zahnärztlichen Institutes 1906-1935, Diss. med. dent., Zürich 1989.

C

Candrian, Jérôme, Quelques réflexions sur les Relations diplomatiques de la Suisse avec le Saint-Siège: Diplomatie et Religion au Service du Règlement Pacifique des Différends Bilatéraux, in: Kohen, Marcelo G. (Hrsg.), Promoting Justice, Human Rights and Conflict Resolution through International Law. Liber Amicorum Lucius Caflisch, Leiden 2007, S. 1057-1075.

Capitani, François (Hrsg.), Auf dem Weg zu einer Schweizerischen Neutralität 1848-1914: Probleme, Errungenschaften, Misserfolge, Freiburg 1987.

Colombo, Jean-Pierre, Heinrich Bircher (1850-1923). Chirurg, Demograph und Militärarzt, Diss. med., Basel 1961.

Cooter, Roger, Surgery and society in peace and war: orthopaedics and the organization of modern medicine, 1880-1948 (Science, technology and medicine in modern history), Basingstoke 1993.

Ders., War and Modern Medicine, in: Bynum, J.F., Porter, Roy (Hrsg.), Companion Encyclopedia of the History of Medicine, 2 Bde., Bd. 2, London/New York 1993, S. 1536-1573.

Ders. (Hrsg.), *War, medicine and modernity*, Phoenix Mill [u.a.] 1998.

Cooter, Roger, Harrison, Mark, Sturdy, Steve (Hrsg.), *Medicine and modern Warfare (The Wellcome Institute Series in the History of Medicine)*, Amsterdam/Atlanta 1999.

Corman, Marvin, *Classic Articles in Colonic and Rectal Surgery*, in: *Diseases of the Colon & Rectum*, Vol. 29, Nr. 10, 1986, S. 679-685.

Cotta, H., Rompe, *60 Jahre Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie*, Gräfelfing 1981.

Crowther, M., Dupree, Marguerite W., *Medical Lives in the Age of Surgical Revolution (Cambridge Studies in Population, Economy and Society in Past Time, Bd. 43)*, Cambridge [u.a.] 2007.

Cunsolo, Roland S., *Lybia, Italian Nationalism and the Revolt against Giolitti*, in: *The Journal of Modern History* 37 (1965), Nr. 2, S. 186-207.

D

Dame, Frederick W., *Continuity and Change in Swiss Neutrality from 1815 to 1980. An Analysis*, Diss. rer. pol., Saarbrücken 1981.

Dannecker, Rudolf, *Die Schweiz und Österreich-Ungarn. Diplomatische Beziehungen von 1866 bis zum Ersten Weltkrieg*, in: *Basler Beiträge zur Geschichtswissenschaft* 102 (1966).

Ders., *Die Beziehungen zwischen der Schweiz und Italien vor dem Ersten Weltkrieg*, in: *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte* 17/1 (1967), S. 1-59.

Davis, Gerald H., *Prisoners of War in Twentieth-Century War Economies*, in: *Journal of Cont. Hist.* 12 (1977), S. 623-634.

Debrunner, Hans U., *Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie: die ersten 25 Tagungen 1942-1965*, Bern 1969.

Ders., *Das Ende der maschinellen Orthopädie*, in: *Gesnerus* 28 (1971), S. 217-233.

Ders., *Entwicklungswege der Orthopädie*, in: *Z. Orthop.* 111 (1973), S. 4-8.

Decker, P., *La service universitaire de Chirurgie de Lausanne*, in: *Helvetica Chirurgia Acta* 31/1 (1964), S. 18-26.

Deicher, Patrick, *Die Internierung der Bourbaki-Armee 1871. Bewältigung einer humanitären Herausforderung als Beitrag zur Bildung der nationalen Identität*, Luzern 2009.

Delpal, Bernhard, *Zwischen Vergeltung und Humanisierung der Lebensverhältnisse. Kriegsgefangene in Frankreich 1914-1920*, in: Oltmer, Jochen (Hrsg.), *Kriegsgefangene im Europa des Ersten Weltkrieges (Krieg in der Geschichte (KRiG), Bd. 24)*, Paderborn [u.a.] 2006, S. 147-164.

Dhayat, Renggli, Dhayat, Merlini, *Zum 150. Geburtstag von Cèsar Roux (1857-1918). Erinnerung an Leben und Schaffen eines bedeutenden Kocher-Schülers*, in: *Chirurg* 78 (2007), S. 155-160.

Döderlein, Günther, *Zur Geschichte der Orthopädie*, Tuttlingen 1984-1987.

Draenert, Yvette, Draenert, Klaus, *Geschichte und grundlegende Experimente zur Frakturheilung (unveröffentlichtes Manuskript)*, München 2006.

Dreifuss, Emil, Die Entwicklung der schweizerischen Armeesantität und Militärpharmazie: Persönlichkeit und Wirken der bisherigen Oberfeldärzte und Armeepothenker, Basel 1994.

Du Bois, Pierre, Mythe et réalité du fossé pendant la Première Guerre mondiale, in: Union et Divisions des Suisses. Les relations entre Alémaniques, Romands et Tessinois aux XIX^e et XX^e siècles Lausanne 1983, S. 65-91.

Dülffer, Jost, Regeln gegen den Krieg? Die Haager Friedenskonferenzen von 1899 und 1907 in der internationalen Politik, Berlin 1981.

Dunant, Henry, Un Souvenir de Solférino, Lausanne 1986.

Durant, André, History of the international Committee of the Red Cross: From Sarajevo to Hiroshima, Genf 1984.

E

Eberhardt, Hans, Zwischen Glaubwürdigkeit und Unberechenbarkeit. Politisch-militärische Aspekte der schweizerisch-italienischen Beziehungen, Diss. phil., Zürich 1985.

Ders., Zwischen Glaubwürdigkeit und Unberechenbarkeit. Politisch-militärische Aspekte der schweizerisch-italienischen Beziehungen 1861-1915, Zürich 1985.

Eckart, Wolfgang U., Deutsche Sanitätsdienste in Kriegen fremder Mächte um 1900, in: Klinik Journal 5 (1985), S. 45-47.

Ders., Deutsche Sanitätsdienste in Kriegen fremder Mächte um 1900, in: Klinik Journal 6 (1985), S. 38-41.

Ders., Aeskulap in the Trenches: Aspects of German Medicine in the First World War, in: Hüppauf, Bernd (Hrsg.), War, Violence and the Modern Condition (European Cultures. Studies in Literature and the Arts; Bd. 8), Berlin, New York 1997, S. 177-193.

Ders., Ernst Ferdinand Sauerbruch (1875-1951), in: Fröhlich, Michael, Die Weimarer Republik. Portrait einer Epoche in Biographien, Darmstadt 2002, S. 175-187.

Eckart, Wolfgang U., Gradmann, Christophe (Hrsg.), Die Medizin und der Erste Weltkrieg (Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte), Herbolzheim 2003².

Ehrbar, Hans R., Schweizerische Militärpolitik im Ersten Weltkrieg. Die militärischen Beziehungen zu Frankreich vor dem Hintergrund der schweizerischen Außen- und Wirtschaftspolitik 1914-1918, Dissertation, Basel 1976.

Engelhardt, Dietrich von, Biographische Enzyklopädie deutschsprachiger Mediziner, 2 Bde., Bd. 2, München 2002.

Ernst, Alfred, Die Konzeption der schweizerischen Landesverteidigung 1815-1966, Frauenfeld 1971.

Eulner, Hans H., Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachraumes, Stuttgart 1970.

F

Fajal, G., L'histoire des Prothèses et des Orthèses les grandes voies de Progrès, Nancy 1972.

Fässler, Barbara, Kronenberg, Sandro, Die Schweizerische Medizinisch-biologische Gesellschaft 1917-1962, Diss. med. dent., Bern 2004.

Ferguson, Niall, The Pity of War, London [u.a.] 1999.

Fesser, Gerd, Reichskanzler Fürst von Bülow. Architekt der deutschen Weltpolitik, Leipzig 2003.

Fink, Urban, Liggenstorfer, Roger, Schweizer Sonderakten im Vatikan. Das Archiv der Kongregation für Ausserordentliche Kirchliche Angelegenheiten, Abteilung Schweiz 1799-1921 (Luzerner Historische Veröffentlichungen. Archivinventare Heft 5), Luzern/Stuttgart 1996.

Fischer, Horst, 42 Jahre ohne kodifizierte Verbreitungsverpflichtung. Von der Idee der Verbreitung in der Ersten Genfer Konvention von 1864 bis zu ihrer Kodifikation 1906, in: Humanitäres Völkerrecht 2/3 (1989), S. 23-25.

Forsythe, David P., Humanitarian Politics. The International Committee of the Red Cross, Baltimore/London 1977.

Forsythe, David P., Rieffer-Flanagan, Barbara Ann J., The International Committee of the Red Cross. A Neutral humanitarian Actor, London [u.a.] 2007.

Francillon, Max René E., Richard Scherb (1880-1955), in: Schweizerische Medizinische Wochenschr. 85 (1955), S. 566.

Ders., Zur Geschichte der Orthopädie in der Schweiz, 1962.

Fredenhagen, Hermann, Romer, Urs, Rüttimann, Beat (Hrsg.), Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie. Die zweiten 25 Jahre 1967-1992 zum 50-jährigen Bestehen der Gesellschaft, Bern/Göttingen/Toronto 1992.

Friedebold, G., Die Idee der Rehabilitation in der Orthopädie, in: Zeitschrift für Orthopädie 118 (1980), S. 405-411.

Fritschi, Alfred, Zur Prägung der sozialen Rolle der weiblichen Krankenpflege bis zum Ersten Weltkrieg in der Schweiz, in: Labisch, Alfons, Spree, Reinhard (Hrsg.), Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, Bonn 1989, S. 157-169.

Fritschi, Alfred, Schwesterntum. Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskrankenpflege in der Schweiz 1850-1930, Zürich 1990.

Fuhrer, Hans Rudolf, Die Schweizer Armee im Ersten Weltkrieg. Bedrohung, Landesverteidigung und Landesbefestigung, Zürich 1999.

G

Gärtner, D., Tradition und Fortschritt in der Orthopädie, Diss. med, Würzburg 1986.

Geyer, Michael, Ein Vorbote des Wohlfahrtsstaates. Die Kriegsopferversorgung in Frankreich, Deutschland und Großbritannien nach dem Ersten Weltkrieg, in: Geschichte und Gesellschaft 9 (1983), S. 230-277.

Gilardon, Klaus, Henry E. Sigerist und die medizinhistorische Sammlung Wehrli in Zürich – ein Gutachten aus dem Jahr 1930, in: Ergebnisse und Perspektiven sozialhistorischer Forschung in der Medizingeschichte (1991), S. 26-31.

Goehrke, Carsten, Zimmermann, Werner G. (Hrsg.), «Zuflucht Schweiz». Der Umgang mit Asylproblemen im 19. und 20. Jahrhundert, Zürich 1994.

Goerke, H., Themistokles Gluck (1853-1942), Arzt zwischen Rumänien und Deutschland, in: Congrès international d'Histoire de la Médecine 22 (1970), S. 217.

Graf, Martina, Die praktizierende Ärzteschaft des Kantons Bern, Teil 1: 1844-1918. Kommen-

- tiertes Verzeichnis der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, Diss. med. dent., Bern 2004.
- Grosch, Gerhard, Jean-André Venel (1740-1791) und die Begründung der klassischen Orthopädie, in: *Gesnerus* 32 (1975), S. 192-199.
- Ders., Die „Orthopädie“ des französischen Arztes Nicolas Andry (1658-1742), in: *Z. Orthop.* 114 (1976), S. 79-82.
- Gross, Michel, Placide Nicod. Un pionnier de l'orthopédie moderne, Yens-sur-Morges 1993.
- Gruber, Walter, Das Rote Kreuz in Deutschland. Zum 125. Jahrestag von Solferino, Wiesbaden 1985.
- Grünig, Reto, Die Geschichte der Société internationale de chirurgie von 1902 bis 1990, Diss. med., Basel 1991.
- Gysin, Roland, «Sanitätsfestung Schweiz». Über das Erheben der Stimme der Menschlichkeit. Internierte fremde Militärpersonen 1916-1919, Lizentiatsarbeit, Zürich 1993.
- Ders., Die Internierung fremder Militärpersonen im 1. Weltkrieg. Vom Nutzen der Humanität und den Mühen der Asylpolitik, in: Guex, Sébastien, Studer, Brigitte, Degen, Bernhard, Kübler, Markus, Schade, Edzard, Ziegler, Béatrice (Hrsg.), *Krisen und Stabilisierung. Die Schweiz in der Zwischenkriegszeit (Die Schweiz 1798-1998: Staat – Gesellschaft – Politik)*, Zürich 1998², S. 33-46.
- H**
- Haeflinger, Eduard A., Die Orthopädie in Paris von 1800-1850, Diss. med., Zürich 1965.
- Hæger, Kurt, *The illustrated history of surgery*, London 1989.
- Hagen, Maximilian von, Die päpstliche Friedensvermittlung 1917, in: *Historische Zeitschrift* 177 (1954), S. 517-520.
- Hall, Richard C., *The Balkan Wars 1912-1913. Prelude to the First World War*, London/New York 2000.
- Haug, Hans, *Rotes Kreuz. Werden – Gestalt – Wirken*, Bern/Stuttgart 1966.
- Ders., La Neutralité comme Principe Fondamental de la Croix-Rouge, in: *Revue internationale de la Croix-Rouge* 78/822 (1996), S. 675-678.
- Haug, Hans, Gasser, H.P., Perret, F., Robert-Tissot, J.P., *Menschlichkeit für alle. Die Weltbewegung des Roten Kreuzes und des Roten Halbmondes*, Bern/Stuttgart 1991.
- Heimberg, Charles, Grande Guerre et mouvement ouvrier en Suisse, in: *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte* 46/4 (1996), S. 147-155.
- Heller, Daniel, Eugen Bircher. Arzt, Militär und Politiker. Ein Beitrag zur Zeitgeschichte, Zürich 1988.
- Hermann, David G., *The Arming of Europe and the Making of the First World War*, Princeton 1996.
- Hieronimus, Marc, *Krankheit und Tod 1918. Zum Umgang mit der Spanischen Grippe in Frankreich, England und dem Deutschen Reich (Geschichte)*, Münster 2006.
- Hinz, Uta, Humanität im Krieg? Internationales Rotes Kreuz und Kriegsgefangenenhilfe im Ersten Weltkrieg, in: Oltmer, Jochen (Hrsg.), *Kriegsgefangene im Europa des Ersten Weltkrieges (Krieg in der Geschichte (KRiG), Bd. 24)*, Paderborn [u.a.] 2006, S. 216-236.

Dies., Gefangen im Großen Krieg. Kriegsgefangenschaft in Deutschland 1914-1921 (Schriften der Bibliothek für Zeitgeschichte – Neue Folge, Bd. 19), Essen 2006.

Hirschfeld, Gerhard, Krumeich, Gerd, Renz, Irina (Hrsg.), Enzyklopädie Erster Weltkrieg, Stuttgart [u.a.] 2008.

Hofer, H., Zur Geschichte der ärztlichen Orthopädie in den letzten 100 Jahren, in: Zeitschrift für Orthopädie 82 (1952), S. 446.

Ders., Die Grund- und Basiswissenschaften der Orthopädie, in: Beilageheft Zeitschrift für Orthopädie 85 (1955).

Horne, John, Kramer, Alan, German "Atrocities" and Franco-German Opinion, 1914: The Evidence of German Soldier's Diaries, in: Journal of Modern History 66/1 (1994), S. 1-33.

Hubatsch, Walter, Deutschland im Weltkrieg 1914-1918, Frankfurt/Berlin/Wien 1966.

Hugli, J., Nicod, Louis, Centième anniversaire de L'Hôpital orthopédique de la Suisse Romande, Lausanne 1976.

Hüppauf, Bernd (Hrsg.): War, Violence and the modern condition (European cultures), Berlin 1997.

Hutchinson, John F., Champions of Charity. War and the rise of the Red Cross, Boulder Colorado 1996.

Hutchison, Richard L., Hutchison, Alan L., César Roux and His Original 1893 Paper, in: OBES SURG 20 (2010), S. 953-956.

J

Jeschal, Godwin, Politik und Wissenschaft deutscher Ärzte im Ersten Weltkrieg: Eine Untersuchung anhand der Fach- und Standespresse und der Protokolle des Reichstages, Hannover 1977.

Jost, Hans-Ulrich, Bedrohung und Enge, in: Geschichte der Schweiz und der Schweizer, Basel 1986.

Junker, Beat, Eidgenössische Volksabstimmungen über Militärfragen um 1900, Diss. phil., Bern 1955.

Kis, Josip, Der Knochenpathologe Emil Looser (1877-1936), Diss. med., Zürich 1982.

Koelbing, M.H., Georg Friedrich Louis Strohmeier (1804-1876), in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 85/3 (1955), S. 67-72.

Koller, F., Die Chefarzte des Krankenhauses Neumünster 1858-1958. Separatdruck aus der Gedenkschrift «Zur Erinnerung an die Hundertjahrfeier der Kranken- und Diakonissenanstalt Neumünster Zollikerberg-Zürich am 28. September 1958», Neumünster 1958.

L

Lang, Rosemarie, Der Hilfsverein für schweizerische Wehrmänner und deren Familien. Das Rote Kreuz in der Schweiz 1866-1966, Bern 1966.

Lawrence, Christopher, (Hrsg.), Medical theory, surgical practice: studies in the history of surgery (The Wellcome Institute series in the history of medicine), London 1992.

Le Vay, Davis, A history of orthopedics. An account of the study and practice of orthopedics from the earliest times to the modern era, Lancs [u.a.] 1990.

Lezzi, Bruno, 1914. General Ulrich Wille und die Kriegsbereitschaft der schweizerischen Armee, Osnabrück 1975.

Lichtsteiner, Hans, Über die Schweizer Wundärzte und ihren Dienst in fremden Kriegen während des 17. und 18. Jahrhunderts, Diss. med. dent, Zürich 1964.

Linder, Arnold, Arnold Keller (1841-1934). Generalstabschef der schweizerischen Armee 1890-1905, Diss. phil., Zürich 1991.

Linnenkohl, Hans, Vom Einzelschuß zur Feuerwalze. Der Wettlauf zwischen Technik und Taktik im Ersten Weltkrieg, Koblenz 1990.

Löffler, L., Der Ersatz der oberen Extremität, Diss. med., Würzburg 1982.

Luciri, Pierre, Le prix de la neutralité. La diplomatie secrète de la Suisse en 1914-1915 avec des documents d'archives inédits, Genf 1976.

M

Madritsch, Werner, Der Zürcher Chirurg Rudolf Ulrich Krönlein 1847-1910, Diss. med., Zürich 1967.

Maissen, Thomas, Geschichte der Schweiz, Baden 2010².

Majer, Diemuth, Neutralitätsrecht und Neutralitätspolitik am Beispiel Österreichs und der Schweiz (Heidelberger Forum), Heidelberg 1987.

Majoros, Ferenc, Rill, Bernd, Das Osmanische Reich 1300-1922. Die Geschichte einer Großmacht, Augsburg 2002.

Mayer, Marcel, Hoffmann, Arthur, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 23.06.2010, URL: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D3991.php>.

Meier, Samuel, August Socin (1837-1899). Leben und Werk des Basler Chirurgen, Basel 1985.

Michaud, L., Placide Nicod 1876-1953, in: Revue médicale de la Suisse Romande 74 (1954), S. 117-120.

Michels, Elmar, Über die Geschichte der deutschen Lazarettzüge (Düsseldorfer Arbeiten zur Geschichte der Medizin), Düsseldorf 1986.

Michl, Susanne, Im Dienste des „Volkskörpers“. Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 177), Göttingen 2007.

Mittler, Max, Der Weg zum Ersten Weltkrieg: Wie neutral war die Schweiz? Kleinstaat und europäischer Imperialismus, Zürich 2003.

Möhr, Reto C., Der Chirurg Paul Clairmont 1875-1942, Diss. med., Zürich 1986.

Monnier, Victor, Beau, Jean-Baptiste-Paul, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 23.06.2010, URL: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D28505.php>.

Moorehead, Caroline, Dunant's Dream. War, Switzerland and the History of the Red Cross, London 1998.

Mörgeli, Christoph, Wenn der Tod umgeht. Die grosse Grippe von 1918 in der Schweiz, in: NZZ Folio 95/11 (1995).

Ders., Die Grippeepidemie von 1918 in der Schweiz, in: D-Journal, Zeitschrift der Schweiz. Diabetes Gesellschaft/123 (1996), S. 13-19.

Müller, M. E., Orthopädie in der Schweiz. Gestern – heute – morgen, in: Swiss Med 6/5a (1984), S. 24-27.

Mützenberg, Par Gabriel, David Dunant, Oncle et Précurseur du fondateur de la Croix-Rouge, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 30 (1980), S. 357-385.

N

Nicod, Louis, Historique médical de l'Hôpital orthopédique de la Suisse Romande, in: Revue médicale de la Suisse Romande 83 (1963), S. 291-318.

Ders., Historique médical de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, in: Revue médicale de la Suisse Romande 83 (1963), S. 291-318.

Nissen, Rudolf, August Socin (1837-1899), in: Staehelin, Andreas (Hrsg.), Professoren der Universität Basel aus fünf Jahrhunderten, Basel 1960, S. 192-193.

Ders., Friedrich de Quervain 1868-1940, in: Staehelin, Andreas (Hrsg.), Professoren der Universität Basel aus fünf Jahrhunderten, Basel 1960, S. 316-317.

Ders., Die Chirurgische Universitätsklinik Basel, 1913-1963, in: Helvetica Chirurgia Acta 31/1 (1964), S. 26-34.

Nussbaum, Walter, Die Grippe-Epidemie 1918/1919 in der schweizerischen Armee, in: Separatabdruck aus Gesnerus 39 (1982), S. 243-259.

O

Ochsenbein, Heinz, Die verlorene Wirtschaftsfreiheit 1914-1918. Methoden ausländischer Wirtschaftskontrollen über die Schweiz, Bern 1971.

Oltmer, Jochen, Einführung. Funktionen und Erfahrungen von Kriegsgefangenschaft im Europa des Ersten Weltkrieges, in: ders. (Hrsg.), Kriegsgefangene im Europa des Ersten Weltkrieges (Krieg in der Geschichte (KRiG), Bd. 24), Paderborn [u.a.] 2006, S. 11-23.

Ders., Unentbehrliche Arbeitskräfte. Kriegsgefangene in Deutschland 1914-1918, in: ders. (Hrsg.), Kriegsgefangene im Europa des Ersten Weltkrieges (Krieg in der Geschichte (KRiG), Bd. 24), Paderborn [u.a.] 2006, S. 67-96.

Osten, Phillip, Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905-1933 (Mabuse Wissenschaft, Bd. 79), Frankfurt a.M. 2004.

Overmanns, Rüdiger (Hrsg.), In der Hand des Feindes. Kriegsgefangenschaft von der Antike bis zum Zweiten Weltkrieg, Köln 1999.

P

P.A., Jean-Charles Scholder (Nekrolog), in: Revue médicale de la Suisse Romande 79 (1959), S. 125-127.

Panikos, Panayi, Normalität hinter Stacheldraht. Kriegsgefangene in Großbritannien 1914-1919, in: Oltmer, Jochen (Hrsg.), Kriegsgefangene im Europa des Ersten Weltkrieges (Krieg in der Geschichte (KRiG), Bd. 24), Paderborn [u.a.] 2006, S. 126-146.

Panke-Kochinke, Birgit, Schaidhammer-Placke, Monika (Hrsg.), Frontschwester und Friedensengel. Kriegsrankenpflege im Ersten und Zweiten Weltkrieg; ein Quellen- und Foto-band, Frankfurt a. M. 2002.

Panzer, Fabrizio, Benedetto XV e la Svizzera negli anni della Grande Guerra, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 43 (1993), S. 321-340.

Paris, Michael, The First Air Wars – North Africa and the Balkans, 1911-13, in: Journal of Cont. Hist. 26 (1991), Nr. 1, S. 97-109.

Paul, U., Der Weg der Orthopädie, Berlin 1985.

Peltier, Leonard F., Orthopedics a history and iconography (Norman surgery series Nr. 5), San Francisco 1993.

Perrnoud, Marc, Gisbert von Romberg, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 23.06.2010, URL: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F28528.php>.

Pitzen, Peter, Die Geschichte der Orthopädischen Gesellschaft, Stuttgart 1963.

Ders., Die Geschichte der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Von der Königsberger Tagung 1936 bis zum 50. Kongreß in München 1962, Stuttgart 1963.

Porter, Roy, Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute, Heidelberg 2003.

Portmann, Marie-Louise, Streifzug durch die Geschichte der inneren Medizin in der Schweiz: Medizin in der Schweiz, 1980.

Probst, J., Themistokles Gluck 1853-1942. Ein Vordenker der Deutschen Chirurgie, in: DGU-Mitteilungen und Nachrichten 29/56 (2007), S. 64-66.

R

Regierungsrat des Kantons Zürich (Hrsg.), Zürcher Spitalgeschichte, Zürich 1951.

Reuter, Andreas, Rehabilitationsmassnahmen von Kieferschussverletzten im Ersten Weltkrieg, Zürich 1996.

Riesenberger, Dieter, Deutsche Emigranten und Schweizer Neutralität im Ersten Weltkrieg, in: Schweizer Zeitschrift für Geschichte 38 (1988), S. 127-150.

Ders., Für Humanität in Krieg und Frieden. Das Internationale Rote Kreuz 1863-1976, Göttingen 1992.

Ders., Zur Professionalisierung und Militarisierung der Schwestern vom Roten Kreuz vor dem Ersten Weltkrieg, in: Militärgeschichtliche Mitteilungen 53/1 (1994).

Ders., Das Deutsche Rote Kreuz. Eine Geschichte 1864-1990, Paderborn [u.a.] 2002.

Roch, M., Charles Julliard, in: Revue médicale de la Suisse Romande 82 (1962), S. 747-748.

Roeder, D., Geschichtliche Entwicklung und Bedeutung des Roten Kreuzes, Diss. phil., Erlangen 1949.

Rosfeld, Roman, Straumann, Tobias, Zwischen allen Fronten oder an allen Fronten? Eine Einführung, in: Rosfeld, Roman, Straumann, Tobias (Hrsg.), Der vergessene Wirtschaftskrieg. Schweizer Unternehmen im Ersten Weltkrieg, Zürich 2008, S. 11-59.

Rosen, Edgar G., Italien und das Problem der Schweizerischen Neutralität im Sommer 1914, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 6 (1956), S. 106-112.

Ders., Italiens Kriegseintritt im Jahre 1915 als innenpolitisches Problem der Giolitti-Ära. Ein Beitrag zur Vorgeschichte des Faschismus, in: HZ 187 (1959), S. 286-363.

Ders., Italiens Neutralität und Intervention 1915 im Lichte der schweizerischen Gesandtschaftsberichte aus Rom, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 23 (1973), S. 290-313.

Ders., Rom – Bern: Die stille Krise des Weltkriegsjahres 1916, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 37 (1987), S. 119-136.

Rossi, Sandra, Il Ticino durante la Prima Guerra Mondiale. Neutralità, questione nazionale e questione economico-sociale, Diss. phil., Zürich 1986.

Ruepp, René, Orthopädie-Technik in der Schweiz. Chronik eines medizinischen Handwerks (Zürcher medizingeschichtliche Abhandlungen Nr. 292), Dietikon 2002.

Ruffieux, Roland, Die Schweiz des Freisinns 1848-1914, in: Geschichte der Schweiz und der Schweizer, Basel/Frankfurt 1983.

Rüster, Detlef, Der Chirurg: ein Beruf zwischen Ruhm und Vergessen, Leipzig 1993.

Rütt, August (Hrsg.), Geschichte der Orthopädie im deutschen Sprachraum, Stuttgart 1993.

Rüttimann, Beat, Die Orthopädie der Maschinen und Privat Institute (Geschichte der Medizin und der medizinischen Technik, Bd. 5), Solothurn 1980.

Ders., Wilhelm Schulthess und die Schweizer Orthopädie seiner Zeit, Zürich 1983.

Ders., Larreys Amputationstechnik, in: Gesnerus 36/1-2 (1979), S. 140-155.

Ders., Zur Geschichte der Krüppelvorsorge, in: Gesnerus 37 (1980), S. 199-214.

Ders., Zur Geschichte der Krüppelfürsorge, in: Gesnerus 37/3-4 (1980), S. 199-214.

Ders., Wilhelm Schulthess (1855-1917) und die Schweizer Orthopädie seiner Zeit, Zürich 1983.

Ders., Aus der Geschichte des schweizerischen Vereins Balgrist 1909-1984, in: Swiss Med 6/5 (1984).

Ders., «Reigles chirurgiques» von Ambroise Paré (1510-1590), in: Helvetica Chirurgia Acta 53 (1986), S. 75-78.

S

Sachs, Michael, Historisches Chirurgenlexikon. Ein biographisch-bibliographisches Handbuch bedeutender Chirurgen und Wundärzte, 5 Bde., Bd. 3 (Geschichte der operativen Chirurgie), Heidelberg 2002.

Schaufelberger, Walter, Die Schweiz zwischen dem Deutschen Reich und Frankreich 1914/1939, oder vom Nutzen der Schweizerischen Armee (Schriftenreihe der Gesellschaft für militärhistorischen Studien (GMS), Heft 2), Zürich 1984.

Scherb, Richard, Zur Entwicklung der Orthopädie in den letzten Jahrzehnten, in: Schweiz. med. Wschr. 77 (1947), S. 887.

Schlott, René, Die Friedensnote Papst Benedikts XV. vom 1. August 1917. Eine Untersuchung zur Berichterstattung und Kommentierung in der zeitgenössischen Berliner Tagespresse (Studien zur Zeitgeschichte, Bd. 57), Hamburg 2007.

Schneider, Stefan, Otto Naegeli, ein Schweizer Pionier der manuellen Medizin, Dietikon 2002.

Schott, Heinz, Die Chronik der Medizin, Dortmund 1993.

Schulte, Regina, Riesenberger, Dieter, Für Humanität in Krieg und Frieden. Das Internationale Rote Kreuz 1863-1977, Göttingen 1992.

Schulte, Regina, Die Schwester des kranken Krieges. Krankenpflege im Ersten Weltkrieg als Forschungsproblem, in: BIOS 7/1 (1994), S. 83-100.

Schwarzmann-Schafhauser, Doris, Orthopädie im Wandel. Die Herausbildung von Disziplin und Berufsstand in Bund und Kaiserreich (1815-1914) (Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin; Beiheft Nr. 53), Stuttgart 2004.

Scottà, Antonio, Papa Benedetto XV. La Chiesa, la Grande Guerra, la Pace (1914-1922) (Uomini e Dottrine, Bd. 51), Rom 2009.

Seffert, Sabine, Die Wertung der Montyon-Preise für die Leistung deutscher Orthopäden des 19. Jahrhunderts am Beispiel von Bernhard Heine (1800-1846) (Würzburger medizinhistorische Forschungen, Bd. 40), Pattensen 1986.

Speed, Richard, Prisoners, Diplomats, and the Great War. A Study in the Diplomacy of Captivity, New York [u.a.] 1990.

Spieker, Heike, Der Beitrag des Roten Kreuzes zur Verbreitung und Entwicklung des humanitären Völkerrechts in: Sicherheit und Frieden 25/2 (2007), S. 50-57.

Sprecher, Daniel, Generalstabschef Theophil Sprecher von Bernegg. Seine militärisch-politische Leistung unter besonderer Berücksichtigung der Neutralität, Zürich 2000.

Spreng, Max, Ernst Hockenjos 1872-1949, in: Staehelin, Andreas (Hrsg.), Professoren der Universität Basel aus fünf Jahrhunderten, Basel 1960, S. 334-335.

Soiron, Rolf, Der Beitrag der Schweizer Aussenpolitik zum Problem der Friedensorganisation am Ende des Ersten Weltkrieges (Basler Beiträge zur Geschichtswissenschaft, Bd. 127), Basel/Stuttgart 1973.

STALU, PA 213/158, Nekrolog: Prof. Dr. Med. Hans Brun 1874-1946, Luzern 1946.

Stamm, Konrad W., Die Guten Dienste der Schweiz. Aktive Neutralitätspolitik zwischen Tradition, Diskussion und Integration, Bern 1974.

Stegmann, Mirjam, Hans Brun und die Knochenchirurgie, Diss. med., Zürich 1992.

Stibbe, Matthew, The Internment of Civilians by Belligerent States during the First World war and the Response of the International Committee of the Red Cross, in: Journal of Cont. Hist. 41/1 (2006), S. 5-19.

Strachan, Hew, Die Kriegsführung der Entente, in: Hirschfeld, Gerhard, Krumeich, Gerd, Renz, Irina (Hrsg.), Enzyklopädie Erster Weltkrieg, Stuttgart [u.a.] 2008, S. 272-280.

Strenna, Utet, Henri Dunant e le origini della Croce Rossa, Turin 1979.

Stüssi-Lauterburg, Jürg, Gysler-Schöni, Rosy, Helvetias Töchter. Frauen in der Schweizer Militärgeschichte von der Entstehung der Eidgenossenschaft bis zur Gründung des Frauenhilfsdienstes von 1291 bis 1939, Frauenfeld 1989.

Sudahl, Alexander, Das Rote Kreuz und der militärische Sanitätsdienst in Deutschland bis 1918, Diss. phil., Heidelberg 2002.

Süssli, Peter, Otto Veraguth 1870-1944. Neurologe und Professor für physikalische Therapie, Zürich 1991.

Thalmann, Hans, Die Grippeepidemie 1918/19 in Zürich, Zürich 1968.

Thomann, Klaus-Dieter, Ausgrenzung oder Integration der Körperbehinderten? Zur Topographischen Lage, Struktur und Funktion der „Krüppelheime“, in: *Historia Hospitalium* 18 (1989-1992), S. 159-180.

Ders., Das behinderte Kind. „Krüppelfürsorge“ und Orthopädie in Deutschland 1886-1920 (Forschungen zur neueren Medizin- und Biologiegeschichte, Bd. 5), Stuttgart/Jena/New York 1995.

Toellner, Richard (Hrsg.): *Illustrierte Geschichte der Medizin*, 6 Bde., Bd. 2, Salzburg 1986.

Tröhler, Ulrich, Der Schweizer Chirurg J.F. de Quervain (1868-1940). Wegbereiter neuer internationaler Beziehungen in der Wissenschaft der Zwischenkriegszeit (Veröffentlichungen der Schweizerischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 26), Aarau 1973.

Ders., F. de Quervain, chirurgien pratique à La Chaux-de-Fonds (1895-1910): Un esprit physiopathologique à la conquête d'un terrain nouveau, in: *Gesnerus* 32 (1975), S. 200-213.

Ders., Surgery (Modern), in: Bynum, F., Porter, Roy (Hrsg.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Bd. 2, London/New York 1993, S. 984-1028.

Tröhler, Ulrich, Allgöwer, Martin, Schadewaldt, Hans (Hrsg.), *Der Nobelpreisträger Theodor Kocher 1841-1917. Auf dem Weg zur physiologischen Chirurgie*, Basel/Stuttgart 1984.

U

Uebelhardt, Arnold, Richard Scherb (1880-1955), Orthopäde und Muskelphysiologe (Zürcher Medizinhistorische Abhandlungen, Nr. 199), Zürich 1988.

Uhlmann-Coradi, Maja, Die Rechtsstellung der Schweizer Frau im Dienste der Landesverteidigung, Winterthur 1969.

V

Valentin, Bruno, Jean André Venel, der Vater der Orthopädie, in: *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin* 40 (1956), S. 305.

Ders., *Geschichte der Orthopädie*, Stuttgart 1961.

Ders. (Hrsg.), *Zum Wohle der Kranken. Das Schweizerische Rote Kreuz und seine Rolle in der Krankenpflegeausbildung (1882-1976)*, Basel 1991.

Vauthey, Jean-Nicolas, Guy, Maddern, Gertsch, Phillippe, César Roux - Swiss pioneer in surgery, in: *Surgery* 112/5 (1992), S. 946-950.

W

Walter, François, Ador, Gustave, in: *Historisches Lexikon der Schweiz (HLS)*, Version vom 23.06.2010, URL: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D3848.php>.

Wehrli, Edmund, Schweiz ohne Armee – eine Friedensinsel? (Schriftenreihe der Gesellschaft für militärhistorische Studien (GMS), Heft 3), Zürich 1985.

Whalen, Robert W., *Bitter Wounds. Deutsche Medizingeschichte des Weltkrieges*, Ithaka, London 1984.

Winter, Paul, *Schweizer Bahnen unter Fahnen. Die Geschichte des Militär-Eisenbahndienstes*, Luzern 1988.

Winzen, Peter, Reichskanzler Bernhard Fürst von Bülow. Weltmachtstrategie ohne Fortune – Wegbereiter der großen Katastrophe (Persönlichkeit und Geschichte, Bd. 163), Göttingen/Zürich 2003.

Wolf, Jörn H., Fritz Steinmann – Initiator der endostalen Dauerzugbehandlung (Nagelextension), in: Operative Orthopädie und Traumatologie 2/3 (1990), S. 227-231.

Wrigley, David W., Germany and the Turco-Italian War, 1911-1912, in: International Journal of Middle East Studies 11 (1980), Nr. 3, S. 313-338.

Wurzer, Georg, Die Erfahrung der Extreme. Kriegsgefangene in Rußland 1914-1916, in: Olmer, Jochen (Hrsg.), Kriegsgefangene im Europa des Ersten Weltkrieges (Krieg in der Geschichte (KRiG), Bd. 24), Paderborn [u.a.] 2006, S. 97-125.

Wyder, Theodor, Wehrpflicht und Militärdienstverweigerung: Entstehung, Gesetz, Arten und Sanktionen in der Schweizer Armee (Europäische Hochschulschriften. Reihe 2. Rechtswissenschaft), Bern [u.a.] ²1988.

Wyss, Sabine, Radiologie in Bern 1896-1946, Diss. med., Bern 1995.

Y

Yerly, Frédéric, Grande Guerre et diplomatie humanitaire. La Mission catholique suisse en faveur des prisonniers de guerre (1914-1918), in: Vingtième siècle 58 (1998), S. 13-28.

Z

Zichner, Ludwig (Hrsg.), Geschichte operativer Verfahren an den Bewegungsorganen (Jahrbuch / Deutsches Orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum; Bd. 2), Darmstadt 2000.

Ders., Geschichte der Grenzgebiete der Orthopädie. Deutsches Orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum, Darmstadt 2002.

Zippel, J., Meyer-Rolfs, M., Themistokles Gluck (1853-1942). Wegbereiter der Endoprothetik, in: Zeitschrift für Orthopädie 113 (1975), S. 134.

Zirojevic, Dejan, Der Unfallchirurg Carl Schlatter (1864-1934) (Zürcher Medizingeschichtliche Abhandlungen, Bd. 214), Zürich 1990.