



DIE ORGANISATION DES ZAHNÄRZTLICHEN \*)  
DIENSTES IN DER SCHWEIZERISCHEN ARMEE.

von

DR. MED. DENT. SIEGFRIED STOCKER, Basel.

616.314 : 355

Die Schweiz hat in den letzten Jahren weitgehende Massnahmen für die allfällige Verteidigung ihres Bodens ergriffen. Bedeutende *Kredite* wurden aufgewendet für den Ausbau und die Modernisierung der Armee: für deren Motorisierung, den Ausbau der Luftwaffe und der Luftabwehr und für den Bau von Befestigungsanlagen. Die vergangenen kritischen Septemberwochen, die Zuspitzung der aussenpolitischen Lage, haben die zuständigen Stellen erneut veranlasst, die Vorsorgemassnahmen auf zivilem und militärischem Gebiete zu beschleunigen, um jedem noch so unvermittelten und brutalen Eindringungsversuch begegnen zu können.

Die Aenderungen an der *Truppenordnung* der eidgenössischen Armee sind vollzogen. Die Neugestaltung der Armee-Organisation verlangt ihrerseits grundlegende Aenderungen der Organisation und Funktion des *Gefechts-Sanitätsdienstes*. Seit einiger Zeit ist nun auch mit dem Ausbau der Sanitätsdienstordnung, die aus dem Jahre 1930 stammt, begonnen worden. Die Neugestaltung wird demnachts beendigt sein, besondert auch deshalb, weil nun die Auswertung der Kriegserfahrungen als abgeschlossen gelten dürfte. Er scheint auch, dass weitere Kreise die Erkenntnis erlangt haben, was für gewaltige Anforderungen im Kriegsfall an den Armee — Sanitätsdienst gestellt werden, welche schwere Pflichten die Sanitätsgruppe zu erfüllen hat und was für grosse Schwierigkeiten sich der Durchführung des Kriegs — Sanitätsdienstes entgegenstellen.

\*) Voordracht, gehouden voor het Ned. Tandheelk. Genootschap te Utrecht

Ein künftiger Krieg erfordert auch in unserem Lande eine totale Landesverteidigung. Alle irgendwie tauglichen personellen und materiellen Mittel haben ihr zu dienen. Die Entwicklung der modernen, weittragenden Artillerie und der Fliegertruppe mit ihrem fast unbegrenzten Wirkungsradius lassen eine scharfe Trennung zwischen *Armee* und ihrem Operationsraum einerseits und *Zivilbevölkerung* und ihrem Wohn- und Wirtschaftsgebiet andererseits nicht mehr zu. Dasselbe gilt für das qualifizierte Medizinalpersonal: Jeder Zivilarzt und Zahnarzt im Hinterland kann in den Fall kommen, Kriegsverletzte behandeln zu müssen.

Verständlich ist deshalb das Bestreben auch in Aerztekreisen die mit der Armee direkt nichts zu tun haben, sich über militärmedizinische Fragen aufklären zu lassen. Demzufolge sind in der letzten Zeit an verschiedenen Orten militärmedizinische und kieferchirurgische *Fortbildungskurse* abgehalten worden, die alle einen glänzenden Verlauf genommen haben. An mehreren medizinischen Fakultäten werden kriegsmedizinische Vorlesungen gehalten, vorläufig zur Hauptsache über Feldchirurgie.

Auch der *Zahnärztliche Dienst im Gefecht* ist *feldchirurgischer Dienst*. In der zweiten Hälfte meines Referates werde ich etwas ausführlicher auf den *Zahnarztendienst im Gefecht* und im Anschluss an im Feld erlittene *Kieferverletzungen* zu sprechen kommen. Im Weltkrieg, wo die ärztliche Gesamtleistung beispiellos war, sind die zahnärztlichen Hilfskräfte und Hilfsmittel mancherorts unvollkommen geblieben. Wahrscheinlich wäre das bei Mitbeteiligung der schweizerischen Armee an den kriegerischen Ereignissen auch bei uns nicht anders gewesen. Insbesondere auch deshalb nicht, weil die Vorbereitungen für einen gründlichen feldchirurgischen Dienst erst in den letzten Jahren in Angriff genommen worden sind. Die daherige Organisation ist zur Stunde noch nicht abgeschlossen. Manches ist da, un Anderes ist noch im Werden. Es liegt mir daran, die Grenzen des in unserem Lande für seine besonderen Verhältnisse Notwendigen und Erreichbaren abzustecken, was nicht heissen soll, dass wir die in anderen Ländern und in den letzten Feldzügen gemachten Erfahrungen nicht gebührend berücksichtigen.

Der *schweizerische Militärzahnarzt*, wie er heute im Stabe eines jeden Infanterie-Regimentes, de Festungsartillerie — Abteilungen und — Kompagnieen sowie in den Militär-sanitätsanstalten zu finden ist, wurde durch die *Instruktion vom 30. April 1937* geschaffen.



Vor dem Kriege war die zahnärztliche Behandlung in der Armee unbekannt. Bei den nur kurze Zeit dauernden Übungen der einzelnen Truppenkörper, war das Bedürfnis nach Zahnbehandlung nicht dringend. Schmerzhafte Zähne wurden mit der Universalzange vom Arzt gezogen und etwaige Komplikation chirurgisch behandelt. Das Ziel in diesem Stadium war einzig allein die *Schmerzbesseitigung*.

Das änderte sich nach den ersten drei Kriegsmonaten 1914. Man musste damit rechnen, die Armee längere Zeit unter den Fahnen zu behalten. Mit der Zeit konnte sich die Armeeführung dem Verlangen der Zahnärzte nach Einführung der Zahnbehandlung in der Armee nicht mehr verschliessen.

In einem *Erlass vom November 1914* über Militärhygiene heisst es u. a.: „Man müsse der Mund- und Zahnpflege Aufmerksamkeit schenken und an die Wehrmänner Zahnbürsten abgeben.“ Man wollte also zuerst die Prophylaxe anwenden, während von der Behandlung noch nicht gesprochen wurde. Diese konnte aber nicht mehr umgangen werden, da die Verhältnisse sie strikte bedingten. Bereits wurde die Behandlung der Wehrmänner bei einzelnen Truppenteilen, auf Initiative von Zahnärzten hin, eingeführt.

Im *April 1915* wurden dann *hilfsdienstpflichtige* Zahnärzte aufgeboten, die ihr eigenes Instrumentarium mitbringen und das Material selbst aufbringen mussten. Arbeitslokal, Operationsstuhl und Hilfspersonal wurden durch die Militärbehörde gestellt. Gleichzeitig wurden Militärzahnkliniken in Olten und Solothurn gegründet, wo auch technische Arbeiten ausgeführt werden konnten.

Der Betrieb mit hilfsdienstpflichtigen Zahnärzten zeigte bei uns schwere Nachteile und Unannehmlichkeiten. Ausserdem konnte die Hilfsdienstpflicht nicht auf Friedenszeiten übertragen werden.

So ermächtigte denn die Armeeführung den Armeearzt zu seiner Instruktion vom 30. April 1917, wonach der Zahnarzt in der Armee eine den übrigen Medizinalpersonen konforme Offiziersstellung und entsprechende militärische Vorbildung erhält.

Der schweizerische Militärzahnarzt ist durch diesen Erlass sämtlichen Offizieren der Armee gleichgestellt. Er wird wie jeder andere Sanitätsoffizier militärisch ausgebildet und avanciert unter den gleichen Bedingungen wie andere Offiziere. Eine solche Stellung wird den Zahnärzten in keiner Armee Europas eingeräumt.

Es werden nun seither in einer Offiziersschule des Jahres eine entsprechende Anzahl Militärzahnärzte ausgebildet, die in Friedenszeiten ihren Dienst in den verschiedenen Rekrutenschulen,

und neuerdings auch in den sanit. Rekrutierungskommissionen absolvieren.

In Schulen und Kursen, wo kein Militärzahnarzt aufgeboten ist, werden die Zahnpatienten den *Waffenplatz-Zahnärzten* oder anderen Zivilzahnärzten zugewiesen, welche dieselben nach einem eigenen Militärtarif behandeln.

Die Instrumente und das übrige Material zur Zahnbehandlung wurden 1917 in einer sog. *Regiments-Zahnartzkiste* zusammengestellt. Diese Instrumentarien sowie die Zahnärztlichen Einrichtungen in den Kasernen sind seither ständig verbessert und modernisiert worden, wobei den Wünschen der Militärzahnärzte weitgehend Rechnung getragen und wenn möglich auch entsprochen wird.

Neuerdings wird jedem Zahnarzt eine *Zahnarzttasche* abgegeben, die er unmittelbar auf sich trägt und die ihn in den Stand versetzt, erste Hilfe auch auf chirurgisch prothetischem Gebiete leisten zu können.

Die Rolle des Zahnarztes hat sich im Kriege enorm entwickelt. Sie wissen alle, was die Front der Zahnärzte bei den kriegführenden Armeen geleistet hat. Nicht nur wurde die Notwendigkeit einer rationellen Zahn- und Mundpflege, natürlich in erster Linie zur Erhaltung der Kriegsverwendungsfähigkeit, erwiesen: der Zahnarzt wurde im Hagel der Granaten zum *kiefer-chirurgischen Mitarbeiter* des Arztes.

Bei der *Häufigkeit der Kieferschussverletzungen* — ungefähr 50% aller Kopfverletzungen sind Kieferschüsse — wurde bei den kämpfenden Armeen die eigentliche zahnärztliche Behandlung zunächst in den Hintergrund gedrängt. Erst mit der Dauer des Feldzuges, durch die neue Form des *Stellungskampfes*, stellte sich ungemein rasch und energisch das Bedürfnis nach zahnärztlich — ambulatorischer Hilfe ein.

Der Krieg beeinflusst alles. Art und Form der Geschosswirkungen, Stellungs- und Bewegungskrieg haben grundsätzliche Änderungen und Umwälzungen des *Gefechts-sanitätsdienstes* gebracht. Speziell die chirurgische Tätigkeit im heutigen Gefechts-sanitätsdienste ist auf Grund der kriegschirurgischen Lehre des Weltkrieges umorganisiert worden. Der Grundsatz „nicht nur der erste Verband, sondern *die erste und rasche operative Versorgung der Wunde*, entscheidet über das Schicksal des Verwundeten“ ist die Basis für die heutige chirurgische Hilfe im Felde.

Wie nun der *feldchirurgische Dienst* bei uns organisiert ist, zeigt die hier aufgehängte *Skizze*. Die Aufgaben der verschiedenen Staffeln sind folgende:



1. *Sanitätshilfsstelle der Truppsanität* z. B. beim Füs.-Bat. oder Art.-Abt. usw.

Erste Hilfe, erster Verband und Schienung, konservative Wundbehandlung, provisorische Blutstillung (Unterbindung am Ort der Notwendigkeit, Liegenlassen von Klemmen, unvollständige Umschnürung), Verabfolgung von Morphinum usw.

2. *Verbandplatz der Sanitätskompagnie.*

Herstellung der Transportfähigkeit, dringlichste Eingriffe aus vitaler Indikation, operative Wundversorgung, definitive Schienung für den Transport, Verabfolgung von Blut-Ersatzflüssigkeiten, ausnahmsweise Bluttransfusion.

Sortierung (Triage) unter Leitung des zugeteilten Fachchirurgen.

3. *Chirurgisches Feldspital.*

Operative Versorgung der dringlichsten Fälle, Bluttransfusion.

4. *Uebernahmestellen auf dem Uebergabeort für Verwundete.*

Sammlung und Revision, Sortierung, Lagerung bis zum Verladen in den Sanitätszug (der Uebergabeort ist keine Behandlungsstelle).

5. *Militärsanitätsanstalt (M.S.A.) und andere Anstalten mit ähnlichen Aufgaben (Zivilspitäler).*

Definitive und reparative chirurgische Behandlung aller Verletzungen des zweiten bis vierten Dringlichkeitsgrades.

In Anschluss an diese Darstellung sei betont, dass im chirurgischen *Feldspital* nur die Fälle des *ersten Dringlichkeitsgrades* zur Behandlung kommen sollen. Das sogenannte Abwandern der Feldchirurgie an die Front betrifft nur diese Fälle, als da sind: schwere Blutungen, Trümmerschüsse der Schädels, gewisse Hals- und offene Thoraxverletzungen, penetrierende Bauchverletzungen, offene Gelenkverletzungen (Gefahr der fast obligatorischen sekundären Infektion), schwere Oberschenkelschussfrakturen.

Das Ziel der Gefechtssanitätsdienstes muss sein, das jeder Verwundete in nützlicher Frist auf diejenige Behandlungsstelle gelangt, wo die Gewähr für zweckmässigste Behandlung besteht.

In der *Feldchirurgie* muss weiterhin die Möglichkeit der *Wundinfektion* berücksichtigt werden. Sie ist die Chirurgie der Wundinfektion und hat sich nach dem sogenannten 12-Stunden-Princip zu richten. Das heisst, die chirurgische Behandlung am Ort der Wahl, insbesondere im chirurgischen Feldspital muss innerhalb der ersten 12 Stunden einsetzen. Dem ist zu entnehmen, dass die Feldchirurgie untrennbar mit der Transportorganisation verbunden ist.

In der französischen Sanitätsstaktik kennen wir die drei grossen T: Triage — Transport — Traitement.

Für unsere Verhältnisse mit den wenig tiefen Evakuationsräumen handelt es sich darum, in erster Linie auf dem *Verbandplatz* richtig zu sortieren, erstens Fälle für die Evakuation nach dem Uebergabeort und M.S.A. und zweitens Fälle für das chirurgische Feldspital.

Dass schon auf den Sanitätshilfsstellen hinter der kämpfenden Truppe und wiederum am Uebergabeort für Verwundete ebenfalls eine Sortierung stattfinden muss, versteht sich von selbst.

Wie steht es nun mit der Eingliederung der *Kieferschussverletzungen* in die vorgezeichnete Organisation?

Wie alle übrigen Verwundeten passieren die Kieferverletzten in der Regel die Sanitätshilfsstelle und den Verbandplatz. Durch sie gehen 100 % der das Gefechtsfeld noch lebend verlassenden Wehrmänner hindurch. Weiter zurück gibt es eine Ausscheidung:

Von 100 Verwundeten überhaupt sind für das *chirurgische Feldspital* 4—8 betsimmt (erster Dringlichkeitsgrad), die 17 und 62 des zweiten und dritten Dringlichkeitsgrades gelangen via Uebergabeort in die *Militärsanitätsanstalten* und in andere Anstalten mit ähnlichen Aufgaben und der Rest sind Leichtverwundete.

In der neueren feldchirurgischen Literatur finden wir die Kieferverletzungen gewöhnlich unter dem *dritten* Dringlichkeitsgrad aufgeführt, also beim Gros von 62 %. Sie sind für die Militärsanitätsanstalt bestimmt.

Axhausen gibt für die ersten  $2\frac{1}{2}$  Kriegsjahre 5,4 % aller Verletzten an, die in das Spezialgebiet der Kieferchirurgie fallen (1,5 % Kieferverletzte, 3,9 % Gesichtsverletzte).

Das *Kontingent der Gesichts- und Kieferverletzten*, welche einer speziellen kieferchirurgischen Behandlung bedürfen, ist jedenfalls erheblich und belastet den Feldsanitätsdienst in hohem Masse.

Die erste Wundversorgung auch der Gesichts- und Kieferverletzten erfolgt auf dem *Verbandplatz*, bzw. vorher in der Sanitäts-



hilfsstelle. Wenn auch auf dem Verbandplatz gewisse Verwundete schon besser versorgt werden können als noch weiter vorn, so bleibt doch wenig Zeit z. B. für einen einzelnen Kieferverletzten, besonders im Bewegungskrieg und bei Grosskampfhandlungen. Immerhin kann schon ein auf dem Verbandplatz sachgemäss angelegter Verband den Zustand des Kieferverletzten für den Weitertransport wesentlich günstiger gestalten.

Wenn in der deutschen Kriegszahnärztlichen Literatur gesagt ist, dass der Haupttätigkeitsort des kieferchirurgisch arbeitenden Zahnarztes das Feldlazarett ist und in der französischen Armee eine entsprechende Stelle, so kann diese Organisation in unseren Verhältnissen nicht angewandt werden. Ich mache darauf aufmerksam, dass dort, abgesehen von den jeweils als nicht transportfähig zurückbleibenden Leuten, alle anderen nach dem Verbandplatz das Feldlazarett passieren, also jene Stelle, wo die Feldchirurgie ihre eigentliche Heimstätte hat.

Auch bei uns gibt es diese. Aber, wie wir gehört haben, bestehen mit Bezug auf ihre Zweckbestimmung andere Voraussetzungen: Das *chirurgische Feldspital* soll die Patienten des *ersten Dringlichkeitsgrades* aufnehmen, und es kommen dort nur 4—8 % aller Verwundeten zur Behandlung und bleiben nachher dort zur Pflege, bis ihr Abtransport, nach 1 bis 4 Wochen, ins Hinterland möglich ist.

Trotz des neuzeitlichen Abwanderns der Chirurgie an die Front findet in unseren Verhältnissen die Grosszahl der Verwundeten, wie das schon früher vorgesehen war, die fachchirurgische Behandlung in der Militärsanitätsanstalt und anderen Anstalten mit ähnlichen Aufgaben.

Die Distanz Verbandplatz-Militärsanitätsanstalt ist viel kürzer als in grossen Ländern diejenige zwischen den entsprechenden sanitätsdienstlichen Stellen. Dort müssen in einer Zwischenorganisation *alle* zurückgehenden Verwundeten nicht nur gesichtet, sondern zum grössten Teil auch behandelt werden, weil der Transport bis in die der M.S.A. entsprechenden Lazarette ein bis mehrere Tage dauert. Bei uns genügt es, wenn auf der Zwischenorganisation, dem chirurgischen Feldspital, nur die Verwundeten des *ersten Dringlichkeitsgrades* behandelt und nachbehandelt werden.

Und nun erhebt sich die *Frage*, ob die *Gesichts- und Kieferverletzten* zum ersten Dringlichkeitsgrad gehören, mithin in der Regel im chirurgischen Feldspital behandelt werden sollen. Wenn wir auch aus der Literatur eher den Schluss ziehen können, dass dem nicht so ist, so sind wir doch überzeugt, dass wenigstens bei

einer Anzahl von solchen Verletzten die sach- und fachgemässe frühzeitige Behandlung im chirurgischen Feldspital indiziert ist.

Wie sich diese Verwundeten umschreiben lassen, ist schwer zu beantworten. In erster Linie dürfte es sich um schwere Gesichts- und Kieferverletzte handeln, deren *Abtransport* z. B. bis zum Verbandplatz schon sehr lange gedauert hat und bei denen man nicht zuwarten darf bis zur möglichen Einweisung in die Militärsanitätsanstalt.

Wir brauchen also eine *zahnärztliche* Mitarbeit im chirurgischen *Feldspital*, aber ihr Umfang darf nicht zu gross sein. Durch die Trage weiter vorn ist dafür zu sorgen, dass auch von den Gesichts- und Kieferverletzten wirklich nur die Fälle des *ersten* Dringlichkeitsgrades dorthin gelangen. Auch wird der ärztliche Dienst im chirurgischen Feldspital auf raschesten Weitertransport aller Derjenigen bedacht sein, deren fachchirurgische Behandlung etwas später ebensogut in der Militärsanitätsanstalt erfolgen kann. Der Ueberbürdung des an und für sich wenig leistungsfähigen chirurgischen Feldspital muss mit allen Mitteln vorgebeugt werden.

Es sei in diesem Zusammenhang an die geringe Gefahr des Auftretens von *Starrkrampf* und *Gasbrand* bei Gesichtswunden erinnert, andererseits aber auch an diejenige schlechter Funktion und Kosmetik infolge von zu später oder unzweckmässiger Behandlung.

Wie schon gesagt wurde, gehört die zahnärztlich-kieferchirurg. Behandlung der meisten Fälle in die *Militärsanitätsanstalt*, indem auch dort, wenigstens wenn der Antransport relativ rasch vor sich gegangen ist, — nach Axhausen — „die Kieferbruchstücke dem führenden Zug rasch und willig folgen und die Weichteile nach der Wundanfrischung mühelos sich entfalten und zurücklagern. Auch die grossen Defekte können bis zum möglichen Mass verkleinert werden, und es kann den umliegenden Weichteilen Lage und Form erhalten und damit die spätere plastische Arbeit ganz wesentlich erleichtert werden.“

Soviel über die Eingruppierung der zahnärztlichen Behandlung von Gesichts- und Kieferverletzten in die *drei wichtigsten Staffeln* des schweizerischen Gefechtssanitätsdienstes,

Verbandplatz  
Chirurgisches Feldspital  
Militärsanitätsanstalt.

Der Bedarf an *feldzahnärztlichem Personal* ist bei weitem ge-



deckt. Neben den als eigentliche Zahnärzte eingeteilten Sanitäts-offizieren mit dem eidgenössischen zahnärztlichen Diplom finden wir Zahnarzt-Sanitätsoffiziere mancherorts in den Sanitätsformationen vertreten.

Als Zugführer in San. Kp., chir. und gew. Ambulanzen, als Kdt. von San. Transport Abt. und San. Kol.

Nach dem, was besprochen worden ist, kommt gesichts- und kieferchirurgische Betätigung von Militärzahnärzten in Betracht auf dem Verbandplatz, im chirurg. Feldspital und in der Militärsanitätsanstalt.

*Auf dem Verbandplatz* sind, soweit als möglich, Heftpflasterstreifenverbände (als verbesserte Kinnschleuder), behelfsmässige Extensionsverbände, die den Unterkiefer nach vorne ziehen, den Oberkiefer hochziehende Tuchverbände und insbesondere intraorale Drahtverbände anzulegen.

Der auf dem Verbandplatz in diesem Sinne arbeitende Zahnarzt ist der Zahnarzt des *Reg. Stabes*, indem in der Regel dem Inf. Reg. eine San. Kp. zugeteilt wird. Weiterhin kommen für die zahnärztliche Arbeit auf dem Verbandplatz zeitweilig in der San. Kp. eingeteilte Zahnärzte in Betracht, wenn sie nicht durch andere Funktionen in Anspruch genommen sind, z. B. der Zugführer eines Trägerzuges.

Die hier vorgezeichnete zahnärztliche Tätigkeit auf dem Verbandplatz ist jedenfalls etwas ganz anderes, als was der gewöhnliche Zahnarzt im Zivilleben oder bei der ruhenden Truppe macht. Schon diese Zahnärzte müssen eine besondere Ausbildung haben.

In das *chirurgische Feldspital* kommen die sog. grands blessés und, wie wir gehört haben, sich auf dem Antransport vespätende Fälle. Der Zahnarzt, der hier behandeln muss, sollte *prothetisch und chirurgisch* geschult sein. Denn auf die vorangegangene prothetische Arbeit folgt die operative Wundanfrischung und die mit der notwendigen Zurückhaltung ausgeführte Wundnaht. Der Chirurg wird sie dem Zahnarzt gern überlassen, wenn der letztere dazu befähigt ist. Hier werden an den *Feld-Kieferspezialisten die höchsten Anforderungen* gestellt, gleich wie an den Feldchirurgen.

Nun haben wir in der *chirurgischen Ambulanz* aber etatmässig keinen Zahnarzt. Der kdt. ist ein Arzt, in der Regel auch ein Chirurg, der Zugführer *kann* Zahnarzt sein. Dazu kommen sieben zugeeilte Aerzte, welche zwei chirurgische Equipen zu je drei Aerzten bilden, mit einem Ueberzähligen. Wir sehen keine Schwierigkeit, dass gegebenenfalls eben dieser Ueberzählige ein Zahnarzt ist. Durch geeignete Zuteilung von prothetisch- chirurgisch

vorgebildeten Zahnärzten zur chirurgischen Ambulanz mit der Funktion eines Zugführers (Offizier) oder zugeteilten Zahnarztes, liesse sich schon heute der notwendige Personalbestand erreichen, d. h. ein bis zwei Kieferspezialisten. Weitere Kieferspezialisten für die chirurgische Ambulanz stehen von Fall zu Fall bei den *Militärsanitätsanstalten* zur Verfügung.

Das Zentrum der kieferchirurgischen Tätigkeit liegt bei der *Militärsanitätsanstalt* und den anderen Anstalten mit ähnlichen Aufgaben (Zivilspitäler). Die M. S. A. sind im Landesinnern gelegene grosse Spitalanlagen für militärische Zwecke. Ein bedeutendes Zivilkrankenhaus bildet den Kern, darum herum gliedert sich der grosse Anstaltskomplex in geeigneten Gebäuden. Die Patientenzahl beträgt 2—4000. Der zahnärztliche und kieferchirurgische Dienst ist an die zweite — die chirurgische — Sektion angeschlossen. Die von ihm zu erfüllenden Aufgaben entsprechen für die direkt von der Front her eintreffenden Verwundeten denjenigen im chirurgischen Feldspital. Im übrigen umfassen sie alle Stufen der prothetisch-chirurgischen Behandlung der Gesichts- und Kieferverletzten.

Im Weltkrieg und später erfolgte sie in den Kieferlazaretten der Heimat, im Frieden in besonderen, meistens an die chirurgischen Kliniken angeschlossenen Kieferstationen.

Militärsanitätsanstalten und andere Anstalten mit ähnlichen Aufgaben. Die letzteren sind *Zivilheilanstalten*. Die Leitung des schweizerischen Armeesanitätsdienstes macht sich den Grundsatz zu eigen, möglichst viele Kranke und Verwundete in militärischen Anstalten (z. B. Militärsanitätsanstalt) zu hospitalisieren. Daneben finden aber zahlreiche Wehrmänner in Zivilheilanstalten Unterkunft. Dabei handelt es sich aber besonders um spezialisierte Spitalabteilungen, denen die besonderen Patienten von den sanitätsdienstlichen Stellen zugewiesen werden.

Nach unserem Erachten sollten von den Zahnärzten der Militärsanitätsanstalten  $\frac{2}{3}$  mindestens prothetisch, besser prothetisch und chirurgisch ausgebildet sein. Wir haben gehört, dass die Militärsanitätsanstalt gegebenenfalls geeignete Zahnärzte an die chirurgischen Ambulanzen abgeben soll. Der Dienst in der Zahn- und Kieferabteilung selbst bedarf eines zahlreichen zahnärztlichen Personals, und zwar sowohl für die konservierende Zahnbehandlung wie auch für die prothetisch — chirurgische Arbeit.

Dazu kommen noch die prothetisch — chirurgisch arbeitenden Zahnärzte für die *speziellen Zivilspitalabteilungen*, in welche gesichts- und kieferverletzte Wehrmänner und Zivilpersonen (Luftkrieg) aufgenommen werden müssen. Dabei sei noch einmal an



die Undurchführbarkeit einer sauberen Trennung einerseits von Militär — und Luftschutzzahnärzten und andererseits von Zivilpraktikern erinnert.

Aber auch von denjenigen Zahnärzten sollten die meisten nicht nur prothetisch, sondern überdies chirurgisch weitgehend ausgebildet sein.

Mit anderen Worten: *Der Militärzahnarzt, ob Offizier, Unteroffizier oder hilfsdienstpflichtig muss mit wenigen Ausnahmen prothetisch im Sinn der Feldzahnheilkunde ausgebildet sein, und ein grosser Teil zudem chirurgisch.*

Die Zahl der Zahnärzte in der Schweiz genügt sowohl für die Bedürfnisse der Armee wie der Zivilbevölkerung, soweit es sich um die gewöhnliche zahnärztliche Tätigkeit handelt. Es gehört zur Aufgabe der zivilen Sanitätsbehörden, die von der Armee nicht in Anspruch genommenen Zahnärzte so zu verteilen, dass der notwendige zahnärztliche Dienst für die Zivilbevölkerung geordnet ist.

Eine Enquete unter allen schweizerischen Zahnärzten 1937/38 hat zum Ergebnis geführt, dass 17 % (= 214) der angefragten Zahnärzte, d. h. praktisch der Gesamtheit der für die Armee in Frage kommenden Zahnärzte;

„eine spezielle, über die normale zahnärztliche Ausbildung hinausgehende chirurgische, insbesondere kieferchirurgische Vorbildung besitzen“

und dass 11,9 % (= 149) in ihrer Praxis öfters Kieferbrüche behandeln.“

Wenn wir also mit 200 kieferchirurgisch über die normale zahnärztliche Ausbildung hinaus geschulten wehrpflichtigen Zahnärzten rechnen dürften, so liesse sich bei minutiöser Zuteilung die personelle Organisation nach den oben angegebenen Grundsätzen durchführen.

Ob wir in der Schweiz wirklich 214 chirurgisch und kieferchirurgisch besonders vorgebildete und 149 öfters Kieferbrüche behandelnde Zahnärzte haben, und welche es sind, wird nun, durch eine neue Umfrage, nochmals klar gestellt. Hoffen wir, dass das Resultat der neuen Enquete es erlauben wird, eine brauchbare feld-kieferchirurgische personelle Organisation für den Fall der Kriegsmobilmachung vorzunehmen.

In diesem Zusammenhang interessiert auch die *Verwendung der Zahntechniker* im Armeesanitätsdienst. Diejenigen von ihnen, welche in Sanitätsformationen eingeteilt sind, stehen ohne weiteres zur Verfügung für die Ergänzung des feldzahnärztlichen Dienstes. In zweiter Linie kommen dafür Hilfsdienstpflichtige in

Betracht. Die im Entwurf bereits vorliegende neue *Verordnung über die Hilfsdienste* sieht die Ausdehnung der Hilfsdienstpflicht bis zum 60. Altersjahr vor. Zum Sanitätshilfsdienst gehören auch die Zahntechniker. Sie stehen neben anderem Berufspersonal (z. B. Röntgentechniker) zur Verfügung des Oberfeldarztes, der sie nach Bedarf auf die Stellen mit feldzahnärztlicher Tätigkeit verteilt.

#### *Das feldzahnärztliche Material.*

Jeder schweizerische Militärzahnarzt trägt in Zukunft unmittelbar auf sich eine *Zahnarzt-Tasche*, mit dem nötigen Material und Instrumenten für erste zahnärztliche Hilfe, auch bei Kieferbrüchen und Kieferschussverletzungen. Etat.

Eine zweite Staffel bildet die sog. *Regiments-Zahnarkiste*, die seit dem Weltkriege ständig verbessert und komplettiert worden ist und die Instrumente für conservierende Zahnbehandlung und für die Zahnextraktionen enthält. Etat.

Die dritte Staffel bildet das zum Teil schon beschaffte, zum grösseren Teil aber noch zu beschaffende *Kieferschienungs- und anderes für den prothetisch-kieferchirurgischen Dienst* bei den verschiedenen Sanitätsformationen notwendige Material, entsprechend dem Standardmaterial der Zahnarzt Tasche.

Eine weitere Materialbeschaffung schon im Frieden, oder gar die Aufstellung von Zahn- und Kieferstationen vor der Kriegsmobilmachung kommt nicht in Frage.

Die Vermehrung des eben erwähnten Ordonnanzmaterials, der Ausbau der Zahn- und Kieferabteilungen in den Militärsanitätsanstalten, sowie der Ausbau der der Armee zur Verfügung stehenden Kieferstationen in Zivilheilanstalten würde sich erst im Aktivdienst durchführen lassen, wobei dann der Artikel 203 der Militärorganisation 1907 in Kraft tritt.

„Im Kriege und im Falle drohender Kriegsgefahr ist jedermann verpflichtet, zum Zwecke der Ausführung militärischer Anordnungen bewegliches und unbewegliches Eigentum der Truppenführung oder der Militärbehörde auf Verlangen zu überlassen. Der Bund leistet hierfür volle Entschädigung.“

#### *Die feldzahnärztliche Ausbildung.*

Viel wichtiger als die Materialfrage erscheint uns zur Stunde die personelle Seite der Angelegenheit und insbesondere die *Ausbildung* des künftigen und zünftigen Militärzahnarztes, soweit er zur prothetisch-chirurgischen Tätigkeit im Felde herangezogen werden muss.

In der *Sanitäts-Offiziersschule* werden die angehenden Militär-



zahnärzte, neben der rein militärzahnärztlichen Ausbildung, gegenwärtig an vier Nachmittagen, von einem Basler Kieferspezialisten über Kieferchirurgie, verbunden mit praktischen Uebungen unterrichtet.

In den *Sanitäts-Rekrutenschulen* und den *Wiederholungskursen* der *Sanitätsformationen* wird jede Gelegenheit benützt, zur Anlegung fachgemässer Kiefernotverbände durch die Militärzahnärzte, entsprechend der feldzahnärztlichen Arbeit auf dem Verbandplatz.

Weiter kann im Militärdienst, weil es sich in der Schweiz um eine Milizarmee handelt, nicht gegangen werden.

Eine vertiefte prothetisch-chirurgische Ausbildung der Zahnärzte überhaupt, ob Zivil oder Militär, muss den *zivilen Instanzen* überlassen werden (zahnärztliche Universitätsinstitute, Standesvereine, militärzahnärztliche Vereinigung usw.).

Die Notwendigkeit einer besseren Ausbildung auf diesem Gebiet wächst insbesondere auch mit der zunehmenden Zahl der Gesichtskieferverletzungen im Strassenverkehr. Unbestritten gross ist das Interesse der Zahnärzte für diese Seite ihrer beruflichen und militärischen Tätigkeit. Das beweisen die nicht seltenen Gesuche junger Zahnärzte für eine Empfehlung an ausländische Kieferstationen (wie Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf, Kieferstation der I. chirurgischen Universitätsklinik Wien, oder Rudolf-Virchow Krankenhaus in Berlin). Vor kurzem wurde in Bern ein Kiefer-chirurgischer Fortbildungskurs, an dem speziell auch militär-zahnärztliche Fragen Berücksichtigung fanden, abgehalten, an dem sich über zwei hundert Zahnärzte beteiligten.

Wenn unsere Zahnärzte auch in allgemein-chirurgischer Beziehung gut ausgebildet werden, so liegt das nur im Interesse des Armeesanitätsdienstes. Wir haben gesehen, wie der Militärzahnarzt oft chirurgisch arbeiten muss (Wundversorgung). Wir können es uns aber auch denken, dass er gelegentlich als einigermassen sachkundiger Gehilfe des Arztes bei anderen als gesichts- und kieferverletzten Patienten tätig ist. Vor einiger Zeit vernahm ich, dass die Militärzahnärzte in Frankreich demnächst theoretisch und praktisch in die Technik der Narkose eingeführt werden. In Deutschland gibt es keine Militärzahnärzte und die Ausbildung und Bereitstellung der notwendigen Zahl von prothetisch-chirurgisch ausgebildeten Zahnärzten für Feld-, Kriegs- und andere Lazarette mit Kieferabteilungen ist dort ein schwieriges Problem. Die Lösung desselben wird auf dem Wege von Fortbildungskursen an den Hochschulen gesucht.

Ich bin am Schlusse meiner Ausführungen angelangt. Wenn

die eidgenössische Armee der Neuzeit auch keine im Kampf um die Heimat vollbrachten Ruhmestaten verzeichnet, so gibt es doch ein Ruhmesblatt auch für sie. Es ist die *freiwillige, ausserdienstliche Tätigkeit* der Wehrmänner. Etwas neues sind die Fach-Fortbildungskurse des qualifizierten Medizinalpersonals mit spezifisch militärischem Einschlag. Die Arbeit, die dort geleistet wird, geschieht zu Nutz und Frommen einer besonders beklagenswerten Kategorie von Verletzten im Frieden wie im Kriege.

---



## VIII. KONGRESS DER ARPA-INTERNATIONALE

und Jahressitzung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Parodontose-Forschung  
in Freiburg (Breisgau) vom 1.—5. August 1939.

---

Der Zeitpunkt für den ARPA-Kongress ist mit Rücksicht auf die Schul- und Universitätsferien sowie auf die kurz vorher (26. bis 31. Juli) im nahen Zürich stattfindende Tagung der FDI gewählt worden. Wir bitten die Kollegen, bei ihren Plänen für den Sommer-Urlaub den Besuch des ARPA-Kongresses schon jetzt berücksichtigen zu wollen.

Der Schwarzwald mit seinen bekannten Schönheiten bietet jede Art von Erholungsmöglichkeiten.

Die *Geschäftsstelle des ARPA-Kongresses* — Freiburg im Breisgau, Rottecksplatz 11 — leitet diesbezügliche Anfragen den zuständigen Verkehrszentralen zu, welche Auskünfte über Erholungsorte, Ausflüge usw. bereitwilligst erteilt und Werbeschriften kostenlos zur Verfügung stellt.

Man fordere baldigst das Kongressheft mit weiteren Einzelheiten von der Geschäftsstelle an!

---

### *Vorläufiges Programm:*

Dienstag, den 1. August.

20 Uhr: Begrüßungsabend im Hotel „Zähringer Hof“. Einladung der Kongressteilnehmer durch den Reichszahnärztesführer Dr. Stuck.

Mittwoch, den 2. August.

10 Uhr: Eröffnungssitzung im Festsaal der Universität.

14 Uhr: a. Geschäftssitzung der ARPA-Internationale.

b. Geschäftssitzung der Deutschen ARPA.

15 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung.

18 Uhr: Gesellschaftliche Veranstaltung für die offiziellen Vertreter der nationalen ARPA-Organisationen.

Donnerstag, den 3. August.

9—12 und 14—17 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung.

20 Uhr: Festessen im Hotel „Zähringer Hof“.

Freitag, den 4. August.

9—12 und 14—17 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung.

Abends keine offizielle Veranstaltung.

Sonnabend, den 5. August.

9—12 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung.

14.30 Uhr: Ausflug in den Schwarzwald mit Kaffee-pause auf dem Feldberg und zwanglosem Zusammensein auf dem Schauinsland.  
Schluss des Kongresses.

*Wissenschaftliche Vorträge*

Haupt-Verhandlungs-Thema:

*Domestikation und Konstitution in Beziehung zur Parodontose.*

- Abb und Van Thiel (Köln): Kasuistischer Beitrag zur Parodontose.
- Bader (Paris): Les Phénomènes électriques dans les tissus.
- Bober (Berlin): Ergebnisse einer konstitutionsanthropologischen Untersuchungsreihe bei Parodontopathien.  
— Vitamin-C-Bestimmungen bei Parodontopathien.
- Branchini (Mailand): C-Avitaminose und Parodontopathien.  
— Parodontopathien und ein opotherapeutisches Präparat.
- Branchetti (Bologna): Thema vorbehalten.
- Brinch (Kopenhagen): Klinische Beobachtungen über die Ätiologie der Stomatitis aphthosa.
- Davidoff (Leipzig): Die neuen Erkenntnisse der Parodontoseforschung und ihre Auswertung für die Phosphornekrose der Kiefer.
- Eisfeld (Frankfurt a. M.): Das systematische Einschleifen des Gebisses nach dem Kalotten-Prinzip.
- Faber (Freiburg): Thema vorbehalten.
- Gross (Köln): Der Zahndurchbruch als Wachstumsvorgang.
- Held (Genf): Zivilisation und Okklusion.
- Hruska (Mailand): Rassische und geographische Bedingtheiten der Parodontose.
- Hilming und Pedersen (Kopenhagen): Über Parodontalverhältnisse und die Abrasion bei rezenten ostgrönländischen Eskimos.
- Hulin (Paris): Le traitement général dans la parodontose pyorrhéique.
- Jaccard (Genf): L'hérédité et la théorie de Weisman vis-à-vis des parodontopathies.
- Kiwimäki (Helsinki): Beobachtungen über die C-Vitamin-Verhältnisse bei der finnischen Bevölkerung.
- Kutzler (Köln): Hormonale Gingivitis.
- Martiny (Stuttgart): Grundsätzliches zur Mund-Hygiene.
- Le Norcy (Rennes): Thema vorbehalten.
- Ottsen (Kopenhagen): Ascorbinsäurebestimmungen im Blutserum und in der täglichen Kost bei stomatologisch untersuchten Krankenschwestern (gemeinsame Untersuchung mit Dr. Lieck und Dr. Brinch).
- Palazzi (Mailand): Über die harten Neubildungen des Parodontiums.
- Palazzi und Bugliari: Experimentelle Untersuchungen über Parodontopathien.



- P e r r i e r** (Genf): Quelques considérations anthropologiques sur le type d'occlusion et son rôle éventuel dans l'étiologie de la parodontose.
- V o n R e c k o w** (Marburg): Das marginale Parodontium und das Röntgenbild.
- R u e t i s h a u s e r** (Genf): Les mâchoires dans le diabète et la nephrite chronique et les maladies du foie.
- S e i p e l** (Stockholm): Strukturverhältnisse des Gesichtsschädels und deren Beziehungen zum Gebiss.
- S i e g m u n d** (Kiel): Über die Rolle des C-Vitamins im Zelleben.  
— Über das Verhalten des Kiefergelenkes bei den verschiedenen Bissformen unter Berücksichtigung der Abrasio.
- T h i e l e m a n n** (Frankfurt a. M.): Mechanische Grundlagen der Parodontose-Ätiologie und -Therapie.
- V a u t h i e r** (Genf): Les tempéraments et la constitution.
- W a d e l** (Hamburg): Die Wasserstoffionen-Konzentration des Tascheninhalts bei Parodontose.  
— Die Kapillarzerreisslichkeit bei Parodontose.
- W e s k i** (Berlin): Die Organstruktur des Odonton.
- Z a n n o n i** (Mailand): Die Devitalisation parodontotischer Zähne in Beziehung zur stomatologischen Infektion.
- Z e r o s i** (Mailand): Verteidigungszellen im Parodontium.

Vortragsanmeldungen sind zu richten an das General-Sekretariat der ARPA Internationale (Priv.-Doz. Dr. A. Held, Genf, Rue Adrien Lachenal 1) und das General-Sekretariat der Deutschen ARPA (Dr. med. O. Weski, Berlin W 15, Kurfürstendamm 210).