

Zeitschrift: ASMZ : Sicherheit Schweiz : Allgemeine schweizerische Militärzeitschrift
Herausgeber: Schweizerische Offiziersgesellschaft
Band: 138 (1972)
Heft: 12

Rubrik: Kritik und Anregung

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 19.01.2026

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

Kritik und Anregung

Anregungen zur Neugestaltung des Sanitätsdienstes in rückwärtigen Stufen

Das Versagen der Militärspitäler in der Grippeepidemie 1918/1919, die Erfahrungen der Grenzbesetzung im Zweiten Weltkrieg und eigene Feststellungen seit 1945 als Sanitätsoffizier, als praktizierender Arzt und als Mitglied einer Spitalbehörde veranlassen mich zum vorliegenden Beitrag.

Es wäre, scheint es mir, an der Zeit, die Konzeption des Sanitätsdienstes im rückwärtigen Sektor neu zu überdenken. Meinen Anregungen liegen folgende Überlegungen zugrunde:

Es ist völlig unmöglich, eine so komplizierte Einrichtung, wie sie heute jedes Spital darstellt, für den Kriegsfall in den Aufgabenkreis des Milizmilitärs zu verlegen. Ein durch Aufgebot einberufenen System von Militärspitalern müßte mit absoluter Sicherheit versagen; ja noch schlimmer: Durch die Einberufung fast sämtlicher Spitalärzte, Schwestern und vieler anderer ziviler Spitalfunktionäre würden bei einer Mobilmachung vorerst sämtliche schweizerischen Zivilspitäler lahmgelegt werden! Es würde dadurch für den Gesundheitsdienst eine Katastrophe ausgelöst werden, der bis jetzt viel zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Eine solche Konzeption ist sinnlos. Schon während des Zweiten Weltkrieges konnten ernsthafte Erkrankungen von Wehrmännern nur durch die Evakuierung in Zivilspitäler erfolgreich behandelt werden. Auf Grund dieser Erkenntnisse sind meines Erachtens von der zuständigen Generalstabsabteilung folgende Konsequenzen zu ziehen:

1. Auch im Krieg kann eine leistungsfähige Spitalversorgung von Volk und Armee einzig dadurch einigermaßen gewährleistet werden, daß die bestehenden zivilen Spitäler weiterhin möglichst ungestört arbeiten können.

2. Aus diesen Gründen ist die Aufstellung der dreißig Spitalabteilungen in neun Spitalregimentern in der Organisation der Stäbe und Truppen grundsätzlich fallenzulassen. Ihre militärische Konzeption ist überholt.

3. Sämtliche an Spitalern oder Polikliniken tätigen Personen sind kriegsdispensieren zu lassen.

4. Für den Einsatz im Kriegsfall wirken die Abteilung für Sanität EMD und das Schweizerische Rote Kreuz gemeinsam an der Erweiterung der Kapazität der Zivilspitäler für deren Einsatz im Kriegsfall mit. Sie stellen zusätzliches Material, Personal und Motorfahrzeuge in kleineren Einheiten den Zivilspitalern zur Verfügung. Insbesondere sind Motortransportkolonnen, Sanitätszüge, Saumkolonnen und Helikopter bereitzuhalten. Darüber hinaus sind Triagestellen und provisorische Sammelstellen für Kranke und Verwundete vorzusehen.

5. Die Truppenärzte müssen sich für ihre Evakuationsfälle auf die erwähnten Sammelstellen, Transportköpfe, Zivilspitäler und Polikliniken abstützen können.

6. Die Territorialkommandos sind dafür besorgt, daß auch im Kriegsfall die Bevölkerung mit der nötigen Anzahl von Ärzten versorgt bleibt. Es sind deshalb auch für frei praktizierende Ärzte die notwendigen Kriegsdispensationen vorzunehmen.

7. Da im Kriegsfall auch der letzte Arzt als solcher benötigt wird, ist darauf zu achten, daß ausnahmslos alle Ärzte mit Staatsexamen unabhängig von militärischer Qualifikation und Dienstgrad in ärztlicher Funktion eingesetzt werden. Kommandanten und Zugführer von Sanitätseinheiten sind aus Zahnärzten, Apothekern und andern Geeigneten zu rekrutieren.

Hptm Walter Nußbaum, Bern

Entgegnung

Seit 1964 hat der Oberfeldarzt in zahlreichen Vorträgen und Artikeln die Notwendigkeit eines koordinierten Sanitätsdienstes Armee/Zivil dargelegt.

Seit April 1968 hat der Oberfeldarzt den bundesrätlichen Auftrag, die Planungs- und Vorbereitungsaufgaben im Bereich des umfassenden Sanitäts- und AC-Schutzdienstes der verschiedenen Instanzen der Bundesverwaltung, der Kantone und größeren Gemeinden zu koordinieren, um rationelle und wirtschaftliche Lösungen zu erzielen und um die Zusammenarbeit der verschiedenen Stellen im Kriegs- und Katastrophenfall sicherzustellen.

Eine erste Auswirkung dieses Auftrages hat der Sanitätsdienst der Armee in Form der ab 1. Januar 1971 gültigen Truppenordnung erfahren. Es sind vier Territorialspitalregimenter mit je drei Territorialspitalabteilungen sowie zwei selbständige Territorialspitalabteilungen gebildet worden, die in erster Linie dazu da sind, bestehende leistungsfähige zivile Spitäler zu verstärken und dadurch zivilen wie militärischen Patienten die entsprechende Behandlung und Pflege zu bieten. In neunundzwanzig Ortschaften über Mittelland und Jura verstreut, stehen diese Sanitätsformationen im Einsatz und bilden sanitätsdienstliche Schwergewichte, die weit über das hinausgehen, was sonst am betreffenden Ort zur Verfügung stehen würde. Dabei werden sowohl die Ärzte als auch das Pflegepersonal eng regional rekrutiert, was natürlich nur schrittweise geschehen kann. Dazu kommen, mehr im Alpenraum verteilt, fünf Spitalregimenter mit je drei Spitalabteilungen.

Diese Formationen haben in Regionen mit wenig und kleinen Zivilspitalern zusätzliche Spitaleinrichtungen zu betreiben, deren Aufgabe es ist, Behandlung und Pflege der Zivilbevölkerung der Umgebung und der sich im Raume befindenden Truppen sicherzustellen und bereit zu sein, transportfähige Patienten aus den Spitalern des Mittellandes und des Juras zur Endbehandlung aufzunehmen, somit als Hospitalisationsreserve zu dienen. Einige von ihnen können sich bereits auf vorzüglich eingerichtete, geschützte Normoperationstrakte mit Frischoperiertenstationen, Röntgen, Labor usw. abstützen. Zudem verfügen die (Territorial-) Spitalabteilungen über neugebildete mobile chirurgische Detachemente zur Verstärkung weiterer ziviler Spitäler, je nach Lage und Bedürfnis. Ein Drittel dieser Spitalformationen ist von vornherein als Reserve auszuscheiden, um personell und materiell in überlasteten Spitalern im Mittelland eingesetzt zu werden.

Zur Bemerkung Hptm Nußbaums über das Versagen der Militärspitäler in der Grippeepidemie 1918/19 zitieren wir die letzten zwei Sätze des Kapitels 6, Sanitätstruppen, aus dem Bericht von General U. Wille an die Bundesversammlung über den Aktivdienst 1914/18:

«Nur der die Etappen-Sanitätsanstalten beschlagende Punkt muß noch berührt werden. Wenn deren Schaffung beanstandet und erklärt wurde, die Mittel der Armee hätten für ihre gehörige

Einrichtung überhaupt nicht hingereicht, so muß dem gegenüber geltend gemacht werden, einmal daß die Zivilspitäler gar nicht im Falle gewesen wären, alle von den Etappen-Sanitätsanstalten behandelten Patienten aufzunehmen, daß also die Etappen-Sanitätsanstalten errichtet werden *mußten*, und sodann die im Bericht der ärztlichen Prüfungskommission festgestellte Tatsache, daß die Heilerfolge der Etappen-Sanitätsanstalten denen der Zivilspitäler vollkommen gleichkamen.»

Personell kann der Armeesanitätsdienst auf Offiziere, Unteroffiziere und Soldaten greifen, die für ihre Aufgabe ihr Bestes zu geben bereit sind. Zugegeben, der Komfort in einem Militärspital wird bescheidener sein. In einem Katastrophenfall werden aber auch in einem Zivilspital wesentlich andere und einfachere Betriebsformen notwendig sein, als dies in den mit modernstem Komfort ausgerüsteten neuen Zivilspitälern in Friedenszeiten der Fall ist. Die Planung im baulichen Sektor des Sanitätsdienstes zieht eine Vielzahl von einfachen Einrichtungen wenigen luxuriösen Präsentierbauten vor. Wir müssen den Equipen auch eine Einarbeitungszeit zugestehen, möglicherweise aber eine kürzere Startphase in Kauf nehmen, weil die Ärzte und das Pflegepersonal die besten beruflichen Voraussetzungen mitbringen. Dazu kommt eine Reihe von Maßnahmen, die bereits vorgängig einer Mobilmachung getroffen werden und hier aus naheliegenden Gründen nicht angeführt sind.

Materiell besteht kein Anlaß zu Bedenken. Einerseits ist der heutige Sanitätsdienst auf allen Stufen unvergleichlich besser ausgerüstet als früher, andererseits stehen zu den über 40 000 Betten in Akutspitälern weitere 30 000 des Armeesanitätsdienstes zur Verfügung. Das Spitalmaterial ist heute in der Nähe des Einsatzortes eingelagert und braucht nur noch im Spitalbereich installiert zu werden. Daß auch hier eine ausgewogene Beschränkung auf das Notwendige beachtet wird, liegt einerseits im großen finanziellen Aufwand begründet und andererseits im Wunsche, mit der Zeit zu gehen und möglichst der raschen Entwicklung des Sanitätsmaterials folgen zu können.

Zur Lage der Spitäler bei Kriegsmobilmachung: Über 320 Spitäler der Schweiz haben Anrecht auf Dienstbefreiung oder Kriegsdispens für ihr Personal, nämlich

Dienstbefreiung (= kein Militärdienst in Frieden und Krieg): für den Spitaldirektor, den ärztlichen Direktor, die Chefärzte für Chirurgie, Gynäkologie und innere Medizin, bei kleineren Spitälern für den Chefarzt und den Verwalter;

Kriegsdispens (= Militärdienst im Frieden, kein Militärdienst im Krieg): für 60 % der Oberärzte, 60 % des Pflegepersonals, 50 % des Betriebspersonals.

Der Einsatz von Ärzten mit Staatsexamen als Kommandanten und Zugführer geschieht nicht aus der Überzeugung, daß dies die einzige Lösung sei. Jedoch ist der Arzt als Kommandant nicht nur Führer, sondern auch Ausbilder seiner Truppe. Die Ausbildung von Sanitätstruppen im fachtechnischen Bereich ist damit bestens sichergestellt. Die bescheidene Zahl an dienstpflichtigen Apothekern finden wir im Rahmen des Sanitätsmaterialdienstes, während ein Großteil der Zahnärzte in langer Spezialausbildung zu Militäranaesthesisten ausgebildet und als solche eingeteilt werden. Daß man aber ganz allgemein heute schon Wissen und Können der Medizinalpersonen vorwiegend im Behandlungs- und Pflegebereich zur Geltung bringen will, bestätigt die in den letzten Jahren eingeführte Funktion von Hospitalisationsoffizieren. Das sind Nichtmediziner, denen der Betrieb und die Ver-

waltung der Militärspitäler übertragen wird, Aufgaben, die sie auf Grund ihrer beruflichen Vorbereitung gut zu lösen imstande sind.

Es kann nicht die Rede davon sein, auf Sanitätsformationen der Armee zu verzichten, solange nicht auf ziviler Ebene ebenbürtiger Ersatz vorhanden und ausgebildet ist. Eine zivile Konzeption des schweizerischen Sanitätsdienstes kann nur auf politischem Wege entstehen und hat die kantonale Hoheit im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Entsprechende Vorbereitungen sind seit Jahren im Gang, wenn auch mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen in den verschiedenen Kantonen. Hier darf auf die Bemühungen des Oberfeldarztes und seiner Mitarbeiter um den Ausbau des zivilen Sanitätsdienstes hingewiesen werden (Katastrophenmedizin, Katastrophenpläne usw.).

Der militärische Basis-Sanitätsdienst verlagert sich mehr und mehr auf die Territorialorganisation unter Beibehaltung von genügend Reserven an Personal und Material sowie an Patiententransportmitteln. Die Planung trägt dieser Entwicklung vollumfänglich Rechnung. Überforderte Einrichtungen, die uns erst die Katastrophe oder der Krieg aufzeigen, sollen mit Einsatzreserven wieder funktionsfähig gemacht werden. Weder der Zivilschutz – da ortsgebunden – noch eine andere zivile Organisation kann in dieser Weise überörtlich wirksam werden. Darum wird auf Sanitätsformationen auf Stufe Armee und Territorialorganisation auch in Zukunft nicht verzichtet werden können.

W. Brunner, Chef Sektion Planung,
Abteilung für Sanität EMD, Bern

Nachbemerkung der Redaktion

Viele unserer Spitäler, und zwar gerade die größten leistungsfähigsten, liegen in großen Städten. Unter Kriegsverhältnissen aber sind beide auf das äußerste gefährdet.

Da außerdem im Krieg der Anfall von Patienten stoßweise erfolgen und unvergleichlich höher sein wird, müssen wir auch aus diesen Gründen zusätzliche Mittel und Einrichtungen bereithalten, die im Hinblick auf die Kriegsverhältnisse nicht in großen Städten placiert sein dürfen.

Die von Hptm Nußbaum verfochtenen Prinzipien sind an sich wohl richtig und sorgfältiger Beachtung wert. Ihnen stehen aber ebenso schwerwiegende Gesichtspunkte gegenüber, die sich aus jeder denkbaren Kriegslage ergeben: ein anderes Spitaldispositiv einerseits und zusätzlich notwendig werdende Mittel andererseits.

E.Sch.

Die sozialistische Wehrerziehung der Schüler ist fester Bestandteil der klassenmäßigen Erziehung. Sie muß unter Beachtung einer interessanten, erlebnisreichen und emotional wirkenden Tätigkeit, differenziert nach den verschiedenen Altersgruppen der Jugend und der Kinder, gestaltet werden. Es geht darum, bei den Schülern die Bereitschaft zu wecken, jederzeit die DDR, den Sozialismus zu verteidigen.

(«Geschichtsunterricht und Staatsbürgerkunde»,
Ostberlin 1971, nach «Zeitbild» Nr. 19/1972, S. 27)
