

Konzept eines nationalen Kriegs- und Katastrophensanitätsdienstes

Autor(en): **Lanz, Rolf**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **144 (1978)**

Heft 1

PDF erstellt am: **19.03.2021**

Persistenter Link: <http://doi.org/10.5169/seals-51616>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Konzept eines nationalen Kriegs- und Katastrophensanitätsdienstes

PD Dr. Rolf Lanz

1. Ablauf und Auswirkungen der meisten Katastrophen haben Gemeinsames und Ähnlichkeiten, also läßt sich ein **Grundkonzept zur Katastrophenbewältigung** aufstellen.

2. **Katastrophenhilfe** kann folglich **vorsorglich organisiert** werden. Am wirkungsvollsten ist die Koordination der auf Grund der Infrastruktur zur Verfügung stehenden Mittel auf **regionaler Ebene**.

3. Im Zentrum der Katastrophenhilfe stehen **Führung und Organisation durch die zivilen Behörden**. Sie erst ermöglichen die medizinische Hilfe.

4. Im Zentrum der individuellen medizinischen Hilfe stehen die Maßnahmen der **Triage** (Sortieren der Verletzten nach Dringlichkeit für Behandlung und Transport) und der **lebensrettenden Noteingriffe**. Im medizinischen Alltag werden diese Funktionen vom **Allgemeinpraktiker** ausgeübt.

5. Im Zentrum der Massenversorgung in der Katastrophensanitätshilfe stehen die **Spitäler als Endbehandlungsstellen**. Spitalkatastrophenpläne regeln vorsorgliche Maßnahmen der ärztlichen, pflegerischen, technischen und administrativen Dienste, durch die eine mehrfache Leistungssteigerung innert Viertelstunden ermöglicht wird.

6. Im **Normalfall** (vor einer Kriegsmobilmachung unserer Armee) erfolgt die Endbehandlung aller Patienten in einem ungewöhnlich dichten und mosaikartig über das ganze Land verteilten Netz ziviler **Akutspitäler** (mit 50 000 oberirdischen Patientenbetten).

7. **Nach einer Kriegsmobilmachung** verfügen nach der heutigen Konzeption 3 Institutionen über Endbehandlungsfunktionen:

- die kantonalen Gesundheitsbehörden über die Zivilspitäler (mit oder ohne geschützte Operationsstellen «GOPS»),
- der Zivilschutz (der Gemeinden) über Notspitäler.

Diese beiden Kategorien verfügen zusammen über 50 000 unterirdische Patientenplätze im Endausbau.

– die Armee über Territorial- und Basisspitäler mit zusätzlichen 20 000 Patientenplätzen.

8. Die Zivilspitäler werden durch eine Kriegsmobilmachung personell erheblich geschwächt. Zur Zeit sind nach der geübten Praxis bei **privilegierten Spitälern** (z. B. mit einer GOPS) **höchstens 60% Kriegsdispensationen** bezogen auf das Gesamtpersonal möglich.

9. Die **Armeespitäler** haben keine praktische Erfahrung mit eigentlichen Notfallpatienten. Ihre Installationen sind meist behelfsmäßig (z. B. Schulhäuser) und nur ein kleiner Teil der Liegestellen ist voll geschützt.

10. Bei den **Notspitälern** des Zivilschutzes klaffen sowohl personell wie ausbildungsmäßig große Lücken.

11. Da die Endbehandlungsstellen im Kriegs- und Katastrophenfall die **Schlüsselstellung für die Überlebenschance** Verletzter darstellen, müssen in einem nationalen Kriegs- und Katastrophensanitätsdienst in erster Linie die **zivilen Akutspitäler** nicht nur nicht geschwächt, sondern **verstärkt werden**.

12. **Prioritäten** bei der Erstellung weiterer GOPS sollten auf spitalgeographische Bedürfnisse ausgerichtet werden.

13. Die massive Reduktion der Allgemeinpraktiker (Triage) und die empfindliche Schwächung der Leistungsfähigkeit der Akutspitäler (Endbehandlungsfunktion) durch den **hohen Mobilisierungsgrad des Armeesanitätsdienstes** verunmöglichen das im Grundkonzept des koordinierten Sanitätsdienstes (KSD) verlangte Ziel «die Leistungsfähigkeit der sanitätsdienstlichen Infrastruktur in allen strategischen Fällen nicht zu beeinträchtigen».

14. Eine **rasche Neuüberprüfung der bestehenden Konzeption** ist dringlich. Die Aufgabe «Endbehandlungsfunktion» kann ein Zivilspital in allen strategischen Fällen nur erfüllen, wenn sein Personal zu 100% kriegsdispensiert ist und es außerdem je nach möglichen Auflagen (z. B. Auswanderung

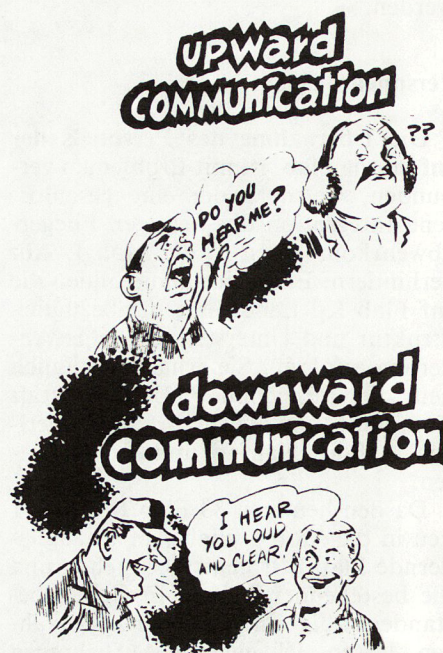
von ausländischem Personal) zusätzlich verstärkt wird. Volk, Behörde – sowie Milizarmee, die rasch mobilisiert – müssen sich auf eine jederzeit eingespielte leistungsfähige sanitätsdienstliche Infrastruktur verlassen können.

15. Hauptaufgabe des **Bundesamtes für Zivilschutz** wäre demnach der normierte Bau und die Ausrüstung der unterirdischen Anlagen nach einem einheitlichen nationalen Konzept.

16. Hauptaufgabe der **Abteilung für Sanität (ASAN)** bleibt die Ausbildung möglichst vieler Ärzte und des Sanitätspersonals.

17. Eine übergeordnete enge Koordination dieser beiden Amtsstellen und die reibungslose Integration in die bestehenden Infrastrukturen sind Voraussetzungen für einen wirklichkeitsnahen und effizienten nationalen Sanitätsdienst in Krieg und Katastrophe. **Die Lösung liegt nicht im Koordinieren des Auseinandergerissen, sondern im Nichtauseinanderreißen des Funktionierenden.**

(Thesen und Schlußfolgerungen aus dem Fragebogen des Verbandes Schweizerischer Krankenanstalten zur Erhebung der Katastrophenbereitschaft der Schweizer Spitäler.) ■



Aus der amerikanischen Heeresvorschrift FM 22-100 «Military Leadership» (siehe ASMZ Nr. 5, 6, 7/8 1977)