

Sanitätsdienste im internationalen Vergleich

Autor(en): **Stöckli, Guido**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **157 (1991)**

Heft 2

PDF erstellt am: **25.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-60985>

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.

ERSCHLOSSEN EMDOK

MF 389 1 225

Sanitätsdienste im internationalen Vergleich

Guido Stöckli

Jüngste Konflikte und Kriege zeigen, dass dem Sanitätsdienst ständig eine grössere Bedeutung zukommt. Die Kampfberbereitschaft und -moral der Truppe wird zunehmend von der Leistungsfähigkeit des Sanitätsdienstes mitbestimmt.

Der vorliegende Artikel vergleicht organisatorische, materielle und personelle Belange von fünf ausländischen Armeesanitätsdiensten mit demjenigen der Schweiz. Dabei wird auch das Modell eines koordinierten Sanitätsdienstes der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt.



Guido Stöckli,
Weidstr. 3, 3184 Wännwil;
Instruktionsoffizier beim
Bundesamt für Sanität;
Kommandant San RS 266,
Major, Kdt San Bat 5
der Territorialzone 2.

Einleitung

Die Schweiz besitzt im Frieden einen sehr gut ausgebauten Gesundheitsdienst. Der Ausbildungsstand der Ärzte und des Pflegepersonals sowie die Spitaleinrichtungen wird trotz gewisser Kritiken als modern und leistungsfähig anerkannt.

Um auch im Ernstfall die Behandlung und Pflege der Patienten zu ermöglichen, erarbeiteten in den 70er Jahren die Kantone, der Zivilschutz, die Armee sowie das Schweizerische Rote Kreuz und der Schweizerische Samariterbund das Konzept «Koordinierter Sanitätsdienst», welches den koordinierten Einsatz von Personal, Material und Einrichtungen vorsieht. Das Konzept enthält klare Grundsätze für die Zusammenarbeit und belässt den Partnern ihre angestammte Souveränität.

Organisationskriterien

Folgende Gegebenheiten, Annahmen oder Forderungen bedingen die Organisation des Sanitätsdienstes in allen Ländern:

- medizinisch bedingte Fristen, die für das Überleben der Patienten von entscheidender Bedeutung sind,
- voraussichtlicher Patientenanzahl, der von den eingesetzten Truppen und Waffen sowie der Kampfintensität abhängt und sehr unterschiedlich sein kann,
- geforderter Standard des Sanitätsdienstes,
- Zusammenarbeit zwischen dem zivilen und militärischen Sanitätsdienst,
- Personal, das für die Behandlung und Pflege der Patienten zur Verfügung steht,
- Transportdistanzen zu den sanitätsdienstlichen Einrichtungen,
- Transportmittel, die für den Pa-

tiententransport eingesetzt werden können,

- Sanitätsmaterial, das für die Behandlung und Pflege der Patienten zur Verfügung steht.

Bedrohung im sanitätsdienstlichen Bereich

Die kriegerischen Auseinandersetzungen im Nahen Osten und in Vietnam haben deutlich gezeigt, dass den Sanitätsdiensten ständig grössere Bedeutung zukommt. Die Zivilbevölkerung wird durch diese Konflikte ebenso betroffen wie die Angehörigen der Streitkräfte.

Die ermutigende Entwicklung der Entspannung der letzten Monate darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass nach wie vor überall in der Welt Katastrophen verheerende Zerstörungen anrichten, in vielen Ländern Konflikte mit Waffengewalt gelöst und täglich zahlreiche Menschen Opfer solcher Geschehnisse werden. Die Bedrohung im sanitätsdienstlichen Bereich äussert sich, vor allem im Verteidigungs- und Katastrophenfall, durch eine viel grössere Anzahl von Patienten mit besonderen Verletzungen und durch andere Arbeitsbedingungen als im Normalfall.

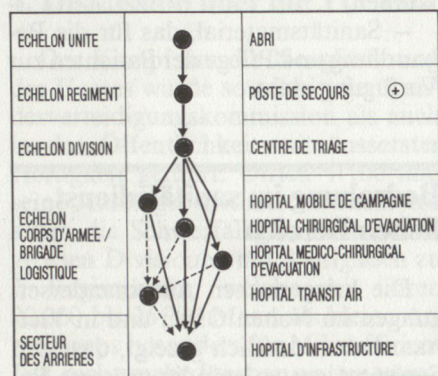
Es muss damit gerechnet werden, dass im Vergleich zu Friedenszeiten innerhalb von 24 Stunden:

- dreimal mehr Patienten Spitalpflege benötigen,
- fünfmal mehr Patienten chirurgisch behandelt werden müssen, insbesondere Mehrfachverletzte,
- zehnmal mehr Notfälle eingeliefert werden.

Dieser Mehrbelastung der Sanitätsdienste stehen erschwerende Arbeitsbedingungen gegenüber:

- Die sanitätsdienstliche Tätigkeit wird in geschützten, unterirdischen oder improvisierten Einrichtungen ausgeübt.
- Die Verhütung von Infektionen ist erschwert.
- Der Sanitätsdienst muss von vielen sanitätsdienstlichen Laienpersonen versehen werden.
- Das Personal muss sich an einen Arbeitsrhythmus und eine Arbeitsdauer gewöhnen, die weit über dem gewohnten Mass liegen.
- Die Auswahl an Sanitätsmaterial und pharmazeutischen Produkten ist eingeschränkt.

Französische Armee



Die Patientenwege im Vergleich

In der französischen Armee führt der Patientenweg vom Abri über den Poste de secours, das Centre de triage in ein Hôpital mobile de campagne, ein Hôpital chirurgical d'évacuation und von hier allenfalls über ein Hôpital transit air in ein Hôpital de l'infrastructure.

Im Abri der Einheit wird von der Truppe oder von Sanitätshelfern Erste Hilfe geleistet.

Auf Stufe Regiment werden 1–4 Postes de secours (Sanitätshilfsstellen) eingerichtet. Hier erhalten die Patienten die dringliche Behandlung durch einen Arzt.

Der Poste de secours wird je nach Regiment von 1–4 Ärzten, 1 Apotheker und 1 Zahnarzt sowie 7–18 Uof und Soldaten betrieben.

Im Centre de triage der Divisionen werden die Patienten nach den Behandlungsdringlichkeiten triagiert und für den Weitertransport vorbereitet.

Die Brigade logistique, die am besten mit unserer Territorialzone verglichen werden kann, richtet mit ihren Sanitätsformationen im Korpsraum verschiedene Spitäler ein, von denen es vier verschiedene Typen gibt.

Das Hôpital de transit air wird bei Flugplätzen eingerichtet und dient der Behandlung und Pflege von Patienten höchster Dringlichkeit und dem Verlad von Patienten, die mit Flächenflugzeugen weitertransportiert werden.

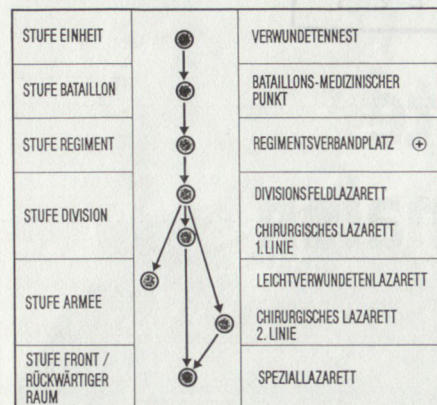
Sie werden im Korpsraum zirka 25–150 km hinter der Front eingerichtet.

Die Patienten 2. und 3. Dringlichkeit werden in die Hôpitaux d'infrastructure, das heisst in die Zivilspitäler im rückwärtigen Raum, weitertransportiert.

Der Patient durchläuft in der Regel 5–6 Etappen bis zur definitiven Endbehandlung.

Der Sanitätspersonalbestand beträgt 4% des gesamten Personalbestandes der französischen Armee.

Russische Armee



Im russischen Armeesaniatsdienst führt der Weg des Patienten vom Ort der Verwundung über das Verwundetennest, den «Bataillons-Medizinischen Punkt» und den Regimentsverbandplatz in ein Feldlazarett der Division und weiter in ein Chirurgisches Lazarett der 1. oder 2. Linie oder in ein Lazarett für Leichtverwundete oder ein Speziallazarett für Schwerverwundete.

Die Erste Hilfe wird am Ort der Verwundung im Verwundetennest der Einheit durch den Verletzten selbst, durch andere Truppenangehörige oder einen Sanitäter, einen Sanitätsunteroffizier oder Sanitätsinstruktor durchgeführt.

Auf dem «Bataillons-Medizinischen Punkt» wird vorärztliche Hilfe geleistet. Er wird von einem Feldscher und 2–7 Sanitätssoldaten betrieben.

Die erste ärztliche Hilfe wird durch die Ärzte des Regimentsverbandplatzes geleistet. Für die Einrichtung und den Betrieb des Regimentsverbandplatzes steht eine Regiments-Sanitätskompanie bestehend aus 1 Arzt, 2 Feldschern und 7–22 Unteroffizieren und Soldaten zur Verfügung.

Im Divisionslazarett wird qualifizierte medizinische Hilfe geleistet. Es wird vom Sanitätsbataillon der Division betrieben und weist 100 Liegeplätze auf und liegt 20–35 Kilometer hinter der Front.

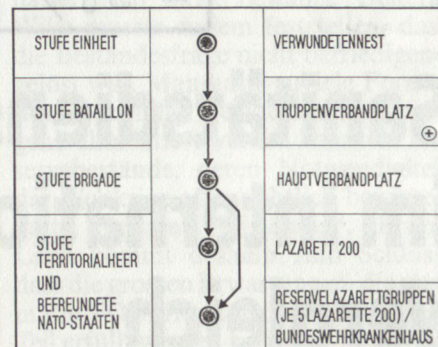
Qualifizierte chirurgische und medizinische Hilfe wird auch in den Chirurgischen Lazaretten der 1. und 2. Linie geleistet. Die Chirurgischen Lazarette der 1. Linie werden im rückwärtigen Raum der Division, jene der 2. Linie im Armeeraum eingerichtet.

Die Distanz vom Ort der Verwundung bis in die Einrichtung, wo der Patient die erste Spitalbehandlung erhält, beträgt zirka 120 Kilometer je nach Lage.

Der russische Patient durchläuft 5–6 Etappen bis zur Endbehandlung.

Der Sanitätspersonalbestand beträgt zirka 3,8% des gesamten Personalbestandes der russischen Armee.

Bundeswehr



⊕ Standort des ersten Arztes

Bei der deutschen Bundeswehr verläuft der Weg des Patienten vom Ort der Verwundung über das Verwundetennest, den Truppenverbandplatz in ein Lazarett und von hier in ein Lazarett einer Reservelazarettgruppe oder in ein Bundeswehrkrankenhaus.

Im Verwundetennest der Einheit wird Selbst- und Kameradenhilfe geleistet. Sie erfolgt durch die Truppe selbst und die im Sanitätsdienst besonders ausgebildeten Helfer im Sanitätsdienst, wobei in den Einheiten pro 50 Mann einer als Helfer im Sanitätsdienst ausgebildet wird.

Die erste ärztliche Hilfe erhalten Patienten auf dem Truppenverbandplatz des Bataillons. Er wird von 1 Arzt und einer Gruppe von 8 Mann betrieben und kann innert 24 Stunden 40–50 Patienten behandeln und pflegen.

Auf dem Hauptverbandplatz der Brigade oder Division erfolgt die erste chirurgische Versorgung. Er wird von einer Sanitätskompanie des Sanitätsbataillons der Division eingerichtet und besteht aus 2 Operationsgruppen und 2 Pflegergruppen mit 28 Betten. Die Behandlungskapazität liegt bei 45 chirurgischen Behandlungen pro Tag.

Die Lazarette des Territorialheeres führen dringliche chirurgische Eingriffe durch und stellen die Transportfähigkeit der Verwundeten für den Transport in die abschliessend behandelnden sanitätsdienstlichen Einrichtungen her.

Die Reservelazarettgruppen des Territorialheeres mit je 5 Lazaretten zu 3 Operationsgruppen und 200 Betten bilden den Hauptteil der pflegerischen Kapazität.

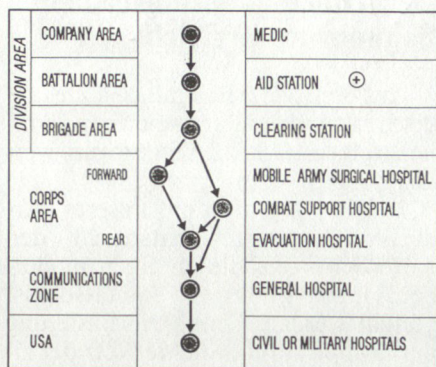
Die vorhandenen Bundeswehrkrankenhäuser sind Schwerpunkte der Kriegschirurgie, insbesondere während der ersten Kampfhandlungen, wenn die Lazarette noch im Aufbau begriffen sind.

Als Distanz für den Patiententransport vom Ort der Verwundung bis ins Basissspital werden 50 bis 300 Kilometer angegeben.

Beim Sanitätsdienst der Bundeswehr durchläuft der Patient normalerweise 4 bis 5 Etappen.

Der Sanitätspersonalbestand beträgt 8% des gesamten Personals der Bundeswehr.

Amerikanische Armee



In der amerikanischen Armee führt der Patientenweg vom Ort der Verwundung über den Aidmen, die Aidstation, die Clearingstation in ein Combat Support Hospital oder ein Mobile Army Surgical Hospital und weiter in ein Evacuation Hospital oder direkt in ein General Hospital der Communication Zone. Wenn nötig, werden die Patienten in ein Zivil- oder Militärspital in den Vereinigten Staaten weiter transportiert.

Im Aidmen der Einheit, zu vergleichen mit unserem Verwundetennest, wird von der Truppe selbst oder den Aidmen, Angehörigen der Sanitätstruppen, Erste Hilfe geleistet. Den Füsilierkompanien wird im Einsatz ein Aidmen pro Zug zugeteilt.

Die dringende ärztliche Behandlung erfolgt auf der Aidstation des Bataillons, die unserer Sanitätshilfsstelle entspricht.

Die Distanz vom Ort der Verwundung bis in die Einrichtung, wo der Patient die erste Spitalbehandlung erhält, beträgt 25 bis 50 Kilometer.

Den Divisionen werden für die Basisierung in der Regel ein Mobile Army Surgical Hospital, ein Combat Support Hospital und zwei Evacuation Hospitals zugeteilt, was 20 Operationstischen und 1060 Betten entspricht. Wenn wir annehmen, dass pro Operationstisch in 24 Stunden 24 Patienten operiert werden können, ergibt dies eine Kapazität von 480 Operationen pro Tag.

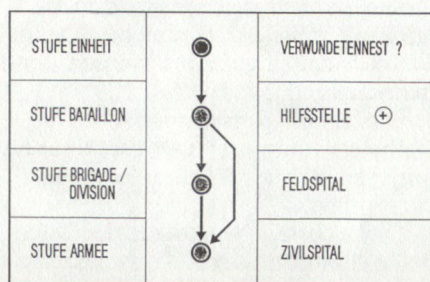
Im General Hospital in der Communication Zone und den militärischen und den zivilen Spitälern in den Vereinigten Staaten erfolgt wenn nötig die definitive Behandlung der Patienten.

Das General Hospital, für dessen Betrieb 37 Ärzte, 4 Zahnärzte und 143 Krankenschwestern zur Verfügung stehen, umfasst 1000 Betten.

Der Patient durchläuft insgesamt 6–7 Etappen. Dies erfordert eine gute Führung und leistungsfähige Transportmittel.

Der Sanitätspersonalbestand beträgt 4,5% des gesamten Personalbestandes der amerikanischen Armee.

Israelische Armee



Bei der israelischen Armee verläuft der Patientenweg vom Ort der Verwundung über die Hilfsstelle und das Feldspital in ein Zivilspital.

Auf Stufe Einheit wird Selbst- und Kameradenhilfe geleistet. Jeder Einheit sind 4 Sanitätsunteroffiziere, einer pro Zug, zugeteilt.

Auf der Hilfsstelle des Bataillons erfolgt die erste Triage und die Erstellung der Transportfähigkeit der Patienten für den Weitertransport. Das Bataillon verfügt über einen Sanitätszug mit 2 Ärzten und 30 Unteroffizieren und Soldaten sowie über 4 gepanzerte Sanitätsfahrzeuge.

Im Feldspital der Brigade oder Division werden die 2. Triage und die ersten chirurgischen Eingriffe vorgenommen. Das Feldspital wird vom Sanitätsbataillon der Division eingerichtet. Es hat einen Personalbestand von 290–385 Personen.

Die definitive Behandlung der Patienten erfolgt in den militärischen Zivilspitälern.

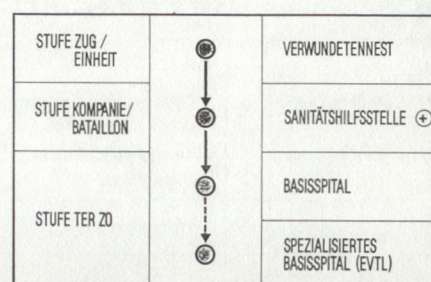
Der Patientenweg bei der israelischen Armee führt über 4 Etappen, doch wird je nach Situation von diesem Konzept stark abgewichen.

Der Sanitätspersonalbestand beträgt 9,5% des gesamten Bestandes der israelischen Armee.

Im Libanonkrieg wurde jede Kampfeinheit von 2 gepanzerten Sanitätsfahrzeugen begleitet. In einem befand sich ein Arzt mit einer Sanitätsequipe, im anderen eine chirurgische Equipe. Die erste ärztliche Hilfe und die ersten chirurgischen Massnahmen wurden auf dem Gefechtsfeld vorgenommen. Das Gros der Patienten wurde vom Gefechtsfeld mit Helikoptern direkt ins Zivilspital transportiert. Jeder Helikopter, der über dem Gefechtsfeld eingesetzt wurde, konnte für den Patiententransport abgerufen werden.

Die israelische Armee betreibt keine Militärspitäler. Sie übergibt alle Patienten, die einer Spitalbehandlung bedürfen, den Zivilspitälern, die im Kriegsfall militärisiert werden.

Schweizerische Armee



⊕ Standort des ersten Arztes

Bei der schweizerischen Armee führt der Patientenweg vom Ort der Verwundung über das Verwundetennest und von dort über die Sanitätshilfsstelle ins Basisspital.

Im Verwundetennest wird durch die Zugssanitäter die Erste Hilfe geleistet. Die Zugssanitäter sind Doppelfunktionäre der Armee, die nicht den Sanitätstruppen angehören, aber eine zusätzliche Ausbildung in Erster Hilfe erhalten haben. Innerhalb der Kompanie werden 10–15% des Bestandes als Zugssanitäter ausgebildet.

In den Sanitätshilfsstellen, die bei den Kampftruppen in der Regel auf Stufe verstärkte Kompanie, bei den übrigen Formationen auf Stufe Bataillon eingerichtet werden, erfolgt die Erstbehandlung durch den Arzt. Hier werden die Noteingriffe ausgeführt und die Transportfähigkeit des Patienten erstellt. Die Sanitätshilfsstelle ist in der Lage, innert 24 Stunden 50 Patienten aufnehmen zu können. Sie wird in der Regel von 2 Ärzten, 1 Unteroffizier und 7 Sanitätssoldaten betrieben.

Patienten, die einer Spitalbehandlung bedürfen, werden von der Sanitätshilfsstelle in ein Basisspital weitertransportiert. Die Sanitätshilfsstellen der Truppe basieren auf rund 180 zivilen und 40 militärischen Basisspitälern.

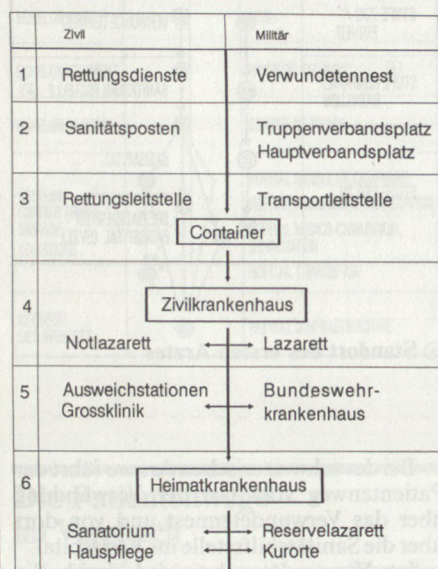
Im Rahmen des Koordinierten Sanitätsdienstes kann die Schweiz 40 000 Betten und 420 Operationstische in zivilen und 20 000 Betten und 160 Operationstische in militärischen Basisspitälern bereitstellen.

Der Patientenweg bei der schweizerischen Armee führt in der Regel über 3 sanitätsdienstliche Etappen.

Die Distanz zwischen Verwundetennest und Basisspital beträgt im Durchschnitt 25 Kilometer.

Der Sanitätspersonalbestand beträgt 7,6% des gesamten Personalbestandes der schweizerischen Armee.

Modell eines KSD für die BRD



In der Bundesrepublik Deutschland gibt es bisher keine offizielle Koordination zwischen dem zivilen und dem militärischen Sanitäts- und Gesundheitswesen. Die Diskussion einer koordinierten Zusammenarbeit in diesem Bereich ist angelaufen. Das unten vorgestellte Modell eines Koordinierten Sanitätsdienstes stammt aus der Feder des Oberfeldarztes d.R. Dr. R. Schultze. Die aufgezeigten Möglichkeiten bilden die Grundlagen zu weiteren Überlegungen, sollen das Problembewusstsein entwickeln und die Diskussion anregen.

Die erste Ebene ist der Ort der ersten sanitätsdienstlichen Hilfe.

Auf der zweiten Ebene erfolgen die erste notärztliche Versorgung sowie die erste chirurgische Sichtung von Schwerverwundeten. Während für diese Tätigkeiten auf der militärischen Seite der Truppenverbandsplatz und der Hauptverbandsplatz vorhanden sind, fehlt auf der zivilen Seite die entsprechende vorstationäre Einrichtung.

Auf der dritten Ebene erfolgt die gezielte Verteilung der Verwundeten auf benachbarte Sanitätseinrichtungen. Hier beginnt die eigentliche zivil-militärische Zusammenarbeit. Der Einsatz von Containern bezweckt zeitgerechte Verlegungen und Transporte. Die Transportleitstelle (Stufe Division) als entsprechendes Korrelat zur zivilen Rettungsleitstelle existiert noch nicht.

Die vierte Ebene ist die operative Versorgung, welche grundsätzlich in ortsfesten Einrichtungen erfolgen soll. Wenn die Kapazität von bestehenden Krankenhäusern nicht ausreicht, müssen Notlazarette, nach dem Muster der militärischen Lazarette, eingerichtet werden. Um einen sinnvollen

Schutzgrad zu erreichen, ist auch für diesen Bereich der Einsatz von Containern, welche z.B. in bestehende Tiefgaragen eingefahren werden können, angezeigt.

Die Ebene der chirurgischen Spezialbehandlung ist in Grosskliniken und den Bundeswehrkrankenhäusern vorgesehen.

Die sechste Ebene dient der Nachbehandlung und der Rekonvaleszenz.

Folgerungen

Alle Sanitätsdienste haben grundsätzlich die gleiche Aufgabe: den Patienten so rasch als möglich die für das Überleben erforderliche Behandlung und Pflege zukommen zu lassen.

Die westlichen Divisionen sind mit Sanitätspersonal ähnlich dotiert wie die Schweizer Armee. Es ist aber unterschiedlich zugeteilt. Die Schweizer Armee hat das Sanitätspersonal den Bataillonen und Kampfregimentern (Stufe Truppe) sowie der Stufe Basis zugeteilt. Die anderen Armeen verfügen auch auf Stufe Division über sanitätsdienstliche Mittel.

Die Armeen mit vorwiegend oder ausschliesslich defensiven Kampfaufträgen und geringer räumlicher Tiefe wie die Bundeswehr, die israelische oder die Schweizer Armee verfügen nur über ortsfeste Spital-einrichtungen. Die amerikanische und russische Armee besitzen mobile Spitäler, die den Bewegungen der grossen Kampfverbände folgen können.

Die Bereitstellung der erforderlichen Patientenbetten in Zivilspitälern ist um so schwieriger, je grösser der Anteil der Truppe an der Bevölkerung ist. Die israelische Armee, die keine Militärspitäler betreibt, hatte während beider Kriege grösste Schwierigkeiten, die Patienten in den militarisierten Zivilspitälern unterzubringen. Der Patientenansturm konnte nur bewältigt werden, weil die Zivilbevölkerung von den Kampfhandlungen weitgehend verschont blieb.

Die Durchführung der sanitätsdienstlichen Transporte stellt jede Armee vor grosse Probleme. Schwierig sind vor allem der Abtransport der Patienten aus dem Gefechtsfeld, die zeitgerechte Verteilung der Patienten auf die freien Operationstische in den Divisions- und Korpsräumen und die Organisation der Transporte über die offenen, nicht zerstörten Transportwege.

Der Armeesanitätsdienst der Schweiz im Vergleich

Aus dem Vergleich mit den ausländischen Armeesanitätsdiensten können folgende Schlüsse gezogen werden:

1. Die Organisation unseres Armeesanitätsdienstes entspricht den Anforderungen, die an einen modernen, leistungsfähigen Sanitätsdienst gestellt werden. Durch die Basierung der Truppe auf das dichte Netz der zivilen und militärischen Basisspitäler werden kurze Transportstrecken erreicht.

2. Die Truppensanität ist so geplant, dass im Einsatz jeder verstärkten Kampfeinheit des Auszuges eine Sanitätshilfsstelle mit zwei Ärzten zugeteilt werden kann. Es gibt keine Armee, welche die Ärzte in grösserer Zahl näher zur Truppe bringt. Gesamthaft verfügt die Stufe Truppe über das nötige Personal und Material, um rund 1500 Sanitätshilfsstellen einrichten zu können.

3. Das Sanitätsmaterial der Schweizer Armee entspricht den Anforderungen an einen modernen Sanitätsdienst in bezug auf Qualität und Quantität.

4. In bezug auf den Bau geschützter sanitätsdienstlicher Einrichtungen nehmen wir weltweit eine Sonderstellung ein, auch wenn das angestrebte Ziel noch nicht erreicht ist.

Ein Problem ist das fehlende weibliche Pflegepersonal in den Rotkreuzformationen, wo Unterbestände bis zu 70% vorhanden sind.

5. Die Ausbildung der Sanitätssoldaten und Spitalsoldaten wurde in den letzten Jahren stark verbessert und entspricht dem Standard der anderen Armeen.

6. Für den Transport von Patienten auf dem Gefechtsfeld fehlen uns geländegängige und gepanzerte Sanitätsfahrzeuge.

7. Die im Koordinierten Sanitätsdienst vorgesehene enge Zusammenarbeit der Partner (zivil/militär) ist für uns die geeignetste Antwort auf die Bedrohung im sanitätsdienstlichen Bereich.

Ausblick

Im Einsatz kann jeder verstärkten Kampfeinheit des Auszuges eine Sanitätshilfsstelle mit zwei Ärzten zugeteilt werden. Gesamthaft verfügt der Sanitätsdienst Stufe Truppe über das nötige Personal, um rund 1500 Sanitätshilfsstellen einrichten zu können.



Diese Leistung kann jedoch nur erbracht werden, wenn genügend Ärzte auf Stufe Truppe eingeteilt werden können. Die Tendenzen sprechen dagegen, weil sich immer mehr Ärzte dagegen wehren, aus beruflichen und andern Gründen eine Offiziersschule zu absolvieren. Die Ärztinnen kommen für den Militärdienst nicht in Frage, wenn sie sich nicht freiwillig zum Rotkreuzdienst melden.

Die Ausbildung der Sanitätssoldaten muss vermehrt praxisbezogen erfolgen, das heisst mit einer gewissen Erfahrung mit wirklichen Patienten. Es ist nicht einzusehen, weshalb ausgerechnet Dienstverweigerern dieser Einsatz vorbehalten bleiben soll.

Die Auslese bei den Sanitätsoffiziersaspiranten muss strenger erfolgen. Junge Sanitätsoffiziere sollten hingegen bei der beruflichen Ausbildung nicht benachteiligt werden.

Die heutigen militärischen Basis-spitäler sind in organisatorischer und baulicher Hinsicht anspruchsvoll. Die Sanitätstruppen der Stufe Basis müssten vermehrt die im Ernstfall betriebenen zivilen Basisspitäler an Ort und Stelle personell, materiell und einrichtungsmässig verstärken.

Im Rahmen der Armee 1995 ist ein kombiniertes Schweizerisches Basis-spital anzustreben mit ungefähr 250 Betten und 2 bis 3 Operationstischen. Diese Basisspitäler müssten turnusgemäss durch WK-Truppen, in Zusammenarbeit mit dem zivilen Personal, betrieben werden. Die Realisierung eines eigenen Armeekrankenhauses (analog der Bundeswehrkrankenhäuser) sollte aufgenommen und in die Planung der Armee 95 einbezogen werden.

Die Schweizer Armee besitzt kein funktionierendes sanitätsdienstliches

Element für den Katastropheneinsatz analog den Luftschutztruppen. Das Schweizerische Katastrophenhilfs-korps untersteht nicht dem EMD. Andere Armeen haben solche Katastrophenhilfskorps z.B. Frankreich. Die Schweiz wurde bis heute verschont von grossen Umweltkatastrophen mit Gefährdung der Zivilbevölkerung. Gerade in diesen Belangen könnte der Armeesanitätsdienst seine Leistungsfähigkeit unter Beweis stellen mit einem schnellen sanitätsdienstlichen Eingreifelement. Es sollten nicht nur Auslandseinsätze erfolgen (Namibia), vielmehr sollte das zivile Gesundheitswesen im eigenen Lande unterstützt werden.

Aufgrund der Vergleiche der Sanitätsdienste ausländischer Armeen bin ich überzeugt, dass wir über einen funktionierenden Armeesanitätsdienst verfügen. Wir dürfen jedoch nicht stehenbleiben in der Weiterentwicklung, vor allem in der Vorbereitung des Koordinierten Sanitätsdienstes. Die Armee 1995 bietet uns gute Chancen, dies zu tun.

Literaturverzeichnis

– BASAN, Behelf für den Koordinierten Sanitätsdienst

– Stöckli G., Die Entwicklung des schweizerischen Armeesanitätsdienstes 1847–1987, Diplomarbeit ETH Zürich, Abteilung für Militärwissenschaften. 1988/Leitung Dr. H. R. Fuhrer.

– BASAN, Regl 59.20, Führung im Sanitätsdienst.

Regl 59.21, Sanitätsdienst Stufe Truppe.

Regl 59.22, Organisation und Einsatz der Sanitätsformationen der Basis.

Regl 51.20, Truppenführung 82.

Aus den Reglementen

Jeder Angehörige der Armee muss wissen, wo sich die nächste sanitätsdienstliche Einrichtung befindet.

Regl 59.20 Ziff 35

Die Planung auf dem Gebiet des Sanitätsdienstes bildet einen Teil der Kampfplanung. Die Sanitätsdienstchefs haben die operativen und taktischen Absichten der Führung mit den Möglichkeiten und Erfordernissen des Sanitätsdienstes zu vergleichen. Sie haben jedoch nachdrücklich darauf hinzuweisen, wenn eine ausreichende sanitätsdienstliche Versorgung nicht möglich ist.

Regl 59.20 Ziff 39

Der Begriff «Patient» umfasst alle Verwundeten und Kranken, Militär- und Zivilpersonen beiderlei Geschlechts, jeden Alters und aller Nationalitäten.

Regl 59.20 Ziff 13

Der Einheitskommandant regelt die Organisation des Sanitätsdienstes im Einsatzbefehl. Er ist verantwortlich, dass jeder Angehörige der Einheit den Standort des Verwundetennestes und der Sanitätshilfsstelle kennt.

Regl 59.6 Ziff 8

Jeder Patient muss spätestens 6 Stunden nach der Verletzung/Erkrankung ins Basisspital eingeliefert werden können. Das bedeutet für die Einheit, dass sie zu jeder Zeit – tagsüber und nachts – für Patiententransporte bereit sein muss. Unter Vorbehalt des Auftrages seiner Einheit und seines taktischen Entscheids muss der Kommandant auf schnelle Patiententransporte grösstes Gewicht legen.

Regl 59.6 Ziff 27

Aufgaben des Sanitätsdienstes sind die Bergung, der Transport, die Untersuchung, die Behandlung und die Pflege der Patienten sowie die Gesunderhaltung der Truppe.

TF 82 51.20 Ziff 81