

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

**Herausgeber:** Schweizerische Offiziersgesellschaft

**Band:** 143 (1977)

**Heft:** 4

**Artikel:** Der Sanitätsdienst der Armee : einer der Partner im Koordinierten  
Sanitätsdienst

**Autor:** Huber, André

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-50926>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **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. [Voir Informations légales.](#)

### **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. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 22.01.2025

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



# Der Sanitätsdienst der Armee – einer der Partner im Koordinierten Sanitätsdienst

Divisionär André Huber

**Aus den Aufgaben des Armeesanitätsdienstes ergibt sich die Mitwirkung im Koordinierten Sanitätsdienst. Dabei sind drei Stufen möglich, aber in der ersten und zweiten Stufe besteht eine zeitliche Einschränkung. Durch Demonstrationen kann sich das Sanitätskader der Armee eine Vorstellung über die sanitätsdienstlichen Einrichtungen des Zivilschutzes machen.**

## Aufgabenbereich des Armeesanitätsdienstes

«Der Sanitätsdienst der Armee – sorgt für die Gesunderhaltung der Truppe;  
– nimmt der Truppe alle Patienten ab, führt diese geeigneter Behandlung zu und strebt ihre rasche Wiederherstellung an;  
– führt die militärmedizinische Beurteilung der Diensttauglichkeit bei Wehrpflichtigen und Freiwilligen durch;  
– besorgt den Nachschub an Sanitätsmaterial,  
– **wirkt im koordinierten Sanitätsdienst mit durch Unterstützung des zivilen Gesundheitsdienstes und des Zivilschutzsanitätsdienstes.**»

Dieser weitgespannte Aufgabenbereich des Armeesanitätsdienstes ist dem Reglement 59.22 «Organisation und Einsatz der Sanitätstruppen» entnommen. In den nachstehenden Ausführungen soll die Mitwirkung des Armeesanitätsdienstes im Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) näher beleuchtet werden.

**Was soll mit der Koordinierung der Sanitätsdienste erreicht werden, und welche Sanitätsdienste sollen aufeinander abgestimmt werden?**

Im **KSD-Grundkonzept**, das vom Ausschuss Sanitätsdienst erarbeitet und vom Stab für Gesamtverteidigung am 10. Oktober 1974 genehmigt worden ist und das für alle Partner die **gemeinsame Ausgangsbasis** darstellt, ist das **Ziel der Koordinierung** wie folgt umschrieben:

«Der Koordinierte Sanitätsdienst hat zum Ziel, durch Einsatz aller personellen, materiellen und einrichtungsmäßigen sanitätsdienstlichen Mittel des Landes in allen strategischen Fällen die Behandlung und Pflege der Patienten zu ermöglichen.»

Als **gleichberechtigte Partner** arbeiten im Koordinierten Sanitätsdienst zusammen:  
– das öffentliche Gesundheitswesen des Bundes, der Kantone und Gemeinden;  
– der Armeesanitätsdienst;  
– der Zivilschutzsanitätsdienst;  
– private Organisationen, wie das Schweizerische Rote Kreuz mit seinen Hilfsorganisationen.

Alle Partner sind damit einverstanden, dem **Begriff Patient** die nachstehende Definition zugrunde zu legen: «Der Begriff «Patient» umfaßt alle Verwundeten und Kranken, Militär- und Zivilpersonen, beider Geschlechter, jeden Alters und aller Nationalitäten.»

Im KSD-Grundkonzept sind neben Ziel, Partner und generellem Auftrag auch sieben **Leitsätze** umschrieben. Diese halten unter anderem fest, daß  
– die **Kantone** in allen strategischen Fällen die Aufgabe haben, das **öffentliche Gesundheitswesen** aufrechtzuerhalten;

– den kantonalen und kommunalen Behörden in allen strategischen Fällen die **Mittel des Zivilschutzes** zur Verfügung stehen.

Zwei weitere Leitsätze zeigen die Möglichkeiten der Mitwirkung des Armeesanitätsdienstes im Koordinierten Sanitätsdienst auf.

Sie lehnen sich an die entsprechenden Artikel im Reglement «Organisation und Einsatz der Sanitätstruppen» an, worin generell folgendes festgehalten ist:

«Die Mitwirkung der Armee in einem Koordinierten Sanitätsdienst ist – auf der ersten Stufe nur als Spontanhilfe möglich;  
– auf der zweiten Stufe möglich;  
– auf der dritten Stufe die Regel.»

Im KSD-Grundkonzept wird für alle KSD-Partner folgendes ausgesagt:

«In **Zeiten aktiven Dienstes** bezieht der Armeesanitätsdienst ein Dispositiv, das unter Berücksichtigung der operativen Lage den Bedürfnissen der Armee Rechnung trägt. Er vervollständigt, verstärkt oder ersetzt wenn nötig die sanitätsdienstliche Infrastruktur der zivilen Behörden.»

**Was heißt sanitätsdienstliche Infrastruktur der zivilen Behörden?**

Die im Normalfall den zivilen Behörden für die Aufrechterhaltung des öffentlichen Gesundheitswesens zur Verfügung stehende **oberirdische** sanitätsdienstliche Infrastruktur (Allgemeinspitäler, übrige Krankenhäuser, wie Kliniken und Heime, Arztpraxen) wird im **Endausbau** für den Neutralitätsschutz-, Verteidigungs- und Besetzungsfall durch eine **unterirdische** sanitätsdienstliche Infrastruktur ersetzt, die aus

– geschützten Operationsstellen des öffentlichen Gesundheitswesens der Kantone und aus  
– Notspitalern des Zivilschutzsanitätsdienstes sowie aus  
– Sanitätshilfsstellen und Sanitätsposten des Zivilschutzsanitätsdienstes bestehen wird.

Von den geplanten 180 geschützten Operationsstellen und 30 Notspitalern, in denen im Endausbau 50 000 Patienten aufgenommen werden können, sind heute bereits 80 Einrichtungen gebaut oder im Bau. Von den geplanten 400 Sanitätshilfsstellen und 1500 Sanitätsposten des Zivilschutzsanitätsdienstes, in denen im Endausbau 100 000 Patienten Platz finden werden, sind heute 250 beziehungsweise 500 bereits erstellt.

Diese **geschützte sanitätsdienstliche Infrastruktur** wird nun in Zeiten aktiven Dienstes durch 45 Militärspitäler (für 25 000 Patienten) vervollständigt und verstärkt.

Gesamthaft können also im Endausbau in den sogenannten **Endbehandlungsspitalern** der KSD-Partner (geschützten Operationsstellen, Notspitalern, Militärspitalern) 75 000 Patienten behandelt und gepflegt werden. Dies sind nahezu 50 % mehr, als heute in Allgemeinspitalern Patienten aufgenommen werden können.



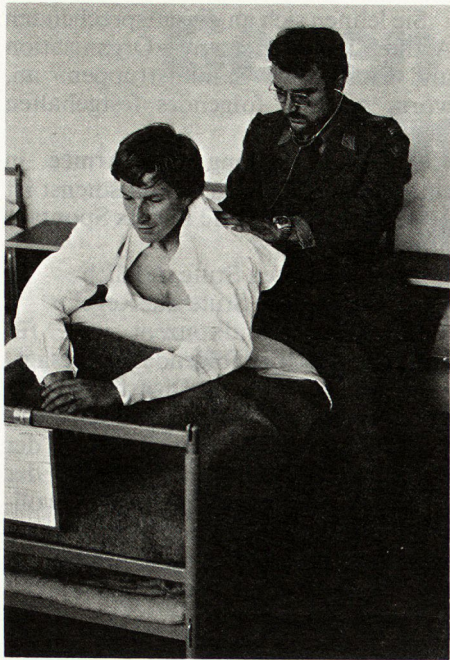


Bild 1. Der Militärarzt und sein Patient.

Dazu kommen im Endausbau die 100 000 Liegestellen in den Sanitätshilfsstellen und Sanitätsposten des Zivilschutzes. In diesen **übrigen sanitätsdienstlichen Einrichtungen** werden – schwerstverletzte Patienten transportfähig gemacht;  
– Schwerverletzte so lange behandelt und gepflegt, bis für sie Operations-tische verfügbar sind;  
– Leichtverletzte ambulant behandelt;  
– hoffnungslose Patienten betreut.

Das **sanitätsdienstliche Dispositiv** der dritten Stufe des Armeesanitätsdienstes – also der durch die Spitalabteilungen der Territorialorganisation und der Armee betriebenen Militärspitäler – wird durch die sanitätsdienstlichen Einrichtungen der **ersten und zweiten Stufe** des Armeesanitätsdienstes – der Sanitätshilfsstellen der Truppensanität und der Verbandplätze der Sanitätsabteilungen der Divisionen – ergänzt und verstärkt.

Entsprechend der generellen Feststellung, daß eine Mitwirkung der Armee im Koordinierten Sanitätsdienst lediglich auf der dritten Stufe die Regel darstellt, stehen die sanitätsdienstlichen Einrichtungen der ersten und zweiten Stufe des Armeesanitätsdienstes vor allem der Feldarmee zur Verfügung.

Auch wenn für den Armeesanitätsdienst der ersten und zweiten Stufe der **KSD-Grundsatz** gilt, daß die in Betrieb stehenden sanitätsdienstlichen Einrichtungen der KSD-Partner für alle Patienten offen sind, muß dauernd daran erinnert werden, daß die Sanitätsabteilungen der Divisionen und die Truppensanität der Bataillone und Abteilungen vor allem für den Sanitätsdienst

bei der kämpfenden Truppe verantwortlich sind.

Diese Aufgabenteilung bedeutet jedoch keinesfalls, es sei von vorneherein auf jede Zusammenarbeit mit den zivilen KSD-Partnern zu verzichten. Es muß aber stets daran gedacht werden, daß eine **Mitarbeit der Sanitätsformationen der ersten und zweiten Stufe immer nur zeitlich limitiert** sein wird.

Wenn nun zum Beispiel eine Sanitätsformation in einer Ortschaft mit dem örtlichen Zivilschutzsanitätsdienst zusammenarbeiten will, dann müssen folgende Abschnitte in den Sanitätsreglementen beachtet werden:

«Die **Truppensanität** bleibt in allen Lagen für den Sanitätsdienst bei ihrer eigenen Truppe verantwortlich. Der Kommandant entscheidet auf Antrag seines Sanitätsdienstchefs, in welchem Umfang in Katastrophenlagen der Zivilbevölkerung zeitlich und örtlich begrenzte Hilfe geleistet werden kann» (59.22, Ziffer 164).

«Für **Truppen in Ortschaften** kommt die Mitbenützung von Sanitätshilfsstellen der örtlichen Zivilschutzorganisation in Frage,

- wenn die zivilen Behörden einverstanden sind;
- wenn die Truppe mindestens während Tagen am Ort verbleibt.

Sie drängt sich auf, wenn Mangel an Zivilärzten besteht, und hat zur Folge, daß ohne Unterschied Militär- und Zivilpatienten zu behandeln sind. Die Kommandoverhältnisse sind zu regeln, bevor die Truppe ihre Tätigkeit aufnimmt» (59.21, Ziffer 57).

«Die Zusammenarbeit mit zivilen Organisationen berührt den Verantwortungsbereich der Truppensanität in keiner Weise. Eine Behandlung ziviler Patienten durch die Truppensanität beschränkt sich in allen Fällen auf die Dauer der Anwesenheit der eigenen Truppe in der Ortschaft» (59.21, Ziffer 58).

Ähnliches gilt aber auch für die Sanitätsformationen der zweiten Stufe:



Bild 2. Arbeit in einem geschützten Operationssaal.

«Der Einsatz von **Sanitätsformationen der zweiten Stufe** zugunsten der Zivilbevölkerung wird diese in den meisten Fällen so stark beanspruchen, daß sie nicht ohne Schwierigkeiten wieder für den uneingeschränkten Einsatz zugunsten des betreffenden großen Verbandes herausgelöst werden können. Der Entscheid darüber liegt beim Heereseinheitskommandanten» (59.22, Ziffer 165).

Es versteht sich von selbst, daß überall dort, wo es Auftrag und Lage erlauben, auch von den Sanitätsformationen der ersten und zweiten Stufe die **Zusammenarbeit mit den Organen des zivilen Gesundheitswesens und dem Zivilschutzsanitätsdienst** gesucht wird. Für die dritte Stufe des Armeesanitätsdienstes ist die Mitwirkung im Koordinierten Sanitätsdienst sowieso die Regel.

Eine solche **Zusammenarbeit** muß von Fall zu Fall in allen Einzelheiten abgesprochen und eingespielt werden. Im Hinblick darauf sollten sich die Partner gegenseitig kennen. So sollten die Verantwortlichen des Zivilschutzsanitätsdienstes auf der Stufe Kanton, die Sanitätsdienstchefs und die Chefs der sanitätsdienstlichen Einrichtungen in den örtlichen Schutzorganisationen, aber auch die Ortschefs des Zivilschutzes die Möglichkeiten der Truppensanität und der Sanitätskompanien kennen. Sie sollten – nicht zuletzt als Anregung für ihre eigenen Aufgaben in den Sanitätshilfsstellen und Sanitätsposten des Zivilschutzes – durch Demonstrationen ins Bild darüber gesetzt werden, wie die Sanitätshilfsstellen und die Verbandplätze des Armeesanitätsdienstes funktionieren, wie sie organisiert sind, wie sie betrieben werden. Umgekehrt sollten sich die Sanitätskader der Armee eine Vorstellung darüber machen können, wie in den sanitätsdienstlichen Einrichtungen des Zivilschutzes gearbeitet werden muß.

Solche Demonstrationen führen dazu, daß der nachstehende Grundsatz richtig angewendet wird:

«Die Mitwirkung der Armee in einem Koordinierten Sanitätsdienst ist – auf der ersten Stufe nur als Spontanhilfe möglich;  
– auf der zweiten Stufe möglich;  
– auf der dritten Stufe die Regel.» ■