

Zeitschrift: ASMZ : Sicherheit Schweiz : Allgemeine schweizerische Militärzeitschrift
Herausgeber: Schweizerische Offiziersgesellschaft
Band: 143 (1977)
Heft: 12

Artikel: Zur neuen Konzeption des Sanitätsdienstes
Autor: Guggenbühl, Dietegen
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-50984>

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: 05.05.2025

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

Zur neuen Konzeption des Sanitätsdienstes

Oberstlt Dietegen Guggenbühl

Die Zahlen der Patienten aus dem Koreakrieg und dem zweiten Weltkrieg sprechen für sich. Wichtig ist, daß möglichst viele Patienten möglichst weit vorn behandelt werden. Die Sanitätsabteilungen der Divisionen sollten daher beibehalten, aber auf einen engeren Aufgabenkreis zugeschnitten werden. ewe

Der koordinierte Sanitätsdienst

Die Koordination des Armeesani-tätsdienstes, des Sanitätsdienstes des Zivilschutzes und des öffentlichen Gesundheitswesens ist in einem Grundkonzept festgelegt, und ihre Verwirklichung macht erhebliche Fortschritte. Diesem «koordinierten Sanitätsdienst» soll durch eine **Änderung der Konzeption und der Organisation des Armeesani-tätsdienstes** Rechnung getragen werden. Dabei bleibt er aber weiterhin für die Behandlung der armeeeigenen Patienten primär verantwortlich. Das Armeeleitbild 80 sagt darüber lediglich: «Die geplante Eingliederung einer Sanitätskompanie in die Kampfbataillone wird die sani-tätsdienstliche Autonomie der Truppe erhöhen.» Diese lapidare Feststellung über die geplante Änderung gibt keinen Aufschluß über die notwendige neue Konzeption des Armeesani-tätsdienstes. Ich möchte deshalb dazu einige Gedanken zur Diskussion stellen:

Zu erwartende Patienten

Ausgangspunkt jeglicher Regelung muß die Zahl und die Art der zu erwartenden Patienten sein. Gewiß sind alle Voraussagen mit dem Makel der Unbeweisbarkeit belastet, doch geben die vorhandenen statistischen Angaben kriegsführender Armeen entscheidende Anhaltspunkte, die wir nicht übersehen dürfen.

Die **vollständigsten Zahlen** liegen von amerikanischer Seite über den Koreakrieg (Juli 1950 bis 1953) vor [1]. Sie stammen aus einem langdau-

ernden konventionellen Krieg, der aus Phasen verschiedener Formen des Kampfes bestand. Ein Vergleich mit den Zahlen aus dem zweiten Weltkrieg [2] zeigt, daß ihnen offenbar eine gewisse Allgemeingültigkeit zukommt.

Die benützte amerikanische Arbeit über den **Koreakrieg** unterscheidet zwischen Truppen im Divisionsverband (Division) und Armeetruppen (Non-division), welche aus den logistischen Formationen, den Übermittlungstruppen usw. bestanden. Die **Zahlen sind in Patienten pro 1000 Mann pro Jahr** angegeben:

	Division	Non-division	Alle US-Truppen
Tote (Patienten, die starben, bevor sie der Sanitätsdienst übernahm)	56	2	30
Verwundete (durch feindliche Einwirkungen)	220	16	121
Verletzte (durch Unfälle ohne feindliche Einwirkungen)	126	108	117
Kranke	369	479	453
Psychische Kampfreaktionen	36	25	

Die letzten vier Gruppen enthalten nur jene Patienten, die von einer sani-tätsdienstlichen Einrichtung zur Behandlung aufgenommen wurden. Dazu kommen noch jene Patienten, die ambulant behandelt wurden. Davon kennen wir nur die Anzahl derer, die auf Grund der Vorschriften registriert wurden, und zwar im Zeitraum Juni 1951 bis Dezember 1953. Zum Vergleich stellen wir **die beiden Gruppen in absoluten Zahlen** tabellarisch gegenüber:

	Aufgenommene Patienten	Ambulant behandelte Patienten
Verwundete	77 788	14 575
Verletzte	75 165	2 565
Kranke	290 210	111 650

Über die psychiatrischen Fälle fehlen getrennte Zahlen; sie sind in der Gruppe «Kranke» enthalten.

Betrachten wir die Gesamtzahlen, so sehen wir, daß pro Jahr 75,1% der «Division» und 62,8% der «Non-division» des jeweiligen Bestandes in sani-tätsdienstliche Einrichtungen zur Behandlung aufgenommen wurden. Über die **durchschnittliche Aufenthaltsdauer** in den sanitätsdienstlichen Einrichtungen kennen wir die genauen Angaben für die **US Army im zweiten Weltkrieg** (Januar 1942 bis August 1945) [2].

Kranke	16 Tage pro Aufnahme
Verletzte	29 Tage pro Aufnahme
Verwundete	101 Tage pro Aufnahme

Hinsichtlich der **psychiatrischen Fälle** wissen wir aus dem Koreakrieg, daß je nach Division zwischen 50 und 90% der Patienten mit psychischen Kampfreaktionen nach einer Behandlungsdauer von wenigen Tagen auf Stufe Bataillons- oder Regimentshilfsstelle wieder kampffähig wurden [3].

Probleme der Behandlung

Wollen wir unseren Sanitätsdienst nach diesen Erfahrungen – angemessener oder besser stehen meines Wissens nicht zur Verfügung – organisieren, so sehen wir, daß wir **vornehmlich für einen größeren Anteil der Verwundeten eine spezialisierte Behandlung brauchen**; dies läßt sich aus der

recht langen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer dieser Gruppe ableiten. Diese Verwundeten sollen möglichst rasch und direkt in dieses spezialisierte Spital verbracht werden und dort auch Platz finden. Dazu kommt noch ein kleiner Anteil der Verletzten (aus Unfällen) und Kranken, die ebenfalls der Behandlung in einer spezialisierten Abteilung eines Spitals bedürfen.

Das große Problem wird also sein, **möglichst viele Patienten**, die nur eine relativ einfache ärztliche Hilfe und

eine kurze Behandlungsdauer benötigen, **möglichst weit vorne zu behandeln.**

Zu diesen **«Leichtpatienten»**, wie ich sie nennen möchte, gehören alle jene Patienten, die nach **wenigen Tagen wieder kampffähig** sein werden. Sie finden sich vornehmlich unter den Kranken (banale Erkältungen mit hohem Fieber usw.) und den Verletzten (Verstauchungen, leichte Verbrennungen usw.); es sind also jene Patienten, die weder eine Behandlung noch eine Pflege in einer spezialisierten Spitalabteilung benötigen. Auch alle psychischen Kampfreaktionen gehören grundsätzlich in diese Kategorie der Leichtpatienten.

Diese Patienten sollen also nach wenigen Tagen wieder in ihre Einheiten zurückkehren. **Würden sie in rückwärtige Einrichtungen mit Spitalcharakter verbracht, dann wäre diese Reintegration wesentlich erschwert:** Die Spitalaufnahme würde bei ihnen leicht die Vorstellung auslösen, sie seien gänzlich und auf Dauer ausgefallen. Zudem hätten die Ärzte in den Spitälern viel mehr Hemmungen, sie wieder diensttauglich zu erklären, als die Ärzte im Rahmen der Brigaden oder der Divisionen, die nahezu dem gleichen Kampfstreß ausgesetzt sind wie die fechtende Truppe und darum diesen Entscheid mit wesentlich geringeren Gewissensbissen fällen können. Die Truppenärzte identifizieren sich eben noch viel stärker mit der fechtenden Truppe. Sie sehen darum nicht nur die Anliegen des Patienten als Individuums, sondern anerkennen auch den Anspruch der kämpfenden Truppe als Gruppe, die das Recht hat, für ihre Aufgabe möglichst stark gehalten zu werden. Daraus ergibt sich die Forderung, die Leichtpatienten im Bereiche der fechtenden Truppe, also innerhalb des Gefüges der Divisionen und Brigaden, zu behandeln.

Zudem sollen **möglichst viele Patienten ambulant behandelt werden.** Daß die letzte Forderung wirklichkeitsnah ist, zeigen die oben dargelegten Zahlen aus dem Koreakrieg.

Aufhebung der Sanitätsabteilung?

Zur Zeit besteht die **Absicht, die Sanitätsabteilungen der Divisionen**, die die Verbandplätze etablieren, **aufzuheben.** Damit bestünde der Sanitätsdienst nur noch aus den Hilfsstellen der Truppensanität und den Militärspitälern. Dadurch ergäbe sich für den Truppenarzt nur noch die Alternative, den Patienten in ein Spital zu evakuieren oder auf der eigenen Hilfsstelle zu behandeln und zu pflegen.

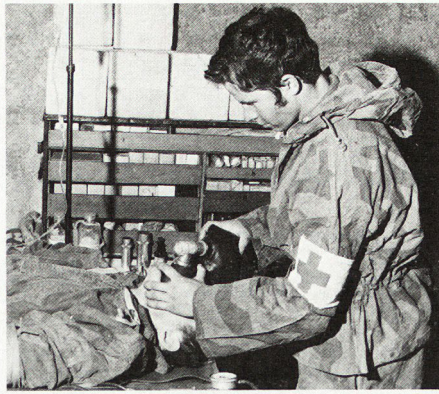


Bild 1: Sanitätshilfsstelle oder Verbandplatz: Beatmung eines Patienten mit Beatmungsbeutel.

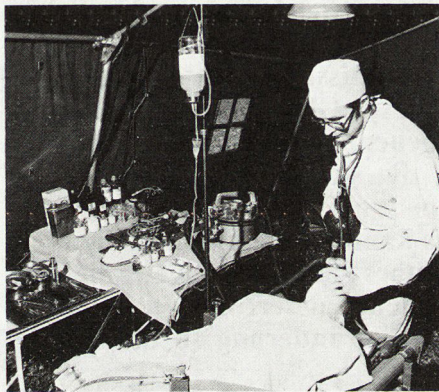


Bild 2. Operationszelt: Anästhesist bei Narkose eines Patienten.

Die Hilfsstellen sind aber mit ihrer Truppe und deren Auftrag taktisch verbunden. Der Truppenarzt hat die Aufgabe, für seinen Verband in möglichst großem Ausmaße behandlungs- und aufnahmefähig sowie allenfalls beweglich zu sein. Er wird darum die Tendenz haben, die Leichtpatienten ins Spital zu evakuieren, weil sie doch einen merklichen Aufwand an Raum und Pflege verlangen. Damit werden Transportmittel und Spitalbetten für Patienten eingesetzt, die diesen Aufwand gar nicht nötig haben. Ein Aufwand, der nicht nur die Reintegration der Leichtpatienten erschwert, sondern auch die **Überflutung der Spitäler** zur Folge hat. Das birgt die Gefahr in sich, daß der wirklich Spitalbedürftige kein Bett mehr findet.

Aus diesem Grunde erscheint es als **zu gewagt, die Sanitätsabteilung ersatzlos zu streichen.** Wohl hat meines Erachtens der Verbandplatz als Durchgangs- und Relaisstation des Patientenrücktransportes weitgehend ausgedient. Unser dichtes Netz aus Zivil- und Militärspitälern, das im koordinierten Sanitätsdienst für Schwerkranke und Schwerverwundete zur Verfügung steht, läßt für diese Patienten lange Transportwege vermeiden. Damit entfällt auch die Notwendigkeit, den Zustand des Patienten während langdauernder Transporte immer wieder zu überprüfen. Auf eine an-

dere, nahezu vergessene Funktion des heutigen Verbandplatzes aber, jene als Lazarett für Leichtkranke, Leichtverletzte und psychisch Gestörte, die auf den Hilfsstellen der Truppensanität nicht behandelt werden können, ist aus den dargelegten Gründen nicht zu verzichten.

Zudem stehen dem Divisionsarzt **im Stab der Sanitätsabteilung Spezialisten** zur Verfügung, mit denen er den Sanitätsdienst in der Division führen kann: Der Triagearzt sorgt mit seinen Triageweisungen für eine den jeweiligen Verhältnissen angepaßte, optimale Verteilung der Patienten auf die sanitätsdienstlichen Einrichtungen. Der Psychiater, der Zahnarzt/Kieferchirurg und der Anästhesist überwachen und korrigieren das therapeutische Vorgehen der Ärzte in ihren Fachbereichen. Würde die Sanitätsabteilung aufgehoben, dann würde auch ihr Stab und damit die zentrale Einteilungsmöglichkeit dieser Spezialisten wegfallen.

Nicht unwesentlich ist auch, daß die **Sanitätsabteilung ausbildungstechnisch große Vorteile** bietet, die weitgehend verlorengingen, wenn einfach den Regimentern eine Sanitätskompanie zugeteilt würde.

Die Aufhebung der Sanitätsabteilungen würde nicht nur für den Instruktionsdienst, sondern auch für den Kriegseinsatz erhebliche Nachteile bringen: Der Sanitätsdienst der Division würde verzettelt, Schwerpunkte könnten nicht mehr gebildet werden, jegliche Führung würde verunmöglicht. Darum ist es nötig, **daß die Sanitätsabteilung beibehalten, zugleich aber auf den engeren Aufgabenkreis zugeschnitten wird.** Damit wird sie wohl kleiner, was aber den Vorteil hat, daß endlich auch den Kampfbrigaden eine Sanitätsabteilung gegeben werden kann und möglicherweise sogar noch die schwach dotierte Truppensanität verstärkt werden könnte.

Da durch die Lazarette der Divisionen und Kampfbrigaden die Militärspitäler von Leichtpatienten entlastet werden, können diese ihre Aufgaben, die im koordinierten Sanitätsdienst zunehmen werden, besser erfüllen.

Bibliographie

- [1] F. Reister, «Battle Casualties and Medical Statistics», Washington 1973.
- [2] Beebe und De Bakey, «Battle Casualties», Springfield 1952.
- [3] Peterson und Chambers, «Restatement of Combat Psychiatry», Amer. J. Psychiat. 109 (1952/53), S. 249-254. ■