

**Zeitschrift:** ASMZ : Sicherheit Schweiz : Allgemeine schweizerische Militärzeitschrift  
**Herausgeber:** Schweizerische Offiziersgesellschaft  
**Band:** 159 (1993)  
**Heft:** 1

**Artikel:** Was bringt der Armeesaniättsdienst ohne Personal? : Rückblick auf 10 Jahre Neuorganisation Armeesaniättsdienst (NOAS)  
**Autor:** Battaglia, Hugo  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-62382>

### **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:** 17.07.2025

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



# Was bringt der Armeesaniättsdienst ohne Personal?

## Rückblick auf 10 Jahre Neuorganisation Armeesaniättsdienst (NOAS)

Hugo Battaglia

«6 Stunden für ein Leben» war der Leitgedanke für die Einführung des koordinierten Sanitättsdienstes, wie wir ihn nun schon seit 10 Jahren unter dem Begriff NOAS 83 kennen. Das dichter werdende Netz von gut ausgebauten zivilen und militärischen Spitälern sowie die damit kürzer werdenden Distanzen vom Ort der Verwundung bis zur sanitättsdienstlichen Einrichtung waren die Grundvoraussetzungen für die Neuorganisation des Armeesaniättsdienstes.

Der folgende Beitrag wurde in Zusammenarbeit mit den Fachärzten Kurt Brühlhart und Gregor Zuend erstellt.



Hugo Battaglia  
Dachlernstrasse 47, 8048 Zürich  
Dr. med.  
Ass. Arzt Dept. Chirurgie,  
Universitätsspital Zürich,  
Arzt im Schweizerischen  
Katastrophenhilfskorps;  
Hptm, Kdt San Kp 33.

Am 1. Juli 1973 erteilte der damalige Generalstabschef KKdt Vischer den Auftrag zur Ausarbeitung einer Studie über den Armeesaniättsdienst der 90er Jahre. Im Dezember 1978 folgte die Kommission für militärische Landesverteidigung (KML) den Anträgen des BASAN für die Neuorganisation des Sanitättsdienstes. Der Nationalrat beschloss am 30. November 1981, der TO Revision, die auch die Neuorganisation des Armeesaniättsdienstes beinhaltete, zuzustimmen.<sup>1</sup>

Die Forderung, dass ein Patient innerhalb von sechs Stunden in spitalärztlicher Behandlung sein soll, wurde aus den Erfahrungen im zivilen Sanitättsdienst und aus den Erfahrungen aus Kriegen, wie zum Beispiel dem Vietnamkrieg, aufgestellt.

Dieser Zeitbedarf gilt auch heute noch und deckt sich mit eigenen Erfahrungen beim chirurgischen Patienten.

Kann diese Zeitlimite bis zur spitalärztlichen Versorgung eingehalten werden, so wird die Überlebenschance des Patienten deutlich verbessert.

An das Konzept wurden damit zwei Forderungen gestellt. Einerseits mussten die sanitättsdienstlichen Einrichtungen der Armee möglichst nahe und geschützt beim Ort der Verwundung sein, andererseits mussten schon früh die Triage (Sortierung der Patienten nach Schweregrad der Verletzung und der daraus resultierenden Überlebenschance) und die Sofortmassnahmen durch einen Arzt gewährleistet werden. Die Verbandplätze als Zwischenstufe zwischen Sanitättsdienst und Basisspital hatten wegen ihrer mangelnden Flexibilität und dem schlechten Schutz keinen Platz mehr im Konzept.

Die Hilfsstelle auf Stufe Bat gewann an Bedeutung, personell und materiell aufdotiert.

Die Dotierung einer Hilfsstelle mit zwei Ärzten stellt aber derzeit die Hauptsorge dar, da nicht genügend Ärzte im Auszugsalter dazu zur Verfügung stehen.

Diesem Problem muss vor allem im Hinblick auf die Armee reform Beachtung geschenkt werden, ansonsten das Ziel eines leistungsfähigen und auch mit den zivilen Normen vergleichbaren Sanitättsdienstes in Frage gestellt wird.

Ein gutfunktionierender Sanitättsdienst ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Armee.

### Konzept NOAS

Die nebenstehende Graphik soll das Konzept des Armeesaniättsdienstes (NOAS), das seit 1983 gilt, aufzeigen.<sup>2</sup>

Als Patient gilt dabei jeder, ob Freund oder Feind, Zivilist oder AdA.

Im Gegensatz zum früheren Konzept fehlt hier der Verbandplatz, der als grosse und unflexible Einrichtung zwischen der Sanitättsdienststelle und dem Basisspital zu finden war.

### Führung und Ausbildung

Insgesamt darf festgehalten werden, dass der Ausbildungsstand der aus der Rekrutenschule zu den Einteilungsformationen einrückenden Wehrmänner deutlich verbessert worden ist. Auch die Motivation für diesen sinnvollen Dienst wird bereits in den Rekrutenschulen geweckt und ausbildungstechnisch gefördert. Dies erleichtert die Integration der frisch ausgebildeten Wehrmänner in ihre Einteilungsformation wesentlich, was nicht nur unsere eigene Erfahrung darstellt.

Bei den frisch ausexerzierten Soldaten bestehen aber immer noch Lücken im Verständnis der Stellung der Sanität in bezug zum übergeordneten Verband sowie bei der Vorstellung vom möglichen Patienten anfall. Nicht selten haben auch Kommandanten und Stabsmitarbeiter keine genaue Vorstellung von möglichen Anfallsraten von Patienten. Zu oft werden Zerrbilder als Realität angesehen. Die Aufgabe der Sanitätsoffiziere muss es sein, diese Lücken durch die Ausbildung während der Truppendienste zu schliessen.

Stufe: Truppe			Stufe: Basis	
Ort der Verwundung	Geschützter Ort für Patienten	Verwundetennest	Sanitätshilfsstelle	Basisspital
Einrichtungen der Truppe			Einrichtungen der Truppsanität (Permanenter Standort des Truppenarztes)	Zivile und militärische Basisspitäler
Integriert in ein Dispositiv			Von der Kampftruppe getrennt	
Primäre sanitätsdienstliche Transporte			Sekundäre sanitätsdienstliche Transporte	
<p><b>Erste Hilfe</b></p> <p>Die <i>Erste Hilfe</i> wird am Ort der Verwundung und am geschützten Ort für Patienten in Form der <i>Selbst- und Kameradenhilfe</i> geleistet.</p> <p>Die Verwundetennester müssen den Patienten bis zur Evakuierung den nötigen Schutz bieten. Der Transport zur Sanitätshilfsstelle obliegt der Truppe.</p> <p>Die Zugsanitäter müssen die Erste Hilfe ergänzen, die Patienten überwachen und wenn nötig auf dem Transport begleiten.</p> <p>Ist der Transport unterbrochen, spricht man von <i>Transportunterbruch</i>.</p>			<p><b>Medizinische Erstbehandlung</b></p> <p>Es ist die Aufgabe der Sanitätshilfsstelle, die Patienten transportfähig zu machen. Spitalbedürftige Patienten müssen <b>Innert 6 Stunden</b> nach ihrer Verwundung in ein Basisspital transportiert werden.</p> <p>Ist es unumgänglich, das Transportmittel zu wechseln, zB bei einem Hindernis, errichtet und betreibt die Truppsanität eine Sanitäts-umladestelle.</p> <p>Im Falle eines <i>Transportunterbruchs</i> wird diese zu einer Sanitätshilfsstelle erweitert.</p>	
			<p><b>Spitalbehandlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Möglichst viele Patienten sollen Innert 6 Std das Spital erreichen und behandelt sein.</li> <li>- Alle Patienten müssen <b>Innert 24 Stunden</b> nach ihrer Verwundung im Spital behandelt sein.</li> </ul> <p>Die sekundären sanitätsdienstlichen Transporte haben zum Ziel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Basisspitäler nahe der Kampf- und Katastrophenzonen zu entlasten</li> <li>- die Belegung der Basisspitäler auszugleichen</li> <li>- die Gesamtheit der Operationstische auszunützen</li> <li>- Spezialbehandlungen zu ermöglichen.</li> </ul>	

Im Sanitätsdienst kann die Realität nicht im Massstab 1:1 geübt werden, dennoch muss dem Soldaten die Möglichkeit der Wirklichkeitsnähe gegeben werden. Dabei haben wir sehr gute Erfahrungen mit Einsätzen von Sanitätssoldaten auf grossen Notfallstationen gemacht. (Zum Beispiel Insele Spital Bern.) Die Mithilfe während mindestens 24 Stunden auf solchen Notfallstationen kann dem Soldaten einen recht guten Eindruck von dem vermitteln, was ihn auf einer Hilfsstelle erwarten wird.

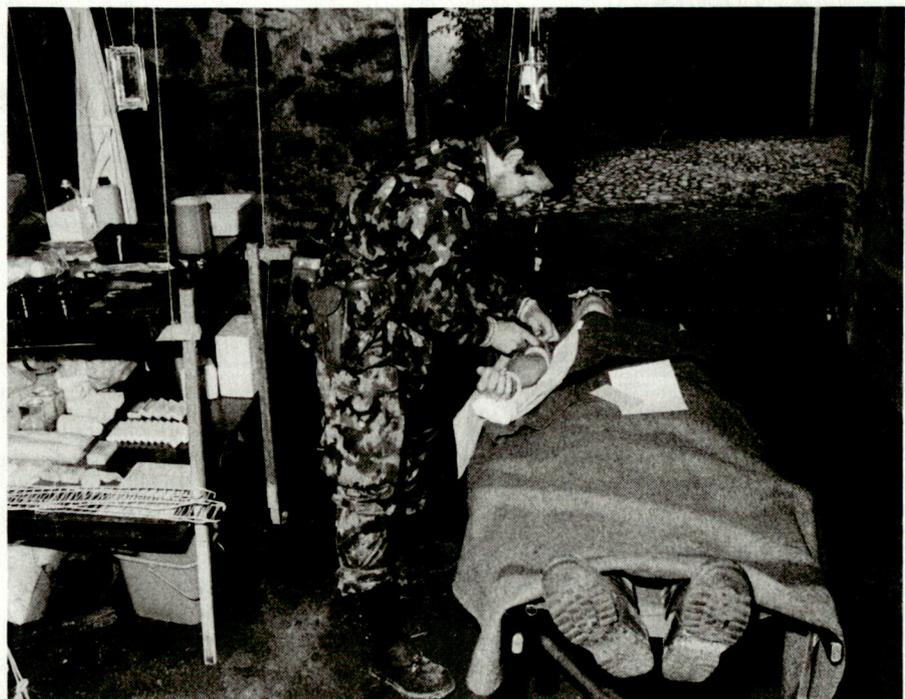
Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass nach solchen Einsätzen der Sanitätssoldat vermehrt an seine Ausbildung und Fähigkeiten glaubt und damit einen Sinn in seinem sanitätsdienstlichen Einsatz sieht.

Der gute Ausbildungsstand unserer Sanitätssoldaten wird ihm im Vergleich zu den Berufsleuten im Spital ebenfalls eine Motivation für Übungen auf der Hilfsstelle sein. Trockenübungen bekommen so einen realen Hintergrund.

Trotz der Tatsache, dass der grösste Teil der eingeteilten Wehrmänner im Sanitätsdienst nicht aus Berufen des Medizinalbereiches stammt, ist doch

sehr erfreulich zu vermerken, dass in den Wiederholungskursen sehr rasch wieder das Handwerk, wie zum Beispiel das selbständige Legen von Infusionen, beherrscht wird.

Eine verbesserte Motivation der AdA für den Sanitätsdienst, nicht zuletzt durch praktische Einsätze zum Beispiel auf Notfallstationen, ist feststellbar, dies trotz teilweise vermehrter



Selbständiges Legen von Infusionen gehört zur Grundausbildung jedes Sanitätssoldaten (Foto: Armeefotodienst)



Es ist Aufgabe der Sanitätshilfsstelle, den Patienten transportfähig zu machen (Foto: Armeefotodienst)

Ablehnung gegenüber der Armee. Die Anzahl der zwar diensttauglichen, aber nicht dienstfähigen AdA scheint in den Auszugsformationen, im Gegensatz zu den Rekrutenschulen, rückläufig zu sein.<sup>3</sup>

Dies erleichtert den Ausbildungsbetrieb und die Führung während der Wiederholungskurse wesentlich, wenn nicht dienstunfähige AdA Zeit der Kader unverhältnismässig beanspruchen. Ungünstig wirkt sich die mangelnde Anzahl der Ärzte auf die Ausbildung aus, stehen sie doch kaum mehr für die Führung und Ausbildung auf der Sanitätshilfsstelle zur Verfügung. Eine Umteilung innerhalb des BASAN könnte vielleicht Engpässe etwas öffnen, damit eine Verbesserung der Situation im Personalsektor Ärzte stattfinden kann.

Geeignete Ausbildungsplätze zu finden für die Dauer eines Wiederholungskurses wird immer schwieriger, da es den Besitzern meist unmöglich ist, trotz guten Willens die nötigen Räumlichkeiten für eine Sanitätshilfsstelle zur Verfügung zu stellen.

Räumlichkeiten von der Grösse einer Pw-Garage können und dürfen den Anforderungen einer Hilfsstelle nicht genügen. Die genauen Vorschriften von der Grösse werden so oft missachtet.

## Personelles

Gerade an den Sanitätssoldaten wird ein hohes Mass an körperlichen und geistigen Fähigkeiten gestellt. Dies muss schon bei der Aushebung berücksichtigt werden, ansonsten während der Rekrutenschule das hohe Ziel kaum erreicht wird.

Das Anforderungsprofil eines modernen Sanitätssoldaten gleicht, man nehme den Sanitätssoldat, wie er im Golfkrieg zum Einsatz kam, immer mehr einem gut ausgebildeten Grenadier, dessen physische und psychische Belastbarkeit für den Erfolg der Arbeit ausschlaggebend ist.<sup>4</sup> Gerade bei der psychischen Belastbarkeit sind immer wieder grosse Mängel festzustellen, v.a. dann, wenn nebst Schlafentzug noch rasches Handeln unter Erfolgszwang, den die Behandlung eines Patienten für jeden darstellt, dazukommt.

Eine Verbesserung der Belastbarkeit des einzelnen AdA ist feststellbar, muss aber, verglichen mit Sanitätssoldaten anderer Armeen, künftig noch weiter verstärkt werden.<sup>3/4</sup>

Leider ist die Anzahl von eingeteilten Ärzten derzeit ungenügend. Es ist nicht selten, dass in einer Sanitätskompanie Typ A, wo neun Ärzte eingeteilt sein sollten, nur knapp mehr als die Hälfte effektiv zur Verfügung steht.

Eine verbesserte Koordination von Beruf und Militär und eine flexiblere Ausbildung zum Militärarzt könnte eine Lösung darstellen. Ich verweise hier auf eine Umfrage von 1988 bei Ärzten, die als Sanitätsoffiziere eingeteilt sind, durch die Gesellschaft der Sanitätsoffiziere. Dabei wurde deutlich auf die Schwierigkeiten der Koordination der zivilen und militärischen Ausbildung aufmerksam gemacht.<sup>5</sup> Immer öfter wird die Abwesenheit des jungen Arztes am Arbeitsplatz als unerwünscht betrachtet. Die zusätzliche zeitliche Verzögerung bei der Ausbildung zum Facharzt FMH (Foederatio medicorum helveticorum) wird von vielen Kollegen im Hinblick auf

die Chancengleichheit bei späteren Beförderungen als negativ gewertet. Durch den Emigrationsdruck benachbarter Länder kann diese Chancengleichheit zuungunsten unserer Ärzte ausgehen. Zudem erlaubt die immer grössere Beanspruchung am Arbeitsplatz, erschwert mit zusätzlichen Facharztprüfungen, immer weniger Offizieren die vermehrte Verpflichtung zugunsten der Armee, wie z.B. das Führen einer Einheit, auf sich zu nehmen.

Vielleicht könnte eine Anerkennung der geleisteten Dienste in der zivilen Ausbildung, wie das in anderen europäischen Staaten schon praktiziert wird, ein Anreiz für militärische Weiterausbildung werden.

Für die Ausbildung und für den Wehrmann ist es aber unbedingt notwendig, dass genügend Ärzte im Truppenkursen eingesetzt werden können und der Wehrmann auch seine Chefs auf der Sanitätshilfsstelle kennt und erleben darf.

Obwohl in den Auszugsformationen bei den Wehrmännern kaum AdA aus Berufen mit ziviler Erfahrung im Sanitätsdienst zu finden sind, ist dies nicht als Nachteil zu sehen, kann doch durch eine gute Motivation und den heutigen Bildungsgrad der Bevölkerung dies wettgemacht werden.

Trotzdem wäre ein höherer Anteil an solchen AdA beim Auszugsregiment positiv zu werten, könnten diese vermehrt als Fachausbildner herangezogen werden, auch unabhängig vom militärischen Grad.

## Material

Die Ausrüstung hat im Vergleich mit zivilem Material, wie es in einem

Aufgrund der Bestandesreduktion im Rahmen der Armee 95 war das Gesamtkonzept des Armeesanitätsdienstes neu zu überdenken. Wir kamen dabei zu den folgenden grundsätzlichen Feststellungen:

1. Die anlässlich der Neuorganisation des Armeesanitätsdienstes im Jahre 1983 aufgestellten Grundsätze für die Bergung der Patienten, die Selbst- und Kameradenhilfe, die erste ärztliche Versorgung in der Sanitätshilfsstelle, den Transport und die angestrebte Einlieferung der Patienten in ein Basisspital innerhalb von 6 Stunden sind auch in Zukunft gültig. Wenn diese zeitlichen Bedingungen eingehalten werden sollen, darf der Sanitätsdienst der Stufe Truppe nicht geschwächt werden. Eher ist eine Verstärkung angebracht. Gesamthaft gesehen kommt es als Folge dieser Beurteilung zu einer Verbesserung im Bereiche der Stufe Truppe. Richtig ist, dass der ausgewiesene Unterbestand an Ärzten auf die Dauer nicht akzeptabel ist. Wir haben die Sollbestandestabellen dem wirklichen Bedarf und dem verfügbaren Bestand an Ärzten anzupassen.

2. Aus Bestandesgründen müssen wir auf die Territorialsanitätskompanie verzichten. Der Sanitätsdienst bei Mobilmachung wird neu so organisiert, dass die Aufgaben der angegliederten Untersuchungskommissionen der Spitalabteilung übertragen werden. Die bisher befürchteten Massierungen von Patienten bei der Untersuchungskommission Mobilmachung sollen durch erweiterte Entscheidungskompetenzen der Truppenärzte verhindert werden. Die für ortsfeste Truppen bisher verfügbare Sanitätshilfsstelle der Patientensammelstelle fällt weg. Die Zuteilung von Sanitätspersonal bei den ortsfesten Truppen wird darauf abgestimmt.

3. Bei der Stufe Basis wird davon ausgegangen, dass wir soweit wie möglich auf die verfügbare zivile Spitalinfrastruktur abstellen und diese damit möglichst wenig schwächen wollen. Dennoch braucht es aus verschiedenen Gründen weiterhin Militärspitäler, nicht zuletzt, weil die zivilen Spitäler nicht in der

Lage sind, eine grosse Zahl von Patienten in kurzer Zeit aufzunehmen. Das zivile Gesundheitswesen hat auch nicht die Mittel, um grössere Patientenverlegungen durchzuführen. Die Reduktion der Zahl der Spitalabteilungen im Rahmen der Armee 95 führt auch zu einer wesentlich besseren personellen Besetzung in allen wichtigen Bereichen.

Der bisher erreichte Stand der Ausbildung ist gut, auch wenn diese, wie öfter bemerkt, realitätsbezogener und zielgerichteter werden muss. Verbesserungen sind in Zukunft aber nur dann zu erreichen, wenn es die Ausbilder fertigbringen, sich auf das Wesentliche zu beschränken.

Das Problem der finanziellen Entschädigung für Angehörige der Armee, die Beförderungsdienst leisten, ist zurzeit im Studium. In bezug auf die Anerkennung der im zivilen Bereich erworbenen Kenntnisse, insbesondere für die Angehörigen der Medizinalberufe, kann hervorgehoben werden, dass dem schon heute in erheblichem Umfang Rechnung getragen wird. Dies wird verstärkt im Rahmen der Armee 95. Beispiel Offiziersanwärter (med, med dent, pharm): Abverdienen Korporal 6 Wochen (andere Offiziersanwärter 12 Wochen), Sanitätsoffizierschule 9 Wochen (alle anderen Offiziersaspiranten der Armee 17 Wochen).

Bisher hat das Bundesamt für Sanität im Rahmen der bestehenden Rechtsgrundlagen alle Gesuche um Dienstverschiebungen von Studierenden der Heilkunde möglichst flexibel gehandhabt. Dies geschah auch bei Offizieren, die in der beruflichen Weiterbildung stehen. Sicher werden wir das auch in Zukunft so handhaben. Das hat aber zur Folge, dass wir trotz besseren Beständen im Rahmen der Armee 95 in den Truppendienstleistungen auch in Zukunft nicht mit dem Vollbestand, aber mit einer genügenden Anzahl von Ärzten rechnen können.

Oberfeldarzt  
Divisionär P. Eichenberger

moderneren Spital gebraucht wird, einen vergleichbar hohen Standard. Gerade im Bereich Verbrauchsmaterial sind wir mit dem gleichen Material, wie wir es im zivilen Alltag verwenden, versorgt. Grundsätzlich steht dieses in Truppenkursen in ausreichender Menge zur Verfügung. Es ist aber wichtig, dass für das Erlernen und Üben des Handwerks dem einzelnen AdA genügend Infusions-, Gips- und Verbandmaterial zur Verfügung stehen sollte.

Beim übrigen Material besitzen wir modernes und robustes Material, das seine Felddiensttauglichkeit unter Beweis gestellt hat.

Die Einführung der neuen Seilbahn 88, welche viele Teile aus zivilen Verwendungsbereichen übernommen hat, konnte die längst fällige Lücke beim Material für die Umladestelle schliessen. Diese Seilbahn ist rasch errichtet und einfach im Betrieb.<sup>6</sup>

Die alten und improvisierten Mittel waren zu zeitaufwendig und bezüglich der Sicherheitsbestimmungen ungenügend.

Bei der Bewaffnung wurde die Maschinenpistole, welche beträchtliche Gefahren in sich barg, ausgemustert. Die Pistole jedes AdA ist im Hinblick auf dessen Auftrag völlig adäquat.

## Schlussfolgerungen

Eine erfolgreiche Armee braucht einen guten Sanitätsdienst. Dies haben uns die letzten Kriege, insbesondere der Golfkrieg, deutlich vor Augen geführt.

Unser Sanitätsdienst kann sicherlich die geforderten Aufgaben erfüllen.

Während dem Sanitätsdienst der Armee insgesamt genügend AdA zur Verfügung stehen, fehlt jedoch eine beträchtliche Anzahl an Ärzten v.a. in den Auszugsformationen. Eine Um-



Seilbahn 88 (Foto: Armeefotodienst)

teilung von Ärzten aus den Basisformationen zur Truppsanität wäre zu überlegen.

Notärzte, was Sanitätsoffiziere ja schliesslich sind, gehören an die Frontlinie.<sup>7</sup>

Um den Mangel wettzumachen, sind auch vermehrt Bestrebungen bei der Rekrutierung erforderlich, zumal wir in der Schweiz eine der höchsten Ärztedichten der Welt haben. In diesem Zusammenhang fragt man sich, ob durch eine Verbesserung der Transportkapazität nicht vermehrt auf die bestehenden sanitätsdienstlichen Strukturen zurückgegriffen werden könnte. Damit könnten Zwischenstufen in der Evakuierung des Patienten z.T. eliminiert werden, wodurch Personal für gutfunktionierende Einrichtungen zur Verfügung stünde. Einige Ärzte könnten so am angestammten Arbeitsplatz optimal den Dienst tun.

Eine Entlastung des Arztes auf der Hilfsstelle, wir denken dabei von reinen Führungs- und Organisationsaufgaben, könnte eine Überlegung wert sein. Der Sanitätszugführer muss nicht Arzt sein. Viele junge gutmotivierte und qualifizierte Sanitätszugführer

stehen für die Führung auf der Sanitätshilfsstelle jetzt schon zur Verfügung. Die Beförderungsperspektiven der Sanitätsoffiziere, die nicht Ärzte sind, würden sich so ebenfalls deutlich verbessern, was auf das Engagement der Offiziere positiven Einfluss haben könnte.

Das Problem der Unterbestände während Truppenkursen, und damit auch der sinnvollen Verbandsschulung, konnte durch Zusammenzug von Sanitätspersonal aufgefangen werden. Diese Massnahme geht aber sehr oft auf Kosten anderer Formationen, wie z.B. des San Zuges im Füs Bat, wo dann nur noch der Arzt mit ein bis zwei San Sdt zur Verfügung stehen. Die Entfremdung zum angestammten Verband ist damit voraussehbar.

Der Ausbildung jedes AdA in sanitätsdienstlichen Belangen, also der Kameradenhilfe, muss noch deutlich mehr Gewicht verliehen werden. So hat die KML am 21. Oktober 1982 den Anträgen bezüglich der besseren Ausbildung von Rekruten und Soldaten in der Selbst- und Kameradenhilfe (Zugsanitäter) zugestimmt, dies sei hier nochmals in Erinnerung gerufen.

Wir sehen dabei einen vermehrten Einbezug von professionellen Ausbildnern als geeignete Massnahme für die Ausbildung in dieser Materie, wo sich viele Kader schwertun.

#### Literaturangabe

<sup>1</sup> Bundesamt für Sanität, Chef Sektion Planung: wichtige Daten im Bereich der Sektion Planung.

<sup>2</sup> Regl. 59.21 Der Sanitätsdienst auf Stufe Truppe.

<sup>3</sup> Schlüpfer Thomas; Die untauglichen Diensttauglichen – Militärdiensttauglichkeit aus medizinischer Sicht. ASMZ Nr. 5, 1992, S. 220 ff.

<sup>4</sup> Balmer Peter; Der richtige Mann am richtigen Ort. ASMZ Nr. 1, 1992, S. 22 f.

<sup>5</sup> SGOS Kommission des Vorstandes; Medizinische Ausbildung und Militärdienstanalyse einer Umfrage II. Schweizerische Zeitschrift für Militär- und Katastrophenmedizin 1988, Nr. 4, S. 118ff.

<sup>6</sup> Regl. 59.15 Seilbahn 88 für Umladestelle.

<sup>7</sup> Dice W. H.: The role of military emergency physicians in an assault operation in Panama. Ann. Emerg. Med. 20, 1336–1340, 1991. ■

Jetzt bestellen

## Kombiniertes Inhaltsverzeichnis ASMZ 1992

Das detaillierte Inhaltsverzeichnis der ASMZ Jahrgang 1992, nach «Autoren und Beiträgen», «Ausland», «Buchbesprechungen» und alphabetischen Stichwörtern gegliedert, kann mit dem untenstehenden Talon **kostenlos** bezogen werden.

## Sammelmappen

In Leinen zum Einhängen.

Preis inkl. Porto und Verpackung Fr. 26.50.

Einsenden an:  
Huber & Co. AG  
Verlag Zeitschriften  
Postfach  
8501 Frauenfeld

### Bestellung

- Ich wünsche kostenlos 1 Ex. Inhaltsverzeichnis ASMZ Jahrgang 1992
- Ich bestelle Ex. Sammelmappen 1992 zum Preis von 26.50
- Ich bestelle Ex. Sammelmappen 1993 zum Preis von 26.50

Name  Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift