Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 76 (1967)
Heft: 8

Artikel: Der integrale Sanitätsdienst im modernen Krieg
Autor: Käser, R.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-975124

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: 15.07.2025

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

nach Hause fuhren, blieben unsere Kameradinnen aus der deutschen Schweiz im Tessin. Nebel und Regenschauer verdarben ihnen allerdings alle Pläne für einen schönen Sonntagsausflug.
15. März! Heute war unser letzter Diensttag. Er war vor allem dem grossen Hausputz der Baracken gewidmet. Mit Besen, Schrubber, Staubtüchern und anderen Utensilien bewaffnet, machten wir uns gemeinsam ans Werk. In kürzester Zeit war alles blitzsauber und glänzte in schönster Ordnung wie am ersten Tag. Unser Nachtessen, das aus Vorspeise, Schweinsbraten, Pommes frites und einer Orange bestand, hatten wir uns redlich verdient, desgleichen den gemütlichen Kompanieabend, bei dem wir uns mit Gesang, Musik und Gesellschaftsspielen vergnügten. Eine Kameradin erfreute uns mit einer köstlichen deutsch-italienisch gemischten Schnitzelbank. Frohes Lachen hallte durch die Baracke, und es gab viele Lobesworte.
16. März! Schon gestern war der Himmel bewölkt. Heute jedoch fiel ein leichter Regen, der dazu beitrug, unseren Abschiedsschmerz noch zu verstärken. Nach dem Hauptverlesen in Acquarossa fuhren wir alle mit dem gleichen Zug bis Biasca. Dann trennten wir uns: Die Deutschschweizerinnen reisten nach Norden, wir Tessinerinnen gen Süden. Der Abschied fiel uns schwer. Es schleicht sich immer ein wenig Wehmut ein, wenn es gilt, von Menschen, die einem lieb geworden sind, mit denen man — wenn auch nur für kurze Zeit — in guter Harmonie gelebt hat, Abschied zu nehmen.
Das schönste Erlebnis meines ersten Militärdienstes bedeutete für mich das Zusammensein mit Menschen verschiedener Sprache, verschiedener Lebensgewohnheiten, das immer wieder zu einem Meinungs- und Gedankenaustausch, zu gegenseitigem Erzählen führte.
Werden wir uns wohl alle im nächsten Ergänzungskurs wiedersehen?

Der integrale Sanitätsdienst im modernen Krieg

Oberstdivisionär R. Käser, Oberfeldarzt

Mit dem Aufkommen der modernen Waffentechnik und der damit verbundenen Intensität und Weiträumigkeit der Einwirkung wurde in steigendem Masse auch die Zivilbevölkerung betroffen. Der Krieg wurde «total». Diese höchst bedauerliche Entwicklung veranlasste die Sanitätsdienste aller Armeen, die Massnahmen zu studieren, die auf dem Gebiete des Sanitätswesens angesichts dieser umfassenden Bedrohung zu treffen seien. Dass es einer bereits im Frieden vorbereiteten Koordination der vorhandenen Mittel des zivilen und des militärischen Sanitätsdienstes bedarf, ist offensichtlich. Darüber hinaus müssen aber noch sehr erhebliche zusätzliche Hilfskräfte vorgesehen werden. An zwei aufeinanderfolgenden internationalen Kongressen für Militärmedizin und -pharmazie wurde diese Frage als eines der Hauptthemen behandelt, nämlich 1963 in Caracas und 1965 in Bangkok. Die Schlussfolgerungen des 18. Kongresses in der thailändischen Hauptstadt, an welchem der Verfasser zu diesem Thema ein Hauptreferat zu halten die Ehre hatte, lauteten wie folgt:

1. Der Kongress würde es — in Ergänzung der Schlussfolgerungen des 17. Internationalen Kongresses für Militärmedizin und -pharmazie, der 1963 in Caracas stattfand, — als zweckmässig erachten, die Koordination von Militär- und Zivilärzten zu verbessern, indem in Friedenszeiten ein offizielles Planungsorgan geschaffen würde, das vom Chef des Armeesanitätsdienstes zu leiten wäre und dem sachverständige Delegierte von nichtmilitärischen Regierungsabteilungen sowie von zivilen amtlichen und privaten Gesundheitsbehörden angehörten.
   Dieses Organ sollte mit den nötigen Vollmachten ausgerüstet sein, um den regionalen Behörden, denen die Ausführung der Pläne obliegt, Direktiven geben zu können; auch sollten auf allen Stufen gemischte Stäbe geschaffen werden.

2. *Hospitalisierung*
   Die gegenwärtig zur Verfügung stehende Bettenzahl ist für den Kriegsfall absolut ungenügend. Die Aufnahmefähigkeit der bestehenden Spitäler muss vergrössert werden. Zudem empfiehlt es sich, die Errichtung von Notspitälern ausserhalb der eigentlichen Kampfzonen vorzusehen.

3. *Personal*
   Schon in Friedenszeiten muss eine Bestandesaufnahme des medizinischen und paramedizinischen

Personals vorgenommen und dessen weitere Ausbildung sichergestellt werden. (Medizinische Fakultäten, Rotes Kreuz und andere).
Darüber hinaus sollte die ganze Bevölkerung in den Massnahmen der Ersten Hilfe und in der häuslichen Krankenpflege unterrichtet werden.
Endlich ist es absolut notwendig, dass genügend zivile Transportmittel zur Verfügung stehen.

4. *Material*

An den vorgesehenen Stellen muss das erforderliche Material bereitgehalten werden, sei es durch Erweiterung der bestehenden Spitäler oder Errichtung von Notspitälern.

5. *Die Rolle des militärischen Sanitätsdienstes*

Der Sanitätsdienst muss in der Lage sein, mit mobilen Equipen, die gut ausgebildet und mit eigenem Material ausgerüstet sind, die Hauptzentren des allgemeinen zivilen und militärischen Sanitätsdienstes zu verstärken. Er wird auch mit seinen Transportmitteln die Evakuation ziviler und militärischer Verwundeter aus gemischten Hospitalisationsplätzen unterstützen.
Es ist zu empfehlen, dass bei der Mobilisation die Leitung der vereinigten Sanitätsdienste dem verantwortlichen Chef des Armeesanitätsdienstes in der betreffenden Region übertragen werde.

Die Verschiedenheiten der inneren politischen und rechtlichen Struktur von Land zu Land erlauben zwar kein allgemein gültiges Rezept. Andererseits stellt jedoch die Bedrohung durch den totalen Krieg gerade den Sanitätsdienst überall vor das gleiche Problem, nämlich mit notgedrungen knappen Mitteln einer innert kürzester Zeit anfallenden grossen Patientenzahl in nützlicher Frist helfen zu können. Die Idealforderungen, wie sie in Bangkok aufgestellt wurden, können dabei als Richtlinien dienen, wenn sie auch im einzelnen aus personellen und materiellen Gründen nicht voll erfüllbar sind.
Für die Schweiz gelten die gleichen ungünstigen Gegebenheiten, wie dies für jedes dichtbevölkerte, industrialisierte Land ohne Tiefe des Raumes der Fall ist. Eine nennenswerte vorsorgliche Evakuation der Bevölkerung aus den Städten ist kaum möglich. Ein «Schlachtfeld» im klassischen Sinn ist nicht mehr denkbar, vielmehr sind die potentiellen Kampfräume weitgehend identisch mit den Räumen dichtester Besiedlung. Die Aufgliederung in Kampfzone und Hinterland besteht nicht mehr. Diese Situation ist besonders bedrückend im Falle der Anwendung der Nuklearwaffe, sei es auch nur im sogenannten taktischen Rahmen. Das entscheidende Gewicht, welches unter diesen Umständen den Zivilschutzmassnahmen zukommt, kann nicht genug betont werden!

Es mag an dieser Stelle eingeschaltet werden, dass trotz der beeindruckenden Grosszahl der zu erwartenden Verwundeten infolge direkter Waffenwirkung nicht vergessen werden darf, dass auch ansteckende Erkrankungen und Seuchen das Volksganze — Bevölkerung und Armee — unter den durch den Krieg notgedrungen bedeutend schlechteren hygienischen Verhältnissen bedrohen können. Zivilbevölkerung und Armee bilden eine epidemiologische Einheit. Die prophylaktischen Massnahmen des zivilen Gesundheitswesens, das kantonal geordnet ist, sind deshalb auch für die Armee von entscheidender Bedeutung. Nur sieben Kantone, vornehmlich der Westschweiz, kennen Obligatorien für die Impfung gegen einzelne gefährliche Seuchen, vor allem gegen Pocken.
In der Armee kann der Oberfeldarzt in Friedenszeiten Impfungen nur empfehlen, nicht befehlen. Ohne Impfzwang wird in den Rekrutenschulen zum Beispiel gegen Starrkrampf geimpft. Gerade diese Schutzmassnahme ist für den Katastrophenfall aber von besonderer Wichtigkeit (veschmutzte Wunden!), und zwar in gleicher Weise für den Soldaten wie für den Zivilisten. Eine entsprechende Aufklärung der Gesamtbevölkerung tut deshalb not!

Armeesanitätsdienst

Die allgemeine Wehrpflicht und das Milizsystem ermöglichen uns, einen numerisch starken Armeesanitätsdienst aufzustellen. Wenn auch die Grundausbildung von vier Monaten relativ kurz ist, so bieten andererseits die jährlichen Wiederholungskurse eine ständige Auffrischung und Ergänzung des Gelernten. Es entsteht so eine beachtliche Reserve an männlichem Sanitätspersonal. Hervorheben möchte ich, dass über zwei Drittel unserer Aerzte durch die Schule des Armeesanitätsdienstes gehen. Fast die Hälfte aller Aerzte bleibt während der Dauer ihrer Wehrpflicht in Formationen der Armee eingeteilt.

Es ist unvermeidlich, dass durch diesen hohen Grad der Mobilisierung erhebliche Lücken im friedensmässig vorhandenen zivilen Gesundheitswesen entstehen müssen. Durch Dispensationen im Falle einer Kriegsmobilmachung werden deshalb die Chefärzte aller öffentlichen Spitäler gewissen Umfangs ihre leitende Funktion beibehalten. Hingegen wird die Zahl der zivil praktizierenden Aerzte durch das Einrücken zur Armee sehr stark vermindert, die ärztliche Betreuung der Zivilbevölkerung also zum Teil in Frage gestellt.

Wenn wir das bei der Truppe eingeteilte Sanitätspersonal als erste Stufe, die Sanitätsformationen der Divisionen als zweite Stufe bezeichnen, so umfasst die dritte Stufe alle Sanitätsformationen auf der Ebene Armee. Sie sind für die Endbehandlung, also für die Hospitalisierung verantwortlich. Diese Formationen errichten, zusätzlich zum bestehenden sehr dichten zivilen Spitalnetz, eine grössere Anzahl von sogenannten Basisspitälern (improvisierte ad hoc Spitäler in Pavillonanlagen, Hotels, Schulhäusern usw.), wodurch die Gesamtzahl an *Akutbetten* beinahe verdoppelt wird. Der Akutbettenkoeffizient für das ganze Volk steigt dadurch auf ein Bett pro 78 Personen an.

Dieser Berechnung ist zu entnehmen, dass heute auf der Stufe Hospitalisation eine gemeinsame sanitätsdienstliche Betreuung Armee/Zivilbevölkerung als notwendig erachtet wird. Es ist die meines Erachtens einzig realistische Lösung. Es muss zur Selbstverständlichkeit werden, dass alle Spitäler, seien sie unter ziviler Leitung oder militärischem Kommando, im Katastrophenfall sowohl verletzte Zivilpersonen als auch verletzte Wehrmänner aufzunehmen haben. Um eine genügende Aufnahmefähigkeit zu erzielen, ist vorgesehen, dass die Zivilspitäler in gespannter Lage soviel Patienten als möglich entlassen und Neuaufnahmen auf dringende Notfälle beschränken. Für die als «Territorialspitäler» bezeichneten Zivilspitäler ist diese Massnahme bereits heute vorgeschrieben.

Wenn vom Material her gesehen diese gemischten und stark erweiterten Betriebe ein rein finanzielles und damit lösbares Problem darstellen, so verhält es sich anders beim *Personal;* denn Aerzte und Berufskrankenpflegerinnen und -pfleger sind natürlich nur in jener Zahl vorhanden, wie sie das zivile Sanitätswesen im Frieden erfordert. Die Zuteilung dieser unersetzlichen und nicht ergänzbaren Berufsspezialisten auf die beinahe verdoppelte Zahl der Akutspitäler stellt demnach ein schwieriges Problem dar. Wir sind nun nicht der Ansicht, dass eine von vorneherein möglichst gleichmässige Aufteilung der personellen Mittel richtig wäre; vielmehr wollen wir den alten taktischen Grundsatz beherzigen, wonach bei Knappheit der Mittel aus diesen besonders grosse Reserven auszuscheiden seien, damit man schwerpunktmässig am Orte der Not stark sei. Anders ausgedrückt heisst das, dass erhebliche Teile, vor allem der dritten Stufe des Armeesanitätsdienstes (Militärsanitätsanstalten) so mobil gehalten werden müssen, dass sie aus kampffernen Räumen an die Katastrophenherde, also an die Hauptverlustzonen, von aussen herangebracht werden können. (Es ist klar, dass der Sanitätsdienst der Truppe und der Divisionen primär den Bedürfnissen der im Kampf stehenden Verbände zu genügen hat und nur dann für Katastrophen-Sanitätsdienst herangezogen werden kann, wenn er nicht engagiert ist.) Ausserdem scheint es uns ein sehr ins Gewicht fallender Vorteil zu sein, dass militärisch geschulte und disziplinierte Sanitätseinheiten in Katastrophensituationen den Kern des Sanitätsdienstes bilden, wobei sie durch weitere Truppenverbände — Kampftruppen und technische Truppen — unterstützt werden sollen, wie dies in der neuen Konzeption unserer militärischen Landesverteidigung auch vorgesehen ist. Die Panikanfälligkeit der von der Katastrophe Betroffenen wird geringer, wenn eine straffe Führung jedem seine Aufgabe zuweist.

Im Hinblick auf den zu erwartenden Massenanfall ist es zudem unerlässlich und wird auch so instruiert, dass die Mehrheit des subalternen Sanitätspersonals zur Entlastung der Aerzte und Berufspfleger paramedizinische Techniken, wie zum Beispiel Infusionen und Injektionen, ausführen kann; solche Fertigkeiten können aber nur in genügend langer Grundschulung, wie sie der Militärdienst darstellt, erworben werden.

Ein weiteres Erfordernis im Rahmen des Armeesanitätsdienstes besteht darin, die Aerzte im Interesse ihrer unersetzlichen Funktion von allem zu entlasten, was auch andere tun können. So werden wir demnächst neue Kategorien von Offizieren des Sanitätsdienstes einführen, denen administrative und organisatorische Aufgaben überbunden werden.

Aber auch die Schulung der Truppenärzte selbst auf die Bedürfnisse des Sanitätsdienstes in der Katastrophe ist nötig; bei der sehr weitgehenden Spezialisierung unserer Aerzte sind viel zu wenige in der Notfallchirurgie erfahren. Die Schulung für Katastrophenmedizin sollte allerdings Pflichtfach an allen medizinischen Fakultäten sein; denn dieses Können ist im totalen Kriege nicht nur für den Militärarzt, sondern auch

für jeden Zivilarzt unerlässlich, muss er doch im Rahmen des integralen Sanitätsdienstes Hand in Hand mit seinen mobilisierten Kollegen arbeiten. In der Sanitätsoffiziersschule wird ein solcher Unterricht erteilt, allerdings infolge der zu knappen Zeit bisher nur in bescheidenem Umfang.
Dem akuten Mangel an Anaesthesisten im Katastrophenfall versuchen wir seit vielen Jahren abzuhelfen, indem wir einen Teil der Militärzahnärzte in mehrmonatiger Ausbildung und jährlichen Wiederholungskursen an Fachabteilungen zu Militäranaesthesisten ausbilden. Die Erfahrungen sind sehr erfreulich.

Ziviler Sanitätsdienst

Die Durchführung des integralen Sanitätsdienstes ist jedoch nicht denkbar ohne kräftige Mithilfe der zivilen Seite. Die Verlusterwartungen der Zivilbevölkerung sind im totalen Krieg zahlenmässig höher als diejenigen der Armee. Das Verhältnis zwischen zivilen Verlusten und Verlusten der Armee hat sich mit dem Aufkommen des totalen Krieges grundlegend geändert. Während im Ersten Weltkrieg auf 18 Soldaten nur ein Zivilist umkam, betrug das Verhältnis im Zweiten Weltkrieg bereits 1:1, im Korea-Krieg sogar 1:5. In einem nuklearen Krieg dürfte — angesichts der immer dichter werdenden Agglomerationen selbst in bisher ländlichen Gebieten — das Verhältnis 1:10 oder höher zuungunsten der Zivilbevölkerung liegen.
Da nun der Armeesanitätsdienst fast die Hälfte der Aerzte und etwa einen Viertel der Berufskrankenpflegerinnen mobilisiert, muss er bereit sein, in Katastrophensituationen mit diesem unersetzlichen Personal schwerpunktmässig der Gesamtbevölkerung Hilfe zu bringen. Um diese Aufgabe zu erfüllen, ist er auf zahlreiches Hilfspersonal angewiesen.
Das zivile Sanitätspersonal für Ersthilfe und lebensrettende Sofortmassnahmen ist im Zivilschutz eingeteilt, der durch Bundesgesetz geregelt, aber gemeinde- und kantonsweise aufgebaut ist. Das Bundesamt für Zivilschutz gibt Richtlinien für die Ausbildung heraus und richtet die gesetzlichen Subventionen an Zivilschutzbauten aus. Bisher besteht ein Obligatorium für den Zivilschutz nur für die nicht militärdiensttauglichen Männer, nicht aber für die Frauen; und doch sind gerade diese das grosse Reservoir für den integralen Sanitätsdienst! Es gilt hier, auf freiwilligem Wege durch den Besuch von Krankenpflege- und Samariterkursen eine möglichst grosse Reserve an Ersthelferinnen und Hilfspflegerinnen unter den Frauen zu bilden. Sie sollen als Helferinnen im Kriegsfalle dem örtlichen Zivilschutz, aber auch als Hilfspflegerinnen den Zivilspitälern ihrer Wohnorte zur Verfügung stehen, um die Lücken, die durch die Mobilisierung eines Teiles der Krankenpflegerinnen zum Armeesanitätsdienst entstehen, ausfüllen zu helfen. Das Schweizerische Rote Kreuz und seine Hilfsorganisationen leisten im Kurswesen seit Jahrzehnten Vorbildliches; die Zahl der bisher auf freiwilliger Basis Ausgebildeten ist aber noch nicht annähernd gross genug, besonders wenn wir daran denken, dass zusätzlich zu den bestehenden Spitälern noch Ausweichspitäler in der Umgebung der Grossagglomerationen eingerichtet werden, die als Ersatz zerstörter oder als Erweiterung überfüllter Spitäler zu dienen haben.
Ich habe auf Grund der bisherigen Erfahrungen meine grossen Zweifel an der Lösung dieses Problems auf rein freiwilliger Basis. Man hört oft, dass bei wirklicher Gefahr sich noch viele melden würden. Wer aber keine Vorbildung mitbringt, ist im Kriege wenig zu gebrauchen.
Ein Obligatorium für die Ausbildung in Krankenpflege und Erster Hilfe, zum Beispiel für alle Frauen zwischen 20 und 50 Jahren (entsprechend der Wehrpflicht der Männer), würde die absolut notwendige grosse Pflegereserve bringen. Ein Obligatorium für Frauen ist aber nur denkbar, wenn die staatspolitischen Konsequenzen endlich gezogen werden!

Es ist zu hoffen, dass dem ausgebildeten Sanitätspersonal des Zivilschutzes, das ja Hand in Hand mit dem Sanitätspersonal der Armee arbeitet, das Rotkreuzstatut zugebilligt wird, wie es an der Internationalen Rotkreuzkonferenz 1965 in Wien von der grossen Mehrzahl der Länder gefordert wurde.
Wenn heute die Erste Hilfe in der Armee von jedem Wehrmann erlernt und beherrscht wird, ist dies bei der Zivilbevölkerung noch keineswegs der Fall. Dank der Bemühungen des Schweizerischen Samariterbundes und weiterer Hilfsorganisationen des Roten Kreuzes werden Zehntausende ausgebildet. Unsere Forderung geht aber dahin, dass der Ersthilfeunterricht bereits in der Volksschule als Pflichtfach erteilt werde. Da das Erziehungswesen in die Hoheit der Kantone fällt, wird es noch einige Zeit dauern, bis dieses Ziel erreicht ist; in einzelnen Kantonen wird unser Postulat jedoch bereits verwirklicht.

Sehr erfreulich ist die Zusammenarbeit des Armeesanitätsdienstes mit dem Schweizerischen Roten Kreuz und neuerdings auch mit dem Bundesamt für Zivilschutz: Die Vereinheitlichung der Grundsätze für die Ausbildung ist Tatsache, ebenso die Standardisierung des Materials im militärischen und zivilen Sanitätsdienst. Die Beschaffung erfolgt vielfach gemeinsam.
Der Armeesanitätsdienst arbeitet ferner mit dem Bundesamt für Zivilschutz und auch mit den Kantonen eng zusammen, wenn es um die Planung von geschützen Operationsstellen und Pflegeräumen bei Neu- und Umbauten von zivilen Spitälern geht. Um die Transportstrecken für die verletzten Militär- und Zivilpersonen zu verkürzen, müssen wir danach trachten, auch mit den durch die Armee betriebenen Basisspitälern näher als bisher an mögliche Kampfräume heranzugehen, oft in Anlehnung an bestehende Zivilspitäler (Adnexbildung). Es ist angesichts der grossflächigen Bedrohung durch einen totalen Krieg unerlässlich, dass zumindest die unersetzlichen Spezialisten und ihr Arbeitsplatz samt Material, also die chirurgischen Equipen, die Operationsräume und die Frischoperiertenstationen unterirdisch angelegt werden. Ausserdem muss das für die Errichtung von ad hoc Spitalerweiterungen nötige Bettenmaterial samt Zubehör in solchen geschützten Räumen oder zumindest in deren Nähe schon im Frieden eingelagert werden. Durch Zusammenlegen ziviler und militärischer Kredite können die geschützten Operationstrakte und die dazugehörigen Pflegestationen wesentlich grosszügiger gebaut werden, als wenn jeder Partner für sich gesondert plant und baut. Leider fehlen für dieses Zusammengehen in finanziellen Belangen noch eindeutige legale Grundlagen. Eine territoriale, regionale Gesamtplanung des zivilen und militärischen Hospitalisationsnetzes und des entsprechenden pharmazeutischen und materiellen Dienstes ist dringend und durch die Zusammenarbeit der Generalstabsabteilung, der Abteilung für Sanität und des Bundesamtes für Zivilschutz heute auf guten Wegen. Nach den Plänen des Bundesamtes für Zivilschutz sollen im Endausbau für vier Prozent der Gesamtbevölkerung Betten und Liegen bereitstehen. Eine solche Zahl ist im Hinblick auf die im totalen Kriege zu erwartenden Verluste keineswegs zu hoch bemessen. Heute stehen 37 000 Akutbetten in den über das ganze Land in dichtem Netz verstreuten Zivilspitälern zur Verfügung, davon 22 000 in den als Territorialspitälern bezeichneten Krankenhäusern. Nach vollzogener Mobilmachung kommen weitere 30 000 Betten in den Basisspitälern der Armee dazu. Die total 67 000 Akutbetten entsprechen einem Prozentsatz von etwa 1,1 der Gesamtbevölkerung (gegenüber den geforderten vier Prozent).
Es ist bei der Projektierung der Gesamtzahl von Betten aber nicht ausser acht zu lassen, dass der wesentliche begrenzende Faktor in der Gesamtzahl des bestenfalls zur Verfügung stehenden ausgebildeten Sanitätspersonals liegt, sowohl des zivilen als auch des militärischen Sektors. Der Hauptfaktor «Gesamtzahl der Aerzte» ist gegeben und kann innert nützlicher Frist nicht gesteigert werden!
Es wurde bereits erwähnt, dass kombinierte Spitäler Zivil/Armee durch Adnexbildung angestrebt werden. Es ist nun vorgesehen, für die territorialen Basisspitäler in weit grösserem Masse als bisher auch die Angehörigen des Armeesanitätsdienstes, also die Sanitätsoffiziere, die Sanitätsmannschaften und die Angehörigen der dem Armeesanitätsdienst unterstellten Rotkreuzformationen aus der engeren Umgebung, wo es geht sogar örtlich, zu rekrutieren, so dass die territorial eingesetzten Sanitätsformationen praktisch an ihrem Einsatzort wohnen. Mit diesen Massnahmen ist es möglich, dass die Zivilbevölkerung von ihren Aerzten auch nach deren Mobilisierung weiter betreut werden kann, wenn auch in einem den besonderen Umständen entsprechenden geringeren Ausmasse.
Einen besonderen Hinweis verdient die Zusammenarbeit unseres Armeesanitätsdienstes mit dem Schweizerischen Roten Kreuz. Seit Anfang dieses Jahrhunderts stellt das Schweizerische Rote Kreuz dem Armeesanitätsdienst Formationen Freiwilliger zur Verfügung. Heute wäre der Betrieb der bei Kriegsmobilmachung zusätzlich errichteten vielen Basisspitäler der Armee nicht denkbar ohne die Formationen des Rotkreuzdienstes: Hilfsdienstpflichtige Männer, in Rotkreuzkolonnen zusammengefasst, und freiwillig dienstleistende Frauen (Krankenschwestern, Hilfspflegerinnen, Spezialistinnen, Pfadfinderinnen), in Rotkreuzdetachementen formiert, stellen den Transport- und Pflegedienst dieser Endbehandlungsspitäler sicher. Sie werden unterstützt von Sanitätsfahrerinnen des freiwilligen Frauenhilfsdienstes. Allerdings darf nicht verschwiegen werden, dass die Friedensbestände, solange es sich nur um einen freiwilligen Einsatz handelt, die Sollbestände nicht annähernd erreichen. Die Erfahrungen aus der letzten Kriegszeit, während der sich über 14 000 Frauen dem Armeesanitätsdienst zur Verfügung stellten, lassen erwarten, dass sich zahlreiche Frauen in gespannter Lage zusätzlich melden würden; meine früher geäusserten

Bedenken über den Einsatz unausgebildeten Personals seien jedoch nochmals angeführt.
Eine enge Zusammenarbeit zwischen Armeesanität und Rotem Kreuz besteht auch auf dem Gebiete des Blutspendewesens. Das Zentrallaboratorium des Schweizerischen Roten Kreuzes und seine Zweigstellen, die in armeeigenen Unterfelsanlagen eingerichtet sind, verarbeiten die freiwilligen Blutspenden der Armee und der Zivilbevölkerung zu Trockenplasma und Plasmaderivaten. So war es möglich, eine sehr erhebliche Trockenplasmareserve anzulegen, die dem integralen Sanitätsdienst zur Verfügung steht. Auch Blutersatzpräparate werden im Auftrag des pharmazeutischen Dienstes der Armee vom Schweizerischen Roten Kreuz fabriziert. Für den Blutentnahmedienst sind hiefür ausgebildete Angehörige des Rotkreuzdienstes in Sanitätsformationen der Armee eingeteilt. Für die gewaltigen Bedürfnisse des integralen Sanitätsdienstes muss jedoch der Blutspendedienst noch weiter ausgebaut und dezentralisiert, die Zahl der Blutspender wesentlich erhöht werden. Die Zahl der eingeschriebenen Blutspender des Schweizerischen Roten Kreuzes umfasst zwar heute erfreulicherweise vier Prozent der Bevölkerung. Gemessen an den vierzig Prozent und mehr, wie sie in einzelnen Ländern zur Kriegszeit zur Verfügung standen, nimmt sich diese Zahl aber noch recht bescheiden aus; den Bedürfnissen eines integralen Sanitätsdienstes wird sie jedenfalls keineswegs gerecht.
Eine noch aufzustellende Schattenorganisation für den Blutspendedienst im Kriegsfall muss weit grösseren Umfang aufweisen als in Friedenszeiten erforderlich.
Endlich beschaffen und verwalten das Schweizerische Rote Kreuz und seine Sektionen Tausende von Betten mit Zubehör. Diese Sortimente sind standardisiert und auf die Notspitalsortimente der Armee abgestimmt, welche ebenfalls stark dezentralisiert eingelagert und für die Errichtung zusätzlicher Not- oder Ausweichspitäler zugunsten militärischer und ziviler Patienten bestimmt sind. Eine bestmögliche Koordination aller gemeinsamen Massnahmen zwischen dem Schweizerischen Roten Kreuz und dem Armeesanitätsdienst ist dadurch gewährleistet, dass der Rotkreuzchefarzt im Armeestab eingeteilt und dem Oberfeldarzt unterstellt ist.
Diese Darlegungen zeigen, dass der Armeesanitätsdienst, wenigstens in seiner dritten Stufe, weit über seine traditionelle Aufgabe zugunsten der Armee hinaus bei der sanitätsdienstlichen Betreuung des ganzen Volkes mitzuarbeiten hat. Es handelt sich hier nicht nur um eine Mitarbeit von Fall zu Fall, sondern um eine Daueraufgabe. Der Armeesanitätsdienst muss hiefür über die nötige Autonomie verfügen. Im Gegensatz zu den materiellen Versorgungsdiensten der Armee, mit denen er zwar Räume und Achsen weitgehend zu teilen hat, muss er sein Schwergewicht nicht allein auf die Bedürfnisse der Feldarmee ausrichten, sondern in erheblichem Masse auf die Erfordernisse regionaler Gesamtverlustzonen. Hieraus ergibt sich, dass wesentliche Teile der dritten Stufe des Armeesanitätsdienstes dezentralisiert und territorial gebunden einzusetzen sind, also durch ein territoriales Hospitalisationskommando, das in engstem Kontakt mit dem entsprechenden zivilen Stab steht, geleitet werden muss. Auf der Stufe der Territorialkreise entspricht dieser zivile Stab den verantwortlichen kantonalen Behörden, in deren Hoheit das öffentliche Gesundheits- und Sanitätswesen in unserem Lande fällt. Der Einsatz von mobilen und stabilen Reserven des Armeesanitätsdienstes, die gerade im Hinblick auf Schwerpunktsbildungen nach wie vor erheblichen Umfang haben müssen, wird weiterhin in der Hand des Sanitätsstabes des Armeekommandos verbleiben müssen.
Der Gedanke der engen Zusammenarbeit auf dem Gebiete des Sanitätswesens, insbesondere was die Hospitalisation betrifft, ist sowohl auf seiten der Armee als auch auf ziviler Seite heute unbestritten. Die Verwirklichung im einzelnen und vor allem die Regelung der Kommandoordnung auf allen Ebenen wird indessen, das wollen wir nicht verhehlen, noch viele Hindernisse zu überwinden haben. Die künftige neue Ordnung des Territorialdienstes wird die nötigen Voraussetzungen schaffen. Besonders wichtig ist dabei die Abstimmung auf die föderalistische Struktur, auf die politischen Gegebenheiten. Die Armee und insbesondere ihre territorial gebundenen Teile sind der umfassenden Landesverteidigung zu integrieren, in welcher die politischen Behörden aller Ebenen die zivilen Stäbe zu bilden haben. Die Führung von Katastrophenkommandos, die aus zivilen und militärischen Elementen (von Fall zu Fall auch der Kampfarmee) zusammengesetzt sind, muss demjenigen zufallen, der beste lokale Kenntnisse des Katastrophenraumes und der vorhandenen Mittel mit echter Autorität und Führungserfahrung in sich vereinigt. Erst im Schutze eines solchen Katastrophenkommandos kann der integrale Sanitätsdienst optimal funktionieren.
Im Rahmen der Kampfarmee, des Zivilschutzes und des zivilen Sanitätswesens wird dem integralen Sanitätsdienst in materieller und psychologischer Hinsicht

Das Rote Kreuz hilft mit

eine zentrale Stellung zukommen, ganz besonders in jenen entscheidenden Phasen des totalen Krieges, wo es um das Ueberleben und um das Durchhalten geht.

Wenn die sehr beachtlichen Anstrengungen unserer Armee für eine moderne und schlagkräftige Ausbildung und Bewaffnung in erster Linie einen potentiellen Gegner davon abhalten sollen, unser Land überhaupt anzugreifen, so dürfen wir uns nicht durch mangelhaften Schutz der Zivilbevölkerung und im Bereich der Katastrophenhilfe eine Blösse geben, die den Gegner dazu verleiten könnte, mit Terrorangriffen und mit atomarer Erpressung zu erzwingen versuchen, was er im Kampf der Waffen nur mit sehr grossen eigenen Verlusten erreichen würde.

Es ist nicht zu verwundern, dass eine traditionell so eng mit dem Armeesanitätsdienst verbundene Organisation wie das Schweizerische Rote Kreuz als nationale Rotkreuzgesellschaft eines wehrbereiten Kleinstaates lebhaftes Interesse an allen Fragen der Landesverteidigung nimmt und auch berufen ist, in der Landesverteidigung eine Rolle zu spielen.

Wenn wir fragen, in welcher Weise unser Rotes Kreuz seinen Beitrag leiste, drängt sich natürlich zuerst die Institution des *Rotkreuzdienstes* ins Bewusstsein. Die Detachemente, in denen die Frauen, und die Kolonnen, in denen die Männer eingeteilt sind, bilden einen Bestandteil des Schweizerischen Roten Kreuzes. Aus der von Dunant angeregten freiwilligen Mithilfe von Zivilisten bei der Pflege von verwundeten und kranken Soldaten sind die ersten Rotkreuzgesellschaften entstanden. Auch bei uns stand diese Aufgabe seinerzeit im Vordergrund. Aus dem Bedürfnis nach vorgebildetem Pflegepersonal zur Ergänzung des Armeesanitätsdienstes ergab sich die Förderung der freien *Krankenpflege* durch das Schweizerische Rote Kreuz, und deshalb ist es auch gemäss Bundesbeschluss vom 13. Juni 1951 für die Ueberwachung der Ausbildung in den von ihm anerkannten Krankenpflegeschulen zuständig. Die Tätigkeit für die Krankenpflege mit ihren Randgebieten (wie Chronischkrankenpflege, Beschäftigungstherapie, Laborantinnenschulung) hat einen enormen Umfang angenommen und erweitert sich noch ständig.

Entsprechend der gewandelten Kriegstechnik, welche die Zivilbevölkerung mindestens so sehr bedroht wie die Truppe, kann sich unser Rotes Kreuz nicht mehr damit begnügen, den Armeesanitätsdienst zu unterstützen; es muss auch Hilfe für die zivilen Opfer vorsehen. Die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für *Zivilschutz* drängte sich auf, und dieser zusätzlichen Aufgabe wurde in den neuen Statuten von 1963 Rechnung getragen. Danach wirkt das Schweizerische Rote Kreuz bei der Aufklärung über Gefahren und Schutzmöglichkeiten mit, bildet Personal für den Zivilschutz und die Zivilspitäler aus und stellt Material bereit. In der Praxis geht es darum (neben der Vergrösserung der dezentralisierten Bettenreserven), möglichst viele pflegerische Hilfskräfte auszubilden: Samariter, Ersthelfer, Rotkreuzspitalhelferinnen. Hier ist das Schweizerische Rote Kreuz auf die Unterstützung durch seine Hilfsorganisationen angewiesen.

Das dichte Netz von Samaritervereinen — sie sind im Schweizerischen *Samariterbund* zusammengeschlossen, der die wichtigste Hilfsorganisation des Schweizerischen