

# Der Koordinierte Sanitätsdienst

Autor(en): **Leonardi, Franco**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **93 (1984)**

Heft 1: **Mitwirkung der Frau in der Gesamtverteidigung**

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-975459>

## **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.

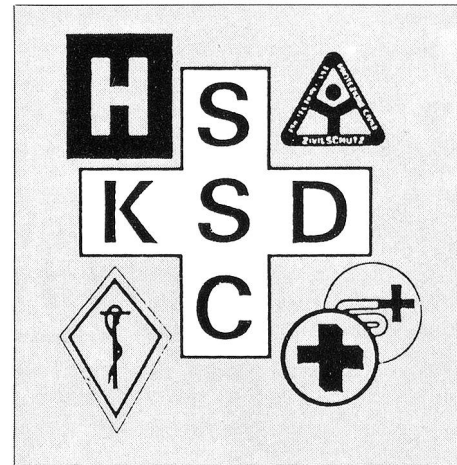
# Der Koordinierte Sanitätsdienst

Franco Leonardi, Chef des Sekretariates des Ausschusses Sanitätsdienst

Der Koordinierte Sanitätsdienst will nichts Neues schaffen, sondern die bestehende sanitätsdienstliche Infrastruktur koordinieren.

Wenn im Katastrophen- oder Kriegsfall der Koordinierte Sanitätsdienst landesweit in Kraft gesetzt werden muss, werden von den heute bestehenden 701 Spitälern und Kliniken nur noch deren rund 180 als geschützte Basisspitäler betrieben. Oberirdisch sind heute in der Schweiz über 82 000 Spitalbetten verfügbar; diese werden durch 150 000 Patientenplätze in geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen ersetzt. Diese Verdoppelung der sanitätsdienstlichen Infrastruktur zieht personelle Probleme nach sich: die 177 000 im Sanitätsdienst tätigen Personen – wovon etwa 40 000 Ausländer) können den Bedarf nicht allein abdecken, der Personalbestand muss in allen Anlagen zu 60 % mit sanitätsdienstlich ausgebildeten Laien ergänzt werden.

Der nachfolgende Artikel soll Sie mit den Grundsätzen des Koordinierten Sanitätsdienstes vertraut machen und Sie zur Mitarbeit anspornen.



## Grundlagen

In seinem Bericht an die Bundesversammlung über die Sicherheitspolitik der Schweiz vom 27. Juni 1973 stellt der Bundesrat unter anderem fest:

*«Enge Zusammenarbeit ist vor allem im Sanitätsdienst unerlässlich, wo sich Armee, Zivilschutz und öffentliches Gesundheitswesen der Kantone und Gemeinden in die ärztliche Versorgung von Kranken, Verwundeten und Pflegebedürftigen teilen.»*

Entsprechend diesem Bericht des Bundesrates setzte der Stab für Gesamtverteidigung am 11. Oktober 1973 einen Ausschuss Sanitätsdienst ein, dem er folgenden Auftrag erteilte:

- ein Grundkonzept für den Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) auszuarbeiten,
  - bestehende Rechtsgrundlagen zu überarbeiten bzw. neu zu erarbeiten,
  - für die Realisierung des Koordinierten Sanitätsdienstes zu sorgen,
  - dessen Ausführung zu überwachen.
- Der Ausschuss Sanitätsdienst erarbeitete ein «Konzept KSD», dem alle Kantonsregierungen zugestimmt haben.

*Der Koordinierte Sanitätsdienst hat zum Ziel, durch Einsatz aller personellen, materiellen und einrichtungsmässigen sanitätsdienstlichen Mittel des Lan-*

*des in allen strategischen Fällen – ausser im Normalfall – die Behandlung und Pflege der Patienten zu ermöglichen.*

Die Koordination der verschiedenen Sanitätsdienste kann nur dann zum Tragen kommen, wenn alle an diesem Vorhaben beteiligten zivilen und militärischen Stellen die Definition des Begriffes «Patient» anerkennen:

**Der Begriff «Patient» umfasst alle verwundeten und kranken Militär- und Zivilpersonen beiderlei Geschlechts, jeden Alters und aller Nationalitäten.**

Beim Koordinierten Sanitätsdienst geht es nicht darum, einen neuen Sanitätsdienst zu organisieren, sondern darum, die bestehenden Sanitätsdienste so zu koordinieren, dass das angestrebte Ziel erreicht werden kann, denn im Falle einer Katastrophe oder eines Krieges ist im Vergleich mit Normalzeiten innerhalb von 24 Stunden mit

- 3× mehr Spitaleintritten
- 5× mehr chirurgischen Eingriffen
- 10× mehr Notfällen zu rechnen.

Zudem können Patienten örtlich und zeitlich in Massen anfallen, die meisten Patienten Mehrfachverletzungen erlitten haben und viele Patienten unter Schockwirkung leiden.

Das Personal muss in Kriegszeiten unter anderen Bedingungen arbeiten

und muss mehr leisten, da mehr Patientenplätze betrieben werden; es kommt in ungewohnten und engen geschützten sanitätsdienstlichen Anlagen zum Einsatz; es muss im 24-Stunden-Betrieb arbeiten und wird starken seelischen Belastungen ausgesetzt sein. Unter solchen Umständen muss auch eine andere Medizin praktiziert werden, denn es muss damit gerechnet werden, dass von den eingelieferten spitalpflegebedürftigen Patienten

10 % Notfälle sind, die in weniger als 6 Stunden nach ihrer Verletzung oder Erkrankung behandelt werden müssen,

30 % innert 6 bis 12 Stunden und 60 % innert 12 bis 24 Stunden behandelt werden müssen.

Der Koordinierte Sanitätsdienst muss so organisiert und vorbereitet sein, dass auch im schlimmsten Fall möglichst vielen Patienten Überlebenschancen geboten werden können. Das bedingt, dass spitalpflegebedürftige Patienten spätestens 6 Stunden nach ihrer Verletzung oder Erkrankung im Basisspital eingeliefert und innert 24 Stunden nach ihrer Verletzung oder Erkrankung im Basisspital behandelt worden sind.

Damit diese Ziele erreicht werden können, müssen die sanitätsdienstlichen Transporte so kurz wie möglich sein. Das bedeutet, dass

- die von den zivilen Behörden und der Armee bereitgestellten Basis-spitäler **allen Patienten** offenstehen,
- die den KSD-Partnern zur Verfügung stehenden Mittel so aufeinander abgestimmt sind, dass eine **gegenseitige Hilfeleistung** möglich wird.

### Partner, Mittel

Als Partner arbeiten im Koordinierten Sanitätsdienst zusammen:

- das öffentliche Gesundheitswesen des Bundes, der Kantone und Gemeinden,
- die Zivilschutzorganisationen,
- der Armeesanitätsdienst,
- private Organisationen wie
  - das Schweizerische Rote Kreuz,
  - der Schweizerische Samariterbund.

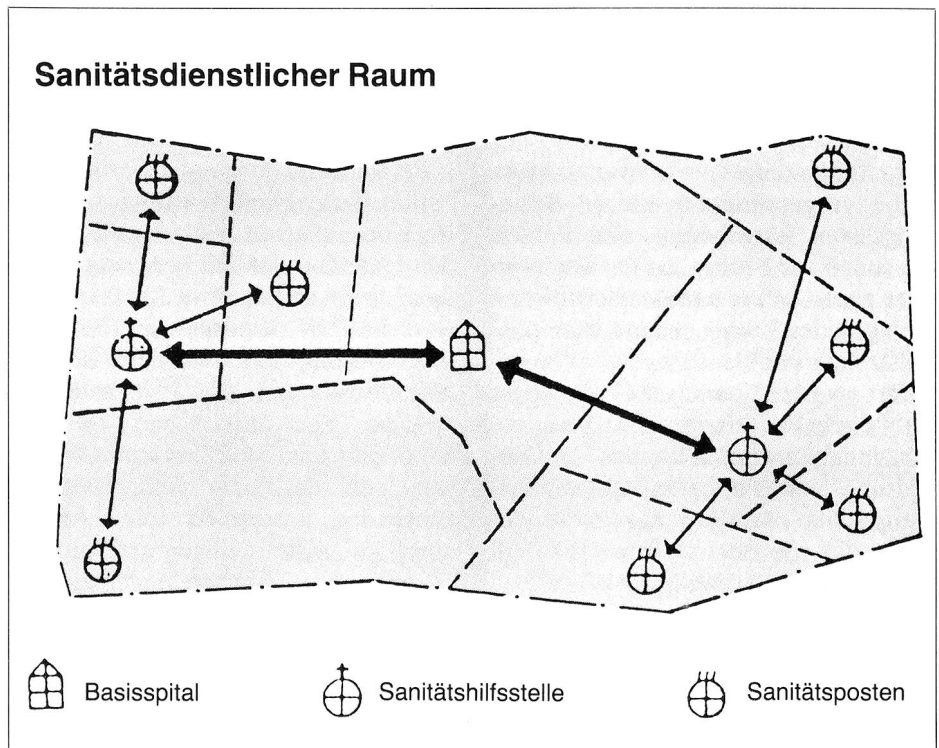
In allen strategischen Fällen haben die **Kantone** die Aufgabe, das öffentliche Gesundheitswesen aufrechtzuerhalten.

In Zeiten aktiven Dienstes bereiten die **Zivilschutzorganisationen** die Erstversorgung der Patienten aus dem zivilen Bereich vor. Bei Schutzraumbezug stellen sie den Betrieb der Sanitätsposten, der Sanitätshilfsstellen sowie in der Regel auch der Notspitäler sicher.

In Zeiten aktiven Dienstes bezieht der **Armeesanitätsdienst** ein Dispositiv und vervollständigt, verstärkt oder ersetzt wenn nötig die sanitätsdienstliche Infrastruktur der zivilen Behörden.

**Private Organisationen**, wie das Schweizerische Rote Kreuz oder der Schweizerische Samariterbund, unterstützen das öffentliche Gesundheitswesen der Kantone und Gemeinden, den Zivilschutzsanitätsdienst und den Armeesanitätsdienst zur Hauptsache in personeller Hinsicht. Innerhalb ihrer Organisation sind sie für die Ausbildung des Personals verantwortlich und werben für den Beitritt zum Zivilschutzsanitäts- oder Rotkreuzdienst. Gemäss Zivilschutzgesetz sind für 2 % der gesamten Bevölkerung geschützte Patientenplätze in sanitätsdienstlichen Anlagen bereitzustellen, die sich zu je einem Drittel auf Sanitätsposten, Sanitätshilfsstellen und Geschützte Operationsstellen (GOPS) oder Notspitäler (NS) aufteilen.

Alle Kantone teilen ihr Gebiet in sanitätsdienstliche Räume ein. Ein sanitätsdienstlicher Raum umfasst ent-



weder mehrere Gemeinden, eine ganze oder eine Teilgemeinde. Die ganze Schweiz wurde mit einem Netz von etwa 180 sanitätsdienstlichen Räumen überzogen, jeder ist für rund 38 000 Einwohner konzipiert und erhält:

- 1 Basisspital
- 1-2 Sanitätshilfsstellen (für je 18 000 Einwohner)
- 6-8 Sanitätsposten (für je 5000 Einwohner)

Ein Basisspital kann sein:

- ein Zivilspital mit gebauter oder geplanter Geschützter Operationsstelle
- ein Notspital
- ein militärisches Basisspital

Eine *Geschützte Operationsstelle (GOPS)* oder ein *Notspital (NS)* verfügt über 248 Liegestellen, 2 Operationstische und die notwendige Infrastruktur für Patienten und Personal. Ein *militärisches Basisspital* ist doppelt so gross wie ein ziviles, es umfasst 500 Betten und 4 Operationstische. Das Basisspital ist der Ort der chirurgischen Versorgung und der Pflege spitalbedürftiger Patienten.

Eine *Sanitätshilfsstelle* verfügt über 128 Liegestellen und 1 Operationstisch. In der Sanitätshilfsstelle führt der Arzt kleine chirurgische Eingriffe durch.

Ein *Sanitätsposten* ist mit 32 Liegestellen und einem Behandlungsraum versehen. Er ist die geschützte Arztpraxis.



*Auch das öffentliche Gesundheitswesen ist Teil des KSD.*

Diese geschützten zivilen Anlagen werden durch 40 militärische Basisspitäler, Sanitätshilfsstellen, Patientensammelstellen und Verwundetennester der Armee ergänzt.

Im Endausbau (im Jahre 1990), der heute zu rund 50 % erreicht ist, werden folgende sanitätsdienstlichen Anlagen zur Verfügung stehen:

180 Geschützte Operationsstellen (GOPS)

30 Notspitäler (NS)

400 Sanitätshilfsstellen (San Hist)

1500 Sanitätsposten (San Po)

Falls der vorsorgliche Bezug der Schutzräume vor dem Endausbau der sanitätsdienstlichen Anlagen nötig

würde, müssten auch die oberirdischen Krankenhäuser mit geplanter Geschützter Operationsstelle ihren Betrieb als Basisspital aufrechterhalten.

Die Patientenwege werden heute schon vorgeschrieben und in Basisrungslisten festgehalten. Die Patienten sollen zur Entlastung der Basisspitäler zuerst in die sanitätsdienstlichen Anlagen der Zwischenstufe (Sanitätshilfsstellen und Sanitätsposten) eingeliefert werden, damit dort die nicht spitalpflegebedürftigen Patienten zurückgehalten werden können. Die Zuweisung von Patienten zu sanitätsdienstlichen Anlagen der Zwischenstufe und von dort in das Basisspital nennt man Basierung.

Der Koordinierte Sanitätsdienst kann also nur funktionieren, wenn die Patienten dauernd transportiert werden können. Deshalb kommt auch den sanitätsdienstlichen Transporten grosse Bedeutung zu. Es wird zwischen primären und sekundären sanitätsdienstlichen Transporten unterschieden.

*Primäre sanitätsdienstliche Transporte* führen vom Ort des Patientenfalls über sanitätsdienstliche Einrichtungen der Zwischenstufe in das Basisspital. Diese Transporte fallen in den Verantwortungsbereich der zivilen Behörde, soweit sie die Zivilbevölkerung betreffen, und in den Verantwortungsbereich der Truppenkommandanten, wo es um Patienten aus dem militärischen Bereich geht.

*Sekundäre sanitätsdienstliche Transporte* führen von einem Basisspital in ein anderes. Dieses kann im gleichen Kanton, im Nachbarkanton oder in einer anderen Landesgegend liegen. Durch sekundäre sanitätsdienstliche Transporte muss sichergestellt werden, dass am Rand von Kampf- oder Katastrophenzonen gelegene Basisspitäler laufend von Patienten entlastet werden und sie somit ihrem Auftrag, neu anfallende Patienten aufzunehmen, gerecht werden können. Sekundäre sanitätsdienstliche Transporte werden mit Mitteln der Armee durchgeführt, und sie fallen in den Verantwortungsbereich der Territorialzonen.

### Personal

Für den Betrieb der sanitätsdienstlichen Anlagen werden folgende Personalkategorien benötigt:

- Medizinalpersonen

- Berufspflegepersonal
- medizinisch-therapeutisches und medizinisch-technisches Personal
- sanitätsdienstlich ausgebildetes Laienpersonal
- Personal für Führung, Administration, Betrieb und Wartung.

Im Koordinierten Sanitätsdienst werden ungefähr 200 000 Personen benötigt. Davon sollten etwa 100 000 Frauen sein. Die Kantone sind für die Rekrutierung und Einteilung des für den Betrieb der sanitätsdienstlichen Anlagen des öffentlichen Gesundheitswesens und des Zivilschutzes notwendigen Personals verantwortlich. Einerseits unterstützt die Armee durch Dienstbefreiungen und Dispensationen diese Aufgabe, andererseits besteht beim Zivilschutz die Möglichkeit einer Befreiung von der Schutzdienstleistung im Aktivdienst.

### Führung und Koordination

*Führungsorgane im zivilen Bereich* sind die verfassungsmässigen politischen Behörden: Bundesrat (BR), Kantonsregierungen (K), Behörden von Kantonsteilen, Gemeindebehörden. *Führungsorgane im militärischen Bereich* sind das Armeekommando (A

Kdo), die Kommandos der Armeekorps, die Kommandos der Territorialzonen (Ter Zo). In allen strategischen Fällen ist der Kanton das wichtigste Führungs- und Koordinationsorgan.

Die Koordinationsaufgaben zwischen zivilen und militärischen Partnern werden auf der Stufe Kanton, wenn nötig auch auf der Stufe Landesteil oder Region, von einem aus dem zivilen Führungsstab und dem Territorialstab gebildeten Sanitätsdienstlichen Koordinationsorgan (SKOK) und auf der Stufe Bundesrat von einem Eidgenössischen sanitätsdienstlichen Koordinationsorgan (ESKO) wahrgenommen. Das ESKO stellt die Beziehungen zwischen den Kantonen und dem Armeekommando sicher. Das SKOK stellt die Beziehungen zwischen den kantonalen Behörden, dem Territorialkreis (Ter Kr) und dem Spitalregiment (Spit Rgt) sicher.

Trotz enger Zusammenarbeit zwischen den zivilen Behörden und der Armee bleiben die Verantwortungsbereiche strikt getrennt:

Bestehende Führungsstufen dürfen nicht zerstört werden, Zivil befiehlt Zivil, Militär befiehlt Militär, auf gewissen Stufen wird koordiniert. ■

