

Das aktuelle Interview : KSD, NOAS und andere Probleme, die uns alle angehen

Autor(en): **Huber, André / Seethaler, Frank A. / Marti, Peter**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **150 (1984)**

Heft 9

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-55661>

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.

KSD, NOAS und andere Probleme, die uns alle angehen

Frank A. Seethaler und Peter Marti sprachen mit dem Oberfeldarzt, Divisionär André Huber.

ASMZ: Würden Sie uns Ihren Aufgabenkreis und Verantwortungsbereich als Oberfeldarzt kurz umreißen?

OFaz: Im ersten Aufgabenbereich, im Rahmen der Gruppe für Generalstabsdienste, bin ich Sanitätschef der Armee und verantwortlich für die Militärmedizin, die ärztliche Überwachung der Armee, die Versorgung mit Sanitätsmaterial und die Führungsfunktionen, das heisst den Einsatz der sanitätsdienstlichen Mittel. **Zweitens** unterstehe ich dem Ausbildungschef als Waffenchef und leite die Ausbildung der Sanitätstruppen und der Rotkreuzdetachements. **Drittens** bin ich Beauftragter des Bundesrates für den Koordinierten Sanitätsdienst. Als solcher bin ich zuständig für die Organisation, die in allen strategischen Fällen (mit Ausnahme des Normalfalles), alle sanitätsdienstlichen Mittel des Landes umfasst.

ASMZ: Seit dem 1. Januar 1983 gibt es NOAS. Was ist darunter zu verstehen?

OFaz: NOAS bedeutet «**Neuorganisation des Armeesanitätsdienstes**». Dies ist eine neue Konzeption, basierend auf der Beurteilung der Bedrohung und den besonderen Mitteln, über die das Land verfügt. Es geht darum, den Koordinierten Sanitätsdienst auch der Armee nutzbar zu machen. Ferner einen Armeesanitätsdienst zu organisieren, der sich nur noch auf zwei Stufen abstützt.

ASMZ: Sie sprechen von Bedrohung. Was hat sich sanitätsdienstlich in der Bedrohung geändert?

OFaz: Es geht darum, die Bedrohung heute zu beurteilen; das hat man bis anhin vielleicht etwas zu wenig getan: Dabei haben wir auf Feststellungen von Ländern, die Kriegserfahrung haben, abgestellt. Da ist zunächst der militärische Aspekt; andererseits haben wir die Bedrohung der zivilen Bevölkerung überprüft. Erkenntnis: Man kann die Sterblichkeit in Kriegszeiten erheblich verkleinern.



ASMZ: Wurde der atomare Aspekt miteinbezogen?

OFaz: Er ist miteinbezogen, obwohl eine Beurteilung sehr schwierig ist. Hier ist die Schweiz ein Sonderfall. Die Armee, besonders aber die Zivilbevölkerung, hat, dank den bestehenden Schutzbauten, die Möglichkeit, sich der direkten Wirkung der Atomwaffe zu entziehen. Wir haben die Beurteilungen empirisch durchgeführt, in dem Sinne, dass wir sowohl den schlimmsten, wie auch den günstigsten Fall (Gros in Untertänden geschützt) berücksichtigt haben.

ASMZ: Sie haben jetzt 1½ Jahre Zeit gehabt, Erfahrungen in NOAS zu sammeln, welches sind Ihre Erkenntnisse?

OFaz: Die Sanitätstruppen haben dank der neuen Organisation und dem verbesserten Material viel an Selbstvertrauen gewonnen. Unsere Leute sind überzeugt, dass sie wirksam ihre Aufgaben erfüllen können (was früher nicht immer der Fall war). Der zweite Vorteil besteht darin, dass man die Einheitskommandanten und die für die

Kampfführung Verantwortlichen auf die Wichtigkeit des Sanitätsdienstes aufmerksam gemacht hat und auf die Verantwortung, die sie tragen. Sie sind sich dessen bewusster geworden und interessieren sich für den Sanitätsdienst. Der dritte Vorteil: Auch der Mann interessiert sich mehr für den Sanitätsdienst. Das zeigt sich in der Kameradenhilfe und darin, dass er sich Rechenschaft darüber gibt, dass er nach einer Verletzung nicht verloren ist, dass für ihn gesorgt wird.

ASMZ: Ist demnach die Integration der Sanitätskompanien in die Regimenter gelungen und hat sie zu einer Verbesserung des sanitätsdienstlichen Ausbildungsstandes auch bei der nicht-blauen Truppe geführt?

OFaz: In 1½ Jahren kann man nicht eine perfekte Ausbildungsstufe erreichen. Voraussetzung für Ausbildungsfortschritte ist, dass Truppenkommandanten selbst die Materie kennen und fähig sind, die Ausbildung zu inspizieren und zu kontrollieren.

ASMZ: Stichwort **Bestandesverluste** in der Armee. Das ist ein Problem, das nicht nur die Verwaltung, sondern auch die Öffentlichkeit beschäftigt. Wir haben kürzlich schon einmal in der «ASMZ» diese Frage angeschnitten («ASMZ» Nr. 3, 1984, Seite 110).

OFaz: Wie schwer ist es, sich aus sanitärischen Gründen ausmustern zu lassen? Es besteht allgemein die Vorstellung, das sei eine relativ einfache Sache.

OFaz: Im Grunde genommen stellen Sie die Frage nach dem Einfluss einer ärztlichen Entscheidung. Dabei muss man sich fragen, wer trifft sie? Ein Militärarzt – und wer ist das? Es ist ein ziviler Arzt, der eine Uniform trägt. Wenn man die Verantwortung dieser uniformierten Zivilärzte herabsetzt, so werden sie den Eindruck erhalten, man entziehe ihnen das Vertrauen. Geht man in dieser Richtung, verliert man deren ausgezeichnete Mitarbeit. Wenn man auf diese Ärzte nicht mehr zählen kann, wäre man gezwungen, ein Militärärztkorps aufzustellen, was bedeutende finanzielle und organisatorische Konsequenzen zur Folge haben würde. Also gilt es vor allem, das Vertrauen in unsere Ärzte zu erhalten. Der ärztliche Entscheid beruht auf einer Diagnose. Diese bezieht auch stark die Intuition mit ein, trotz allen technischen Hilfsmitteln. Deshalb ist es schwierig festzustellen, ob ein Arzt richtig oder falsch entschieden hat. Das bedeutet, dass der Einfluss, welchen vorgesetzte Stellen – zum Beispiel das Bundesamt für Sanität – auf ärztliche Entscheide ausüben eher klein ist. Die Schwäche des heuti-

gen Systems besteht darin, dass die Glaubwürdigkeit der ärztlichen Entscheidung davon abhängt, wie stark der betreffende Arzt sich gegenüber der Armee und dem Land verpflichtet fühlt.

ASMZ: *Aber Entscheide werden ja in der Regel nicht von einem Einzelarzt getroffen, sondern von einer Kommission.*

OFaz: Der erste Entscheid fällt auf Stufe Truppe. Der Truppenarzt hat als Einzelperson die Möglichkeit, den Mann nach Hause zu schicken oder vor eine Untersuchungskommission (UC). Diese besteht aus 2 bis 3 Ärzten. Darüber hinaus existiert noch eine zentrale Untersuchungskommission, die in Zweifelsfällen oder bei Rekursfällen zu entscheiden hat.

ASMZ: *Also im Zweifelsfall wird ein schwieriger Fall auf drei Stufen beurteilt?*

OFaz: Richtig. Gegen den Entscheid der zweiten Instanz kann Rekurs erhoben werden, sowohl durch den Oberfeldarzt wie durch den Beurteilten selbst.

ASMZ: *Wie gross ist der Anteil Ausgemusterter aus psychischen Gründen?*

OFaz: Vom Total der Ausgemusterter sind ungefähr 20% psychiatrische Fälle.

ASMZ: *Häufig stellt sich das Problem der Dispensation von einem militärischen Kurs. Fällt es den Ärzten einer UC oft nicht schwer, die Diagnose eines Berufskollegen in Frage zu stellen?*

OFaz: Dieses Problem ist auf zwei Ebenen zu sehen: Einerseits die Dispensationen in Absentia und andererseits jene aufgrund vorgezeigter medizinischer Atteste beim Einrücken. Bei den Dispensationen in Absentia ist es schwierig, die Diagnose des behandelnden Arztes nicht zu akzeptieren. Denn bei dieser Art von Dispensation wird der Patient ja als nicht transportfähig beurteilt. Wenn dieser Entscheid angezweifelt wird, müsste die Möglichkeit bestehen, sofort eine Kontrolle durchzuführen. Aufgrund von Gesprächen mit Truppenärzten kann ich sagen, dass mit ungefähr 1 bis 3% Gefälligkeitszeugnissen zu rechnen ist.

ASMZ: *Es gibt also keine Möglichkeiten gegen Gefälligkeitszeugnisse vorzugehen?*

OFaz: Doch, indem man den Betroffenen vor eine UC befiehlt oder der Truppenarzt selbst erweiterte Untersuchungen durchführt. Aber gegen denjenigen vorzugehen, der das Zeugnis ausgestellt hat, das ist schwierig.

Bei Dispensationen in Absentia jedoch hat der Truppenarzt nur zwei Möglichkeiten, entweder den Patienten sofort zu besuchen oder den Patienten vor eine UC zu bestellen. Allerdings verstreicht zwischen dem Zeitpunkt der Kommandierung und dem Erscheinen des Patienten vor den UC immer eine gewisse Zeitspanne, da wir über keine permanente UC verfügen. Für Schulen und gelegentlich auch für Heeresseinheiten schaffen wir Abklärungsstationen, aber eben, das spielt auch nur für diejenigen Wehrmänner, die in den Dienst eingerückt sind. Für nicht eingerückte ist die Kontrolle nach wie vor recht schwierig.

ASMZ: *Man könnte sich vorstellen, dass die Situation, die ja auch ein psychologisches Malaise darstellt, sich schlagartig ändern könnte, wenn man über eine permanente UC verfügen würde. Das würde sich herumsprechen und jeder Arzt, der bereit wäre, ein Gefälligkeitszeugnis zu erstellen, würde sich das nochmals überlegen.*

OFaz: Da bin ich nicht so überzeugt. Ein nicht eingerückter Patient kann nicht vor eine UC bestellt werden, solange er zu Hause ist. Die einzige Möglichkeit ist, dass sich die UC zum Patienten begibt. Oder, was einige Regimenter gelegentlich praktizieren, dass sich am Einrückungstag Ärzte zu Patienten nach Hause begeben. Aber für das braucht es Zeit und Mut, weil solche Aktionen sich gegen die Ärzte der Region richten.

ASMZ: *Gibt es ein Drogenproblem auch in der Armee, und inwieweit werden sie als Oberfeldarzt damit konfrontiert?*

OFaz: Das Drogenproblem in der Armee ist dasselbe, wie im zivilen Leben. Wir nehmen an, dass heute von den 15- bis 30jährigen ungefähr 10 Prozent in irgend einer Form mit Drogen in Kontakt gestanden sind. Welches ist die Konsequenz für die Militärärzte? Sie haben die Militärtauglichkeit des Drogenkonsumenten zu beurteilen. Die Armee ist nicht kompetent, die Fälle rechtlich zu beurteilen. Es sind die zivilen Gerichte, die die Drogenfälle beurteilen. Für die Armee handelt es sich darum festzustellen, ob der Drogensüchtige militärfähig ist, ob er von seiner Droge abhängig ist oder nicht. Ein Abhängiger kann nicht Dienst leisten. Anders ausgedrückt: Die Konsumenten harter Drogen sind nicht militärdiensttauglich und müssen aus der Armee entfernt werden, denn sie gefährden sich selbst und ihre Kameraden.

ASMZ: *Aber hier fällt doch dem Truppenoffizier eine wichtige Rolle zu.*

Wie sollen Zugführer und Kompaniekommandant reagieren?

OFaz: Der Vorgesetzte muss den Fall dem Arzt melden. Der Arzt wird Kontakt aufnehmen mit dem Drogensüchtigen und feststellen, ob er militärdiensttauglich ist oder nicht. Man könnte auch fragen: Soll der Arzt, der feststellt, dass ein Mann drogensüchtig ist, diesen dem Kommandanten melden? Der Arzt ist an das Ärztegeheimnis gebunden. Er darf dem Kommandanten nur melden, dass der Mann nicht diensttauglich sei, ohne die Gründe zu nennen.

ASMZ: *Sie erwähnten einleitend den Koordinierten Sanitätsdienst (KSD). Welche Probleme stellen sich momentan für Sie persönlich?*

OFaz: Unser Problem heute ist, das akzeptierte Konzept zu realisieren. Das heisst, den Kantonen zu helfen, ihre Probleme zu lösen. Es betrifft dies die Einteilung der notwendigen Leute, das Erstellen der notwendigen sanitätsdienstlichen Einrichtungen und die Bewältigung der Ausbildung, besonders der Kader.

ASMZ: *Wie wickelt sich die Zusammenarbeit im einzelnen ab?*

OFaz: In den letzten zehn Jahren haben wir eng mit den Verantwortlichen der Kantone zusammengearbeitet. Einerseits in persönlichen Kontakten, andererseits mit der Kantonalen Sanitätsdirektorenkonferenz; ferner mit den kantonalen Verantwortlichen anlässlich der Übungen und schliesslich mit den Equipen, die die Kantone gebildet haben, um den Koordinierten Sanitätsdienst zu realisieren. Wir stehen pro Jahr mit jedem Kanton mindestens fünfmal in Verhandlungen.

ASMZ: *Gibt es auch ein Führungsorgan?*

OFaz: Es ist zu unterscheiden zwischen den Bereichen «Konzeption» und «Realisation». Die Konzeption ist Sache der einzelnen Kantone. Es ist eine Frage der politischen Konstellation des Kantons. Die Kantone können auch bilateral zusammenarbeiten. Im Bereich der Realisation gibt es die Einrichtung der Sanitätsdirektorenkonferenz. Hier hat man die Möglichkeit, die Gesamtheit der Kantone zu erfassen. Seit dem 1. Juli 1984 besteht ein Organ, das **Eidgenössische Sanitätsdienstliche Koordinationsorgan (ESKO)**, durch den Bundesrat geschaffen, aus Vertretern der Kantone und der eidgenössischen Bundesämter zusammengesetzt. Hier kann man die Probleme auf Bundesebene behandeln.

ASMZ: *Es machen sich immer wieder Ärzte und Personen aus dem Spital- und Pflegepersonal bemerkbar, die Kritik üben am Koordinierten Sanitätsdienst. Was halten Sie von den Veröffentlichungen dieser Leute, die zum Teil Ihre Berufskollegen sind?*

OFaz: Diese Gruppe folgt einer weltweiten Bewegung, die sich von folgenden Überlegungen leiten lässt: der Krieg werde gefördert durch die Werkzeuge, welche dafür entwickelt werden. Deshalb müssten diese Werkzeuge zerstört werden. Auch eine gute sanitätsdienstliche Organisation sei eine Vorbereitung für den Krieg. Es ist viel leichter, das Volk vom Militärdienst abzuhalten, wenn man ihm plausibel machen kann, dass es im Kriegsfall nicht genügend geschützt wäre und keine sanitätsdienstliche Versorgung hätte. Dieses Ziel wird angestrebt, indem man den Koordinierten Sanitätsdienst in Verruf bringt. Das Vorgehen ist intelligent, denn die Moral eines Landes sinkt rasch ab, wenn im Katastrophenfall kein wirksamer Sanitätsdienst vorhanden ist. Die Tatsache, dass diese Leute den Koordinierten Sanitätsdienst attackieren, zeigt, dass sie ihn als wertvoll und wirksam einschätzen.

ASMZ: *Die Kreise wenden sich gegen die Gesamtverteidigung indem sie eine Stütze herausbrechen wollen.*

OFaz: Diese Leute überlegen raffinierter als viele Leute, die für die Landesverteidigung einstehen. Die Befürworter der Armee sehen die Kriegsvorbereitungen vor allem in der Beschaffung von Waffen. Sie erkennen oft nicht, dass die Moral wichtiger ist als die Waffen. Ein gut organisierter Sanitätsdienst ist eine wesentliche Stütze der Moral. Mit der Bekämpfung des Sanitätsdienstes können diese Leute der Landesverteidigung viel mehr Schaden zufügen, als wenn sie Rüstungsprogramme bekämpfen. Sie wissen genau, dass das Volk sensibler reagiert auf Fragen der persönlichen Sicherheit als auf Fragen der Rüstung.

ASMZ: *Wir sprachen noch nicht von der Rolle der Frau im Rahmen des Koordinierten Sanitätsdienstes und der NOAS. Welche Bedeutung messen Sie der Frau in diesen Bereichen zu?*

OFaz: Die Frau hat im Sanitätsdienst eine grosse Bedeutung, denn der grössere Teil des Pflegepersonals ist weiblich. Heute sind in der Schweiz ungefähr 150 000 ausgebildete Frauen in den Pflegeberufen tätig, dagegen nur ungefähr 10 000 ausgebildete Männer. Dabei handelt es sich um den Einsatz der Frau im Spital und nicht auf dem Kampffeld. Es ist also unbedingt nötig,

dass in allen Spitälern, militär und zivil, weibliches Berufspersonal vorhanden ist. Leider sind die Angehörigen der Pflegeberufe sehr stark den armeefeindlichen Strömungen ausgesetzt. Es ist klar, dass die Angehörigen der Pflegeberufe ein überdurchschnittlich grosses Verantwortlichkeitsgefühl gegenüber dem leidenden Individuum haben. Es sind Leute des Friedens, die sich mit dem tragischen Schicksal eines Verletzten beschäftigen. Dies ist auch die Ursache, weshalb die Appelle der antimilitarischen Bewegung bei den Angehörigen der Pflegeberufe grosse Resonanz finden. Dazu kommt, dass die Frau grundsätzlich eher ein Wesen des Friedens als ein Wesen des Kampfes ist. Das ändert nichts an der Tatsache, dass die Frauen für den Koordinierten Sanitätsdienst unentbehrlich sind und dass wir sie dafür motivieren müssen. Im militärischen Bereich benötigen wir rund 10 000 Frauen. Zur Zeit verfügen wir über ungefähr die Hälfte.

ASMZ: *Ist der Ausbildungsstand der Spitalsoldaten genügend?*

OFaz: Ja. Seit 1½ Jahren bilden wir Spitalsoldaten in Rekrutenschulen aus. Wir erreichen einen Ausbildungsstand, der ungefähr demjenigen einer Hilfschwester entspricht. Diese «Hilfspfleger», eingerahmt von wenigen Berufsschwestern und einem Ärztekorps, sind imstande, eine sehr gute Arbeit zu leisten. Sie wissen, dass wir auch alljährlich unsere Invalidenlager durchführen, und wir nehmen jedes Jahr dreimal während vierzehn Tagen ungefähr 150 Invalide an. Diese Invaliden werden durch 8 Krankenschwestern und etwa 100 Spitalsoldaten betreut. Das Pflegeergebnis in diesen Invalidenlagern zeigt, dass die Militärspitäler auch betrieben werden könnten, wenn wir nicht genügend weibliches Pflegepersonal haben. Das alles ändert aber nichts an der Tatsache, dass ich in den Spitälern lieber über eine grössere Zahl an weiblichem Pflegepersonal verfügen würde.

ASMZ: *Im Parlament wurde im Juni wieder die Notwendigkeit der Bewaffnung der Sanitätstruppe in Frage gestellt. Soll an dieser Bewaffnung festgehalten werden, oder sehen Sie eine Änderung vor?*

OFaz: Für die Beibehaltung der **Bewaffnung der Sanitätstruppen** spricht: Die Sanitätstruppen erfüllen ihre Aufgaben in den Kampfräumen. Dies bezeugen die Erkenntnisse aus den Kämpfen im Libanon und andersorts, wo die Verluste der Sanitätstruppen im Verhältnis grösser waren als diejenigen der Kampftruppe. Der Sanitätssoldat

muss also imstande sein, sich selbst zu verteidigen und auch die Patienten, die ihm anvertraut sind. Diese Feststellung trifft in gleichem Masse zu auf die Sanitätshilfsstelle wie auf ein Basisspital. Auch Basisspitäler befinden sich im Kampfraum. Es ist ein Irrtum zu glauben, die Basisspitäler würden sich alle ausserhalb der Kampfzone befinden. Dazu kommt ein anderes Problem. Unter dem Begriff «Waffenloser Militärdienst» sammelt sich eine Gruppe besonderer Menschentypen. Da sind die «Religiösen», die im allgemeinen keine Probleme für die Eingliederung bieten. Dann hat es aber auch viele, die selbst im waffenlosen Dienst ihre Arbeit nicht korrekt machen. Ich habe das erlebt in den Jahren 1970–1972 als Truppenkommandant. Die Zusammenfassung dieser Dienstleistenden ohne Waffe hat gezeigt, dass diese Einheiten nur noch schwer führbar waren, weil eine grosse Zahl dieser Leute gegen die Armee eingestellt war. Wir wollen eine Konzentration solcher Leute bei den Sanitätstruppen vermeiden.

ASMZ: *Haben Sie, Herr Divisionär, ein persönliches Anliegen, einen Wunsch, ein Problem, das Sie besonders beschäftigt?*

OFaz: Ja. Sie sind sicher mit mir einig, dass der Wert einer Armee abhängig ist vom Wert der einzelnen Glieder, aus denen sie zusammengesetzt ist. Die modernste Rüstung nützt nichts, wenn nicht **alle Elemente**, welche Wirkung erzeugen sollen, tauglich sind. Ich denke dabei an die Versorgung der Truppe im allgemeinen und an den Sanitätsdienst im besonderen. Man hat in dieser Beziehung mit NOAS wohl einen gewaltigen Schritt vorwärts gemacht. Heute wird jedoch die Bremse wieder angezogen. Die finanziellen Mittel, die den Sanitätstruppen zur Verfügung gestellt werden, sind sehr niedrig. Als Folge davon konnten einzelne Ziele von NOAS noch nicht erreicht werden. Es ist absurd, sich vorzustellen, dass inmitten eines Kampfes, der mit Panzern und aus Stellungen geführt wird, eine Sanitätshilfsstelle unter einem Zelt steht. Es ist notwendig, dass für die sanitätsdienstlichen Einrichtungen mehr Unterstände gebaut werden. In die Planung der Geländeverstärkungen gehören auch die sanitätsdienstlichen Einrichtungen. Leider werden sie heute zu wenig berücksichtigt. Wenn wir erwarten, dass auch die Spitäler in den Kampfräumen ihre Aufgabe erfüllen sollen, so müssen sie über den notwendigen Schutz verfügen. Ein Spital, das an der Oberfläche arbeiten muss, wird nicht lange intakt bleiben. Damit besteht die Gefahr, dass regional der Sanitätsdienst zusammenbrechen könnte. ■