

100 Jahre Sanitätsdienst der Schweizer Armee (1914-2014), (2/2)

Autor(en): **Bruhin, Raimund**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **180 (2014)**

Heft 11

PDF erstellt am: **27.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-515528>

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.

100 Jahre Sanitätsdienst der Schweizer Armee (1914–2014), (2/2)

Dr. med. Raimund Bruhin, Stellvertreter des Oberfeldarztes und Chef der Organisationseinheit 'Sanitätsentwicklung, Lehre und Forschung der Logistikbasis der Armee (LBA) – Sanität', stellt die Geschichte des Schweizer Sanitätsdienstes der letzten 100 Jahre vor. Der erste Teil (ASMZ 10/2014) hat die Periode bis 1989 dargestellt, der vorliegende zweite Teil beschäftigt sich mit der Zeit danach. *Sch*

Raimund Bruhin

Bemerkenswert ist, dass sich die stiefmütterliche Behandlung des Armeesanitätsdienstes wie ein «Roter Faden» durch die Geschichte hindurch bis auf den heutigen Tag beobachten lässt. Somit ist der Wandel im Sanitätsdienst und der Kampf für eine adäquate Gewichtung dieser Truppengattung und deren Führungsspitze – insbesondere in der wenig kriegs- und katastrophengeprüften Schweiz – auch heute noch nicht abgeschlossen.

Der Koordinierte Sanitätsdienst (KSD)

1968 wählte der Bundesrat Divisionär Käser zum Delegierten für die Planung und Koordination des umfassenden Sanitätsdienstes im Rahmen der Gesamtverteidigung. Käser forderte die Zusammenarbeit der Armee mit den Kantonen, mit dem Zivilschutz-Sanitätsdienst, dem Schweizerischen Roten Kreuz und anderen privaten Organisationen. Im Kriegs- und Katastrophenfall sollten die Leistungen der Armeesanität auch der Zivilbevölkerung zugutekommen. Die Idee des Koordinierten Sanitätsdienstes war geboren. 1972 wurde mit dem Erlass des Reglements «Organisation und Einsatz der Sanitätstruppen» der Begriff «Totaler Sanitätsdienst» reglementiert. Unter totalem Sanitätsdienst verstand man die Koordination aller personellen und materiellen Mittel des Landes, um im Katastrophen- oder Kriegsfall möglichst vielen die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten. Mit dem totalen Sanitätsdienst wurde der heutige KSD eingeleitet. Am 01. 09. 1976 trat die Verordnung des Bundesrates über die Vorbereitung des Koordinierten Sanitätsdienstes in Kraft. Damit konnte der

Oberfeldarzt seine Aufgabe als Beauftragter des Bundesrates angehen. Das seit 1974 in Erarbeitung befindliche KSD-Konzept wurde nach Vernehmlassung bei Bundesrat und allen Kantonsregierungen auf den 01. 01. 1984 in Kraft gesetzt (14). Der Patientenweg wurde dem Konzept entsprechend angepasst (Abb. 1).

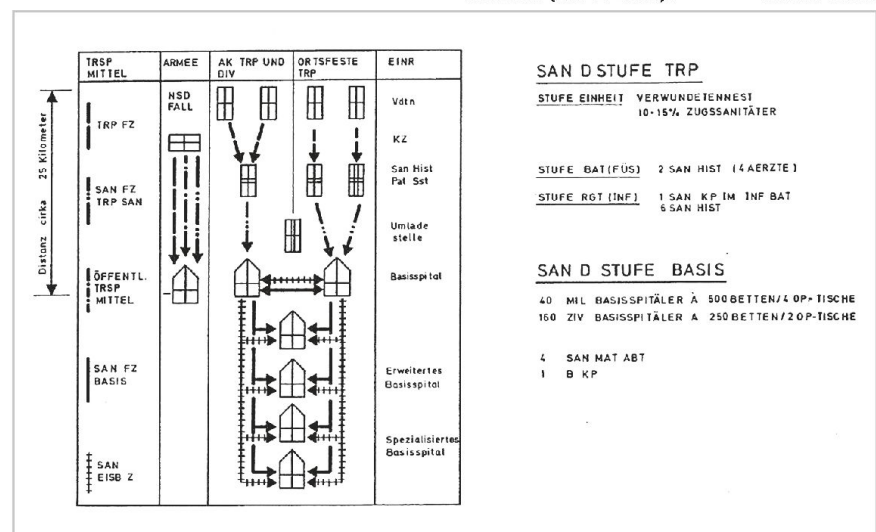
Neuorganisation des Armeesanitätsdienstes (NOAS) 1984

Mit der Neuorganisation des Armeesanitätsdienstes (NOAS) sollte eine Anpassung des Sanitätsdienstes an das moderne Kriegsbild und damit an die Kampfverfahren und an die vorbereiteten Armeeeinsätze erfolgen. Angestrebt wurden: erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem zivilen Gesundheitswesen; Vereinfachung der Führung und des Einsatzes der Sanitätsformationen; kürzere Transportdistanzen und bessere Transportmittel für den Patiententransport; zielgerichtete Ausbil-

dung des Sanitätspersonals; die geschützte Unterbringung (unterirdisch) möglichst vieler Patienten; Verbesserung der Ausrüstung (Sanitätsmaterial) und des Sanitätsmaterialdienstes (14, S. 28, 29).

Zu diesem Zweck wurde die Gliederung des Armeesanitätsdienstes in zwei Stufen (Truppe und Basis) vorgenommen (Abb. 1). Auf die Sanitätsabteilungen der Divisionen bzw. die Verbandplätze wurde verzichtet. Die Schaffung von Spitalabteilungen bewirkte eine erhebliche Kapazitätssteigerung der Patientenbetten in Militärspitälern. Die Truppensanität wurde personell und materiell verstärkt. Die Verkürzung der Transportwege erreichte man mittels Zuteilung geländegängiger Fahrzeuge und vermehrter Basierung auf das öffentliche Gesundheitswesen (Zivilspitäler, geschützte Operationsstellen) und den Zivilschutz (15). Auf Stufe Basis standen 40 militärische und 160 zivile Basis-

Abb. 1: Neuorganisation des Armeesanitätsdienstes (NOAS 1983). Bilder: Autor



täler zur Verfügung. 1984 wurde das geschützte, unterirdische Militärspital Einsiedeln (Abb. 2), 1987 die ebenfalls unterirdische Spitalanlage Schattdorf eingeweiht. Der Patientenrückschub wurde neu organisiert.

Von der Wende bis heute (1990 bis 2014)

Die Armee 95 (1995 bis 2003) – Wandel in den 90er-Jahren (16, 18)

1989 wählte der Bundesrat Dr. med. Peter Eichenberger zum Oberfeldarzt. In seine Amtszeit fiel ein gewichtiger Teil an Planung und Organisation des Sanitätsdienstes im Rahmen des Reformprojektes Armee 95 auf der Basis des Sicherheitspolitischen Berichtes 90 («Schweizerische Sicherheitspolitik im Wandel») und des Armeeleitbildes 95 (publiziert 1992). Die Reform fand vor dem Hintergrund verschiedenster gesellschaftlicher und politischer Umwälzungen statt:

- Spardruck wegen namhafter Defizite im öffentlichen Finanzhaushalt;
- Tendenz zur Auf- und Überbewertung der Individualität und der Einzelinteressen ebenso wie zur Abkehr von Gemeinschaftssinn und Ehrenamtlichkeit;
- Fall des Eisernen Vorhanges mit Umbruch im Ostblock;
- Hungersnöte in anderen Kontinenten und Flüchtlingsprobleme inklusive Asylsuchende;
- Krisen der Golfregion; Palästina- und Balkankonflikt.

Auf einen kurzen Nenner gebracht, bedeutete dies für den Sanitätsdienst – inklusive Berücksichtigung des Programmes «PROGRESS» (17) – ein zusätzliches Abbau-/Optimierungsprogramm ab 1998 bis 2004. Das Bundesamt für Sanität wurde 1995 aufgehoben. Es kam zu einschneidenden Reduktionen: Sanitätspersonal um 38%, Spitalregimenter von 13 auf 7 sowie 1 Sanitätsregiment; Spitalabteilungen von 40 auf 20; Sanitätsbataillone von 13 auf 7; mobile Spitalabteilungen von 11 auf 9; Sanitätsmaterialabteilungen von 4 auf 2; gleichzeitige Reduktion der Militärspitäler. Die bereits im Bau befindlichen Militärspitäler wurden 1990 (Muotathal) und 1991 (Nottwil) dennoch eingeweiht (Abb. 3). Die Dienstpflichtbeschränkung auf 42 Jahre führte in der Sanität zusätzlich zum vorzeitigen Ausscheiden wichtiger medizinischer Fachspezialisten, die gerade in diesem Altersabschnitt die besten Qualifikationen auf-

weisen. In Angleichung an die grossen, zivilen Rettungsgesellschaften fand ein Übergang vom allen bekannten Rettungsschema «GABI» zum «ABCDE-Schema» statt. Während die Ausrüstung mit Sanitätsmaterial und die Ausbildung verbessert und die Einsatzdoktrin vereinfacht werden konnten, nahmen die Rekrutierungsprobleme von Militärärzten aus verschiedenen Gründen zu. Bereits in den 90er-Jahren konnte der Armeesanitätsdienst nicht mehr losgelöst bzw. autonom vom zivilen Gesundheitswesen funktionieren (16).

Die Armee XXI (01.01.2004 bis 2008)

Basierend auf dem revidierten Militärgesetz (2003), dem Sicherheitspolitischen Bericht 2000 und dem Armeeleitbild XXI, wurde die Armee mit Berücksichtigung der veränderten Bedrohungslage weiter ab- und umgebaut. In dieser Phase wurden im Sanitätsdienst die Militärmedizinischen Regionen (MMR) mit den Militärmedizinischen Zentren (MZR) eingeführt, was eine Regionalisierung der militärmedizinischen Grundversorgung bedeutete. Die sanitätsdienstlichen Formationen wurden entsprechend der Vorgaben weiter reduziert: 2 Spit Bat, 2 Mob Spit Bat, 1 San Log Bat und 8 San Kp (2007).

Entwicklungsschritt (EW) 8/11 und die Entwicklung bis 2014

Im Gegensatz zu den vorangehenden Reformen der Armee 95 und der Armee XXI brachte der EW 8/11 für das Gros der Armee nur kleinere Veränderungen mit sich (18). Nicht so für den Sanitätsdienst der Armee: Hier fanden 2010 bis 2014 umfassende Veränderungen statt. 2009 wurde auf Stufe Armeeführung im Konsens mit dem Oberfeldarzt unter dem allgemeinen Kostendruck entschieden, auf die hospitale militärmedizinische Akutversorgung weitgehend zu verzichten, diesbezüglich auf die zivile Versorgung zu basieren und bis 2018 die Militärspitäler von den verbliebenen 4 auf 1 Militärspital zu reduzieren, wobei gleichzeitig aber das Militärspital Einsiedeln zu modernisieren und nach heutigem Standard auszubauen

sei. Der Erhalt eines Militärspitals soll der Eigenversorgung und dem Kompetenzerhalt der Armee sowie der Ausbildung in der Armee dienen.

Zwischenzeitlich wurde je eine Machbarkeitsstudie inklusive Kosten- und Wirtschaftlichkeitsrechnung sowohl für die Modernisierung des Militärspitals Einsiedeln als auch die Variante einer zivilmilitärischen Zusammenarbeit mit dem Ziel einer gemeinsamen zivil-militärischen Finanzierung und Nutzung auf strategischer Stufe vorgelegt. Bis dato sind aber noch keine abschliessenden Entscheidungen gefallen. Auch die kürzlich durchgeführte umfassende, schweizweite Prüfung der sanitätsdienstlichen Infrastrukturen der Grundversorgung ergab einen umfassenden Sanierungsbedarf. Die ein-

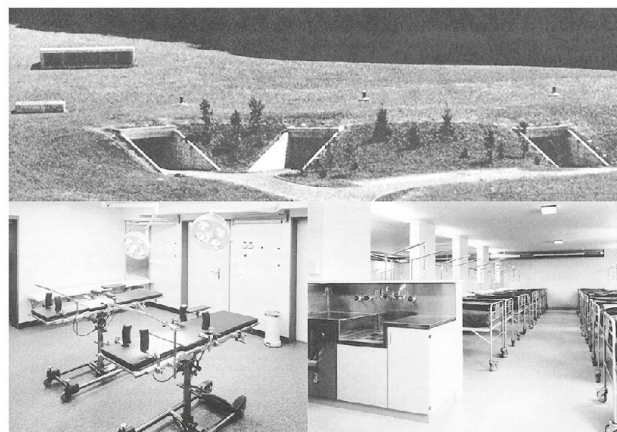


Abb. 2: Militärspital achtziger Jahre.

schlägigen Bedürfniserklärungen (insgesamt 22) wurden fristgerecht für die Masterplanung eingereicht. Die Umsetzung der erwähnten infrastrukturellen Projekte wird in den nächsten 10 bis 15 Jahren für die Sanität einen der Schwerpunkte darstellen.

Im Rahmen des Projektes «Ausbildung und Support» erfolgte in der zweiten Hälfte 2009 die Vorgabe, die Betriebsdetachements LBA – MMR und LBA – San um rund 45% des Bestandes zu reduzieren. Um die daraus entstehenden personellen Engpässe aufzufangen, werden die modularen sanitätsdienstlichen Elemente 1 (MSE 1) gepoolt, so dass mit dem Personal der MSE 1 (Ärzte und Betriebsoldaten) der Personalmangel in den MMR aufgefangen bzw. zentral gesteuert werden kann. Im Anschluss an diese Reorganisation wird ab 2010 parallel zur Logistik konsequent eine Optimierungsstrategie der Organisation des San D A verfolgt: Die Ärzte des strategischen Stabes

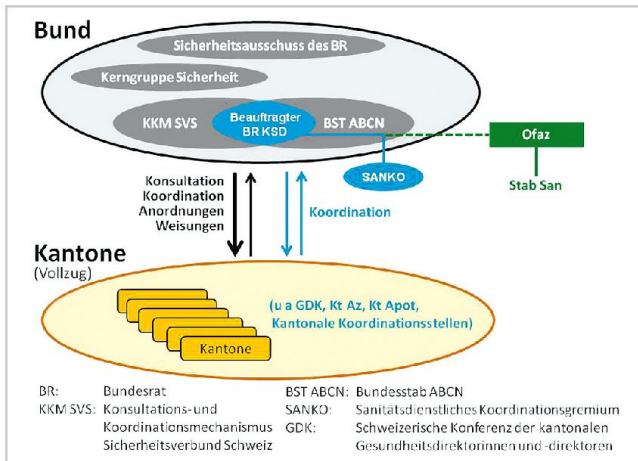


Abb. 3: Einbettung des San D A als Partner im KSD.

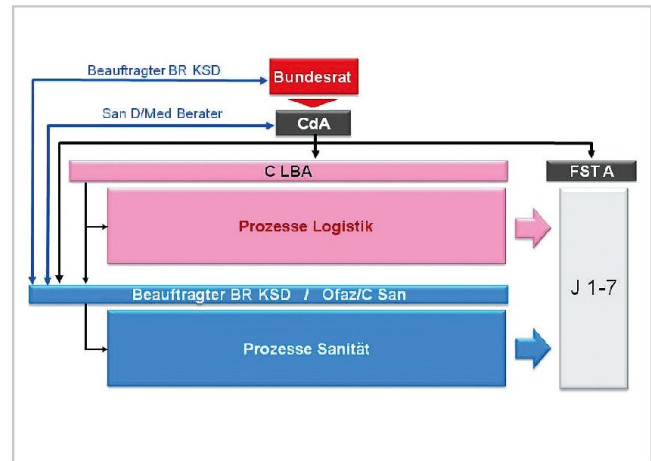


Abb. 4: Einbettung des San D innerhalb Armee und Bund.

(Armeestabteil) und des Betr Det LBA – San werden in zwei neuen Strukturen (Stab San und Fachstab) reorganisiert. Der Stab San soll künftig dem Oberfeldarzt als strategischer Stab zur Verfügung stehen. Im Fachstab sollen die verschiedenen Fachspezialisten zur Verfügung gestellt werden.

Die 2008 unbrauchbar reorganisierten Spit Bat wurden 2010 erneut reorganisiert. Es gelang durchzusetzen, diese vom Bestand von 364 auf 496 AdA aufzustocken, so dass trotz allgemeinem Abbau quer durch die Armee – bezogen auf alle 4 Spit Bat – der Gesamtbestand in den Spit Bat um 528 OTF-Stellen erhöht werden konnte. Mit der Bildung je einer zweiten Spitalkompanie in den Spit Bat können diese nun ihren Auftrag wieder wahrnehmen, sowohl im militärischen Bereich wie auch als Partner im KSD in den geschützten Spitälern «aktiv mit Sonderstatus KSD». Auch das San Log Bat wurde im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Armee (WEA) komplett neu gegliedert. Diese Änderungen konnten via die Armeeorganisationsrevisionen 2010, 2011, 2012 und 2013 für die Zukunft realisiert werden. 2013 wurden die 4 Spit Bat, 5 der 8 Sanitätskompanien und eine Sanitätslogistikkompanie durch die Armeeführung – basierend auf der Ausrichtung der Armee auf die strategisch wahrscheinlichsten Szenarien – als Milizformation mit hoher Bereitschaft (MmhB) definiert. Abgesehen von den San Kp wurden somit alle sanitätsdienstlichen Elemente bzw. Formationen in den Jahren 2010 bis 2013 reorganisiert.

2011 wurde die Armeepothek wieder dem Oberfeldarzt unterstellt und fortan als Geschäftsbereich des Geschäftsfeldes Sanität geführt. Der Beauftragte des Bun-

desrates KSD (in Personalunion Oberfeldarzt des San D A) konnte 2010 auch im neu geschaffenen Bundesstab ABCN und konsequent in den Konsultations- und Koordinationsmechanismus Sicherheitsverbund Schweiz (KKM SVS) positioniert werden (Abb. 3); somit ist der KSD auch im sicherheitspolitischen Kontext vertreten. Damit ist die Voraussetzung geschaffen, auch die zweite Hauptaufgabe dieses Amtes (KSD) wahrnehmen zu können.

Die doktrinalen und rechtlichen Grundlagen ebenso wie die Gesamtorganisation des Sanitätsdienstes der Armee (inklusive seine Funktion als Partner im KSD) werden im neu gestalteten Reglement Sanitätsdienst der Armee (19) festgehalten und vom Chef der Armee (CdA) genehmigt. Die Abb. 4 zeigt die Einbettung des San D A innerhalb von Armee und Bund (19). Die Ausbildung der Ärzte wird inhaltlich überarbeitet und zeitlich optimal auf die universitäre Ausbildung angepasst. In die Ausbildung der Truppensanität wird der PHTLS eingeführt, für die Ärzte sind ATLS, ACLS und PHTLS vorgesehen.

Die Mobilität bzw. die Transportkapazitäten des San D A kann deutlich verbessert werden: Nach Auslieferung 2012 und 2013 stehen nun 150 nach zivilem Standard ausgerüstete Rettungstransportwagen (RTW) und Krankentransportwagen (KTW) zur Verfügung. Die San Piranhas (40) werden aktuell an die zivilen Standards angepasst. Im Hinblick auf den Armeeauftrag «Unterstützung ziviler Behörden» fehlt dem San D A aber immer noch eine dreistellige Zahl von Verwunden-Transportfahrzeugen (vor allem RTW-Standard).

Aktuell bleiben dem San D A somit insgesamt noch folgende Formationen:

4 Spitalbataillone, 1 San Log Bat, 8 Sanitätskompanien, 1 Durchdienersanitätszug, das massiv reduzierte Stabpersonal (Stab San, Fachstab, Fachdienstchefs der Verbände), die Truppensanität (Einheitssanitäter) und eine deutlich reduzierte zentrale Führungscrew und Berufsorganisation sowie die Armeepothek übrig.

Da zum aktuellen Zeitpunkt der Redaktion dieses Manuskriptes bezüglich der WEA etliche Entscheide auf politischer und militärstrategischer Ebene nicht gefallen sind und damit die Realisierung unklar ist, wird hier auf Ausführungen die WEA-Planung betreffend verzichtet. ■

Quellen/Bibliographie

- Huber A., Einführung in den Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) und die Neuorganisation des Armeesanitätsdienstes (NOAS), BASAN intern 1983
- Zwahlen U., Sanitätsgruppen heute und morgen (BASAN intern 1982)
- Der San D im Wandel, Gabor Süttsch (2003; Publikationsorgan SGOS; S. 62–67)
- Sanitätsdienstliches Bulletin 43, Januar 2000, PROGRESS-Sanität; Optimierung der A95
- Von der Armee 61 über die Armee 95 und die Armee XXI zum Entwicklungsschritt 2008/11; Eine vergleichende Übersicht und Zusammenfassung (Armee-Synopse); Hrsg: Roland Haudenschield; Schriftenreihe der Eidgenössischen Militärbibliothek und des Historischen Dienstes, Nr. 39
- Reglement 59.020, Sanitätsdienst der Armee (Regl. 59.020, San D A, Stand 01.01.2013)



Oberst
Raimund Bruhin
Dr. med.
Stellvertretender Oberfeldarzt und Chef San ELF
3007 Bern