

# Koordinierter Sanitätsdienst = Service sanitaire coordonné

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Zivilschutz = Protection civile = Protezione civile**

Band (Jahr): **28 (1981)**

Heft 1-2

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-366901>

## **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.



# Koordinierter Sanitätsdienst

Unser Thema führt uns in ein Gebiet, das wir alle aus Presse, Radio und Fernsehen kennen, das wir aber meist aus unseren Gedanken verdrängen. Mit dem Koordinierten Sanitätsdienst sind Katastrophen und Kriege eng verbunden. Dass solch schreckliche Ereignisse auch uns und unser Land heimsuchen können, wollen wir nicht wahrhaben. Das ist verständlich, darf aber nicht dazu führen, dass wir uns nicht darauf vorbereiten, im schlimmsten Fall Extremsituationen meistern zu können.

«Wir leben in einer Zeit sicherheitspolitischer Gegensätze. Einerseits verstärken die Staaten ihre wirtschaftliche, wissenschaftliche und technische Zusammenarbeit, andererseits herrschen nach wie vor starke macht- und gesellschaftspolitische Spannungen. Eine dauernde Beseitigung der zahlreichen Konfliktsituationen ist bisher nicht gelungen. Krisen und offene Konflikte sind an der Tagesordnung und beeinträchtigen die allgemeine Sicherheit.» (Ende des Zitats.)

In Europa stehen sich immer noch zwei Machtblöcke gegenüber. Beide sind bis an die Zähne bewaffnet und halten dauernd mindestens Teile ihrer Streitkräfte marschbereit. Ob und wann es auch auf unserem Kontinent zum Ausbruch von Feindseligkeiten kommt, kann niemand sagen.

In seinem Bericht über die Sicherheitspolitik der Schweiz, dem die eingangs zitierte Lagebeurteilung entnommen ist, kommt der Bundesrat zum Schluss: «Über die *Wahrscheinlichkeit* von Entwicklungen lässt sich streiten, *nicht aber über die Möglichkeit der Bedrohung.*»

Diese Überlegungen führten zur *Konzeption der Gesamtverteidigung*, in deren Rahmen dem Sanitätsdienst grosse Bedeutung zukommt.

Lassen wir auch dazu den Bundesrat sprechen: «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».

Warum eine solche Zusammenarbeit?

Wir haben bei all unseren Vorbereitungen vom schlimmsten Fall auszugehen. Für den Sanitätsdienst heisst das: Katastrophe oder – im Extremfall – Krieg.

Bei Katastrophen und insbesondere im Krieg zeigt sich die *Bedrohung im sanitätsdienstlichen Bereich* vor allem beim Patientenansturm.

Im schlimmsten Fall müssen wir davon ausgehen, dass täglich

- dreimal mehr Patienten Spitalpflege benötigen werden als heute,
- fünfmal mehr Patienten chirurgisch behandelt werden müssen,
- zehnmal mehr Notfälle eingeliefert werden als heute.

# Service sanitaire coordonné

Le thème abordé nous met face à une menace que nous connaissons tous par la presse, la radio ainsi que par la télévision, mais que nous voulons chasser, la plupart du temps, de nos pensées. Le service sanitaire coordonné est étroitement lié aux catastrophes et à la guerre. Nous ne voulons pas croire que des événements aussi effrayants puissent nous atteindre et se produire également dans notre pays. Cela est bien compréhensible, mais ne doit pas nous conduire à refuser de voir en face une réalité possible, et surtout nous empêcher de nous préparer à maîtriser la situation sanitaire qui en découlerait en prévoyant le cas le plus défavorable.

«Nous vivons à une époque de contrastes en matière de politique de sécurité. D'une part, les Etats renforcent leur collaboration économique, scientifique et technique... D'autre part, les fortes tensions idéologiques, politiques et sociales subsistent. On n'est pas parvenu jusqu'à présent à éliminer durablement les nombreuses sources de conflit. Les crises et conflits déclarés restent à l'ordre du jour; ils compromettent la sécurité générale...»

En Europe, deux blocs sont encore face à face. Tous les deux sont armés jusqu'aux dents et tiennent en permanence, au moins en partie, leurs forces de combat prêtes à entrer en action. Personne ne peut dire si et quand un conflit surgira en atteignant aussi notre continent.

Dans son rapport sur la politique de sécurité de la Suisse, dont l'appréciation de situation citée plus haut est tirée, le Conseil fédéral conclut: «Les opinions peuvent diverger sur l'évolution probable des événements, mais non sur l'existence d'une menace.»

Ces considérations mènent à la conception de la défense générale, dans le cadre de laquelle le service sanitaire tient une place de grande importance.

A ce sujet, nous lisons le Conseil fédéral: «C'est surtout dans le domaine du service sanitaire qu'une étroite collaboration est indispensable entre l'armée, la protection civile et le service sanitaire des cantons et des communes, lesquels se partagent les tâches d'assistance médicale aux malades, aux blessés et à toutes les personnes dont l'état nécessite des soins.»

Pourquoi une telle collaboration? Dans tous les préparatifs qu'il convient d'entreprendre, nous devons partir du cas le plus défavorable. Pour le service sanitaire coordonné, cela veut dire: catastrophe ou – cas extrême – guerre.

Lors de catastrophes et tout particulièrement en temps de guerre, la *menace en matière de service sanitaire* se manifeste surtout dans l'afflux des patients.

Dans le cas le plus défavorable, on doit raisonnablement s'attendre à ce qu'il y ait, par journée de combat

- trois fois plus de patients nécessitant des soins hospitaliers,
- cinq fois plus de patients nécessitant un traitement chirurgical,
- dix fois plus de patients d'extrême urgence qu'aujourd'hui.



Zudem müssen wir klare Vorstellungen über das anfallende *Patientengut* haben:

- die eingelieferten Patienten sind meist mehrfach verletzt und polytraumatisiert,
- täglich fallen landesweit gegen 1000 Patienten mit Behandlungsdringlichkeit 1, sogenannte Notfälle, an, die, sollen sie eine Überlebenschance haben, in weniger als 6 Stunden chirurgisch behandelt werden müssen,
- von den übrigen Patienten müssen 3000 innert 6-12 Stunden und etwa 5000 Patienten innert 12-24 Stunden chirurgisch behandelt werden.

Da kaum damit zu rechnen ist, dass sich dieser Patientenansturm auf das ganze Land verteilen wird, müssen wir zudem davon ausgehen, dass sich der *Patientenansturm örtlich und zeitlich konzentrieren* wird.

Neben dieser Hauptbedrohung - eben dem drei- bis fünfmal, ja sogar zehnmals grösseren Patientenansturm - muss insbesondere im Krieg mit weiteren Einschränkungen gerechnet werden:

- Die den Armeen der Machtblöcke zur Verfügung stehenden Massenvernichtungsmittel - atomare und chemische Waffen - zwingen uns, *unterirdische Spitäler* und andere geschützte sanitätsdienstliche Einrichtungen zu betreiben.
- Das bedeutet, dass das zur Verfügung stehende Personal *in geschützten Einrichtungen* mit weniger zahlreichen, dafür überbelegten Arbeitsräumen zum Einsatz kommen wird.
- *Weniger Personal muss mehr leisten*, denn nach einer Mobilmachung werden Ärzte und Schwestern einrücken müssen, und von dem in den Krankenhäusern heute tätigen ausländischen Personal wird mindestens ein Teil abreisen.
- Das nach einer Mobilmachung noch zur Verfügung stehende Berufspersonal muss deshalb durch *reaktiviertes Berufspersonal* und durch *Laienpersonal verstärkt* werden.
- Im geschützten Bereich wird aber auch weniger medizinisch-technisches Material, je nach Versorgungslage aber auch ein beschränktes Angebot an pharmazeutischen Produkten und übrigen Sanitätsmaterial zur Verfügung stehen.

Dieser möglichen Bedrohung im sanitätsdienstlichen Bereich muss entgegengetreten werden können. Es muss unser Ziel sein, auch in Extremsituationen *möglichst vielen Patienten eine Überlebenschance zu bieten*.

Wenn man davon ausgeht, dass von den im schlimmsten Fall anfallenden Patienten 10 % in weniger als sechs Stunden, 30 % innert 6-12 Stunden und der übrige Teil innert 12-24 Stunden behandelt werden müssen, führt dies zu folgenden *Zielvorstellungen*:

- Spitalpflegebedürftige Patienten müssen
  - innert 6 Stunden ins Basisspital eingeliefert sein,
  - innert 24 Stunden - immer vom Zeitpunkt der Verletzung oder Erkrankung an gerechnet - im Basisspital behandelt sein.

Diese Zielvorstellungen führen automatisch zu folgenden *Konsequenzen*:

- die sanitätsdienstlichen Transporte müssen möglichst kurz sein,
- der Patient wird grundsätzlich in das nächste Basisspital eingeliefert.

Diese Forderungen können nur dann erfüllt werden, wenn auch auf dem Gebiet des Sanitätsdienstes eng zusammengearbeitet wird. Die vom Bundesrat geforderte Partner-

En outre, il faut avoir à l'esprit une notion claire de la nature des *patients à traiter*:

- la plupart des patients acheminés sont des cas de polyblessés et de polytraumatisés,
- pour l'ensemble du pays, environ 1000 patients par jour relèvent de cas de première urgence qui, pour avoir une chance de survie, doivent bénéficier d'un traitement chirurgical dans un délai maximum de 6 heures,
- en cas qui concerne les autres patients, 3000 d'entre eux doivent bénéficier d'un traitement chirurgical dans les 6 à 12 heures et environ 5000 dans les 12 à 24 heures.

Dans la mesure où il est peu probable que cet afflux de patients se répartisse sur l'ensemble du pays, il faut s'attendre à une *concentration de patients localement et dans un laps de temps limité*.

Outre cette menace principale - c'est-à-dire un afflux de patients trois à cinq fois, voire dix fois plus élevé qu'aujourd'hui - le temps de guerre créera d'autres conditions de travail:

- Les moyens de destruction massive dont disposent les armées des puissances en présence - armes atomiques et chimiques - nous obligent à exploiter des *hôpitaux souterrains* et d'autres installations sanitaires protégées.
- Cela signifie que le personnel disponible doit être engagé dans les *installations sanitaires protégées*, donc dans des locaux de travail moins nombreux mais suroccupés.
- Cela veut dire aussi *moins de personnel, mais qui devra travailler davantage*, dans la mesure où, dès la mobilisation, des médecins et des infirmières entreront en service et où une partie au moins du personnel étranger qui travaille aujourd'hui dans les hôpitaux quittera le pays.
- Le personnel professionnel restant disponible après la mobilisation devra donc être *renforcé par du personnel professionnel appelé à reprendre son activité* et par du *personnel profane*.
- Dans les installations protégées, il y aura moins de matériel médico-technique à disposition. En outre, selon la situation de l'approvisionnement, les produits pharmaceutiques, le matériel sanitaire en général seront moins abondants en quantité et en diversité.

Il faut être à même de pouvoir s'opposer à cette menace possible en matière de service sanitaire. Notre but est donc, également dans les situations extrêmes, *d'offrir une chance de survie au plus grand nombre possible de patients*.

Si l'on part du fait que, dans le cas le plus défavorable, 10 % des patients doivent être traités en moins de 6 heures, 30 % dans les 12 heures et les autres dans les 12 à 24 heures, les *objectifs suivants* s'imposent:

- les patients nécessitant un traitement hospitalier doivent être
  - admis dans l'hôpital de base dans les 6 heures,
  - traités à l'hôpital de base dans les 24 heures - ces temps étant comptés dans tous les cas dès l'atteinte corporelle (blessure ou maladie).

Ces objectifs entraînent automatiquement les *conséquences* suivantes:

- les distances des transports sanitaires doivent être les plus courtes possibles,
- le patient sera acheminé, dans la règle, vers l'hôpital de base le plus proche.

Ces exigences ne peuvent être satisfaites que par une étroite collaboration dans le secteur du service sanitaire. La collaboration demandée par le Conseil fédéral entre les



schaft zwischen den Kantonen mit ihrem öffentlichen Gesundheitswesen, dem Zivilschutzsanitätsdienst und dem Armeesanitätsdienst findet ihren Niederschlag im *Koordinierten Sanitätsdienst*.

1973 setzte der Stab für Gesamtverteidigung einen *Ausschuss Sanitätsdienst* ein und beauftragte ihn, zusammen mit den Kantonen und der Armee das Konzept für den Koordinierten Sanitätsdienst auszuarbeiten sowie die Vorbereitung und Realisierung dieser Zusammenarbeit im sanitätsdienstlichen Bereich in die Wege zu leiten. Mit seiner *Verordnung* über die Vorbereitung des Koordinierten Sanitätsdienstes vom 1. September 1976 bestätigte der *Bundesrat* diesen Auftrag.

Der Ausschuss Sanitätsdienst erarbeitete zuerst ein *KSD-Grundkonzept* und legte es allen Kantonsregierungen vor. In diesem Grundkonzept sind das Ziel, die Partner sowie die für die Konzepterarbeitung wichtigen Grundsätze festgehalten.

Das mit der Koordinierung der verschiedenen Sanitätsdienste zu erreichende *Ziel* wird im Grundkonzept folgendermassen umschrieben:

Der Koordinierte Sanitätsdienst hat zum Ziel, durch Einsatz aller personellen, materiellen und einrichtungsmässigen sanitätsdienstlichen Mittel des Landes in allen strategischen Fällen – ausser im Normalfall – die Behandlung und Pflege der Patienten zu ermöglichen.

Als *Partner* arbeiten im Koordinierten Sanitätsdienst zusammen:

- das öffentliche Gesundheitswesen der Kantone und Gemeinden,
- die Sanitätsdienste der Armee und des Zivilschutzes,
- private Organisationen, wie das Schweizerische Rote Kreuz, der Schweizerische Samariterbund und andere Organisationen.

In Grundkonzept wird der äusserst wichtige *Begriff* «Patient» folgendermassen definiert:  
«Der Begriff «Patient» umfasst alle Verwundeten und Kranken, Militär- und Zivilpersonen, beiderlei Geschlechts, jeden Alters und aller Nationalitäten».

Alle Kantonsregierungen haben dem KSD-Grundkonzept zugestimmt und die Definition des Begriffes «Patient» übernommen. Zudem haben alle Kantonsregierungen für die Vorbereitungsarbeiten sogenannte *KSD-Arbeitsgruppen* eingesetzt und diese mit der Zusammenarbeit mit dem Ausschuss Sanitätsdienst beauftragt.

Der Ausschuss Sanitätsdienst erarbeitete zu den wichtigsten Teilbereichen des Koordinierten Sanitätsdienstes sogenannte *KSD-Grundsätze* und legte diese den zivilen und militärischen Partnern vor. Diese KSD-Grundsätze bilden den Rahmen für das gemeinsame Konzept.

Über welche *Mittel* verfügen die KSD-Partner?

Zur Aufrechterhaltung des öffentlichen Gesundheitswesens setzen die *Kantone* in Kriegszeiten ein

- diejenigen öffentlichen und privaten Krankenhäuser, die sie als Basisspitäler bezeichnet haben,
- die in den Spitälern tätigen Personen, die frei praktizierenden Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie die in medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen tätigen Personen, soweit sie nicht militär- oder schutzdienstpflichtig sind.

Die Zivilschutzorganisationen der Gemeinden verfügen über

- geschützte sanitätsdienstliche Einrichtungen, in der Hauptsache Sanitätsposten und Sanitätshilfsstellen sowie über
- das in ihren Zivilschutzorganisationen eingeteilte Sanitätspersonal.

cantons – avec leur service de la santé publique – les services sanitaires de la protection civile et de l'armée, trouvent leur concrétisation dans le *service sanitaire coordonné*.

En 1973, l'état-major de la défense a constitué une *commission du service sanitaire* et lui a donné mission, en collaboration étroite avec les cantons et l'armée, d'élaborer la conception pour le service sanitaire coordonné. En même temps, il chargeait la commission de préparer et de réaliser cette collaboration en matière de service sanitaire. Par son *ordonnance* concernant la préparation du service sanitaire coordonné (du 1er septembre 1976), le *Conseil fédéral* a confirmé cette mission.

La commission du service sanitaire a d'abord élaboré une *conception de base SSC*, en la soumettant à tous les gouvernements cantonaux. Dans ce document, le but, les partenaires ainsi que les principes nécessaires à l'élaboration du concept sont définis.

La conception de base décrit comme suit le *but* à atteindre par la coordination des divers services sanitaires:

Le service sanitaire coordonné a pour but, par l'engagement de tous les moyens du pays en personnel, en matériel et en installations sanitaires, de permettre dans tous les cas stratégiques – hormis le cas normal – le traitement et les soins aux patients.

Dans le service sanitaire coordonné, collaborent les *partenaires* suivants:

- le service de la santé publique des cantons et des communes,
- les services sanitaires de l'armée et de la protection civile,
- des organisations privées, telles que la Croix-Rouge suisse, l'Alliance suisse des samaritains et autres organisations.

La conception de base définit le terme, très important, de «patient» comme suit:  
«Le terme de «patient» s'applique à tous les blessés et malades, civils et militaires, sans distinction de sexe, d'âge et de nationalité.»

Tous les gouvernements cantonaux ont adopté cette conception de base SSC ainsi que la définition du terme de «patient». Pour exécuter les préparatifs dans leur canton, tous les gouvernements ont constitué des *équipes de travail SSC*, les chargeant de collaborer avec la commission du service sanitaire.

Pour les thèmes les plus importants du service sanitaire coordonné, la commission a établi des *principes SSC* et les a soumis aux partenaires civils et militaires. Ces principes SSC constituent le cadre de la conception commune.

De quels *moyens* disposent les partenaires SSC?

Pour maintenir le service de la santé publique, les *cantons* engagent, en temps de guerre:

- les hôpitaux publics et privés qui ont été désignés comme hôpitaux de base,
- les personnes travaillant dans les hôpitaux, les médecins praticiens, les dentistes et les pharmaciens ainsi que les personnes exerçant une profession médico-technique ou médico-thérapeutique, pour autant qu'elles ne soient pas astreintes au service militaire ou au service de la protection civile.

Les organisations de protection civile des communes disposent

- des installations sanitaires protégées, principalement des postes sanitaires et des postes sanitaires de secours,
- du personnel sanitaire incorporé dans leur organisation de protection civile.



- Die Stufe «Basis» des Armeesanitätsdienstes verfügt über Militärspitäler,
- Basisapotheken und Fabrikationsstellen,
- ein Armeelabor B-Dienst sowie dezentrale B-Labors.

Der Armeesanitätsdienst der Stufe «Basis» verfügt zudem über das in den Spitalregimentern, den Sanitätsmaterialabteilungen sowie in der B-Kompanie eingeteilte Personal. Für den schlimmsten Fall ist von den KSD-Partnern eine *geschützte sanitätsdienstliche Infrastruktur* vorgesehen. Gemäss Zivilschutzkonzeption sind nicht nur für alle Einwohner unseres Landes *Schutzplätze* zu bauen – was heute nahezu schon erreicht ist –, sondern es sind auch für 2% der *gesamten* Bevölkerung Patientenplätze im *geschützten* Bereich bereitzustellen. Diese Patientenplätze teilen sich wie folgt auf:

- für 0,65% der Bevölkerung Patientenplätze in Sanitätsposten (geschützte Arztpraxen),
- für 0,7% Patientenplätze in Sanitätshilfsstellen (geschützte Ambulatorien),
- für 0,65% der Bevölkerung Patientenplätze in Geschützten Operationsstellen oder Notspitälern (geschützte Spitäler).

Gesamtschweizerisch bedeutet dies im Endausbau, der heute mindestens zu 50–60% erreicht ist:

- 150 Geschützte Operationsstellen,
- 30 Notspitäler des Zivilschutzes,
- 400 Sanitätshilfsstellen,
- 1500 Sanitätsposten.

Bis zum *Endausbau* müssen bei Anordnung des vorsorglichen Bezuges der Schutzräume auch oberirdische Krankenhäuser mit geplanter Geschützter Operationsstelle ihren Betrieb als Basisspital der zivilen Behörden (Geschützte Operationsstelle oder Notspital) aufrechterhalten.

Die vom Armeesanitätsdienst Stufe «Basis» im aktiven Dienst betriebenen *Militärspitäler* – die ebenfalls als Basisspitäler bezeichnet werden – werden im Endausbau alle zumindest über einen geschützten Normoperationstrakt verfügen, die meisten werden jedoch voll geschützt sein. Heute (1980) verfügen von rund 40 Militärspitälern deren 10 über einen geschützten Bereich. Die Basisapotheken werden teilweise und die B-Labors total geschützt sein.

Bis zum *Endausbau* müssen bei Anordnung des vorsorglichen Bezuges der Schutzräume auch oberirdische Einrichtungen (Pavillons, Hotels, Schulhäuser und Kasernen) benützt werden.

Anfangs der siebziger Jahre legten die Kantone in Planungsunterlagen ihre *sanitätsdienstlichen Dispositive* fest. Sie bestimmten, wo sie zu diesem Zeitpunkt ihre Basisspitäler, wo ihre Sanitätshilfsstellen und wo ihre geschützten Arztpraxen – die Sanitätsposten – erstellen wollen.

Solche Dispositive müssen aber *strukturiert* werden, denn

- erstens müssen die Einzugsgebiete der Basisspitäler festgelegt und sanitätsdienstliche Räume gebildet werden,

- zweitens müssen die Patientenwege geplant werden, denn die Patienten sollen zur Entlastung der Basisspitäler zuerst in sanitätsdienstliche Einrichtungen der Zwischenstufe, das heisst in Sanitätsposten und Sanitätshilfsstellen, eingeliefert werden, damit dort die nicht spitalpflegebedürftigen Patienten zurückbehalten werden können.

Diese Planungen sind von den Kantonen abgeschlossen

*L'échelon «base» du service sanitaire de l'armée* dispose

- des hôpitaux militaires,
- des pharmacies de base et des installations de fabrication,
- d'un laboratoire d'armée Service-B et des laboratoires-B décentralisés ainsi que du personnel incorporé dans les régiments d'hôpital, dans les groupes de matériel sanitaire et dans la compagnie-B.

Pour maîtriser le cas le plus défavorable, les partenaires ont prévu de construire progressivement une *infrastructure sanitaire qui soit protégée*.

Selon la conception de la protection civile, il ne s'agit pas seulement de construire des *abris* pour tous les *habitants* de notre pays – ce qui est aujourd'hui presque réalisé – mais aussi de mettre des *places protégées pour patients* à disposition de *l'équivalent* de 2% de la population. Ces places se répartissent comme suit:

- 0,65% du nombre d'habitants en places pour patients dans des postes sanitaires (cabinet médicaux protégés),
- 0,7% du nombre d'habitants en places pour patients dans des postes sanitaires de secours (polycliniques protégées),
- 0,65% du nombre d'habitants en places pour patients dans des centres opératoires protégés ou dans des hôpitaux de secours (hôpitaux protégés).

Cela signifie, pour l'ensemble du pays, un besoin de:

- 150 centres opératoires protégés,
- 30 hôpitaux de secours de la protection civile,
- 400 postes sanitaires de secours,
- 1500 postes sanitaires.

La construction est aujourd'hui réalisée à 50/60%.

Jusqu'à la *réalisation finale des constructions*, les hôpitaux de surface avec centre opératoire protégé planifié doivent être maintenus en activité comme hôpitaux de base des autorités civiles même lorsque l'occupation préventive des abris a été ordonnée.

Au stade final des constructions, les hôpitaux militaires, exploités en temps de guerre par le service sanitaire de l'armée de l'échelon «base» – qui sont désignés également comme hôpitaux de base – disposeront au moins d'un bloc opératoire standardisé protégé; pour la plupart, ces hôpitaux seront entièrement protégés. Aujourd'hui (1980), sur 40 hôpitaux militaires, 10 disposent d'un secteur protégé. Les pharmacies de base seront partiellement et les laboratoires-B entièrement protégés.

En attendant la *réalisation* de ce programme de construction, des installations de surface (pavillons, hôtels, écoles et casernes) seront encore utilisées même lorsque l'occupation préventive des abris a été ordonnée.

Au début des années 70, les cantons ont fixé dans des documents de planification leur *dispositif sanitaire*. Ils ont déterminé à l'époque les endroits où ils voulaient construire leurs hôpitaux de base, leurs postes sanitaires de secours, leurs cabinets médicaux protégés (postes sanitaires).

Ces dispositifs doivent être *structurés*:

- premièrement, les secteurs attribués aux hôpitaux de base doivent être déterminés et des secteurs sanitaires doivent être constitués,
- deuxièmement, l'acheminement des patients doit être planifié, dans ce sens que, pour décharger les hôpitaux de base, les patients seront acheminés d'abord vers des installations sanitaires de l'échelon intermédiaire – c'est-à-dire dans des postes sanitaires et des postes sanitaires de secours – afin que les patients ne nécessitant pas un traitement hospitalier puissent y être retenus.

Ces planifications ont été achevées par les cantons. Tous



worden. Alle Kantone haben ihr Kantonsgebiet in sanitätsdienstliche Räume unterteilt.

Um zu verhindern, dass einzelne Basisspitäler von allem Anfang an von Patienten überschwemmt werden, müssen die *Patientenwege vorgeschrieben* und in Basierungslisten festgehalten werden. Die einzelnen Gemeinden werden auf Sanitätsposten und Sanitätshilfsstellen und von dort auf ein Basisspital basiert. Nur so kann verhindert werden, dass die Basisspitäler überlastet werden und Patienten aufnehmen müssen, die nicht spitalpflegebedürftig sind.

Aus den bisherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass der für den schlimmsten Fall vorzubereitende Koordinierte Sanitätsdienst nur landesweit und nur dann funktionieren kann, wenn die Patienten laufend transportiert werden. Aus diesem Grund 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. Die primären sanitätsdienstlichen Transporte für die Zivilbevölkerung fallen in den Verantwortungsbereich der zivilen Behörden und diejenigen für die aus dem militärischen Bereich anfallenden Patienten in den Verantwortungsbereich der Truppenkommandanten.

*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 Transporte muss sichergestellt werden, dass am Rand von Kampf- oder Katastrophenzonen gelegene Basisspitäler dauernd von Patienten entlastet werden und 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.

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

- **Bestehende Führungsstrukturen dürfen nicht zerstört werden.**
- **Zivil befiehlt Zivil, Militär befiehlt Militär.**
- **Auf gewissen Stufen wird koordiniert.**
- **Die zivilen Behörden, der Zivilschutz und die Armee lösen die ihnen übertragenen Aufgaben selbständig; ihre Sanitätsdienste werden in der Zusammenarbeit aufeinander abgestimmt.**

Die mögliche Bedrohung im sanitätsdienstlichen Bereich und alle hier skizzierten Massnahmen zur Abwehr dieser Bedrohung führen zu folgendem *KSD-Konzept*:

Um insbesondere in Kriegszeiten, in denen mit einem dreibis zehnmals grösseren Patientenansturm als heute gerechnet werden muss, die sanitätsdienstliche Lage landesweit meistern zu können, sind die vorhandenen sanitätsdienstlichen Mittel des Landes aufeinander abzustimmen und zum Wohle der gesamten Bevölkerung einzusetzen.

Die Kantone bezeichnen ihre Basisspitäler (öffentliche oder private Krankenhäuser mit gebauten oder geplanten Geschützten Operationsstellen, Notspitäler des Zivilschutzes) und legen in rechtlichen Grundlagen deren Unterstellung fest. Die Armee richtet im aktiven Dienst militärische Basisspitäler (Militärspitäler) ein. Das Netz der zivilen und militärischen Basisspitäler dient der gesamten Bevölkerung (Zivilbevölkerung und Armee) als Basisierung.

Für die Basisspitäler der kantonalen Behörden sowie für Militärspitäler werden Einzugsgebiete (sanitätsdienstliche Räume) festgelegt. Ein sanitätsdienstlicher Raum umfasst ein Gebiet von meist mehreren Gemeinden, und er verfügt über ein Basisspital (Geschützte Operationsstelle, Notspi-

les cantons ont subdivisé leur territoire en secteurs sanitaires.

Pour éviter une surcharge des hôpitaux de base dès le début d'un afflux, *l'acheminement des patients doit être fixé* et précisé dans des listes de base. Les diverses communes sont basées sur des postes sanitaires et des postes sanitaires de secours, de là sur un hôpital de base. De cette manière, on pourra éviter que les hôpitaux de base soient surchargés et doivent admettre des patients n'ayant pas besoin d'un traitement hospitalier.

Il ressort clairement de tout ce qui précède que le service sanitaire coordonné ne peut fonctionner, dans tout le pays, que si les patients sont acheminés de façon continue vers les installations de traitement. C'est la raison pour laquelle les *transports sanitaires* revêtent une grande importance.

Nous distinguons entre transports sanitaires *primaires et secondaires*. Les transports sanitaires *primaires* permettent l'acheminement des patients de la zone sinistrée à l'hôpital de base par le canal des installations sanitaires de l'échelon intermédiaire. Les autorités civiles sont responsables des transports sanitaires primaires pour la population civile, les commandants de troupe de ceux pour les patients militaires.

Les transports sanitaires *secondaires* sont destinés à l'acheminement des patients d'un hôpital de base à un autre. Cet autre hôpital peut se trouver à l'intérieur du canton, dans le canton voisin ou dans une autre région du pays. Les transports secondaires doivent permettre de décharger de façon continue les hôpitaux de base situés à la périphérie des zones sinistrées et de combats, afin qu'ils puissent remplir leur mission, c'est-à-dire admettre les nouveaux patients acheminés. Les transports sanitaires secondaires sont effectués avec des moyens de l'armée et incombent aux zones territoriales.

Malgré une étroite collaboration entre les autorités civiles et l'armée, les *responsabilités* restent strictement séparées:

- **Les structures existantes de conduite ne doivent pas être perturbées.**
- **Le civil commande au civil; le militaire commande au militaire.**
- **La coordination doit être assurée à certains échelons.**
- **Les autorités civiles, la protection civile et l'armée résolvent les tâches qui leur incombent selon leur organisation; leurs services sanitaires sont coordonnés et collaborent entre eux.**

La menace possible dans le domaine du service sanitaire et toutes les mesures de «défense» pour parer à cette menace, ainsi décrites, conduisent à la *conception SSC* suivante:

Pour pouvoir maîtriser la situation sanitaire dans tout le pays, notamment en temps de guerre où l'on doit raisonnablement s'attendre à un afflux de patients 3 à 10 fois plus élevé qu'aujourd'hui, les moyens sanitaires disponibles dans le pays doivent être coordonnés et engagés au profit de l'ensemble de la population.

Les cantons désignent leurs hôpitaux de base (hôpitaux publics ou privés avec centre opératoire protégé construit ou planifié, hôpitaux de secours de la protection civile) et établissent des bases juridiques pour fixer leur subordination. En temps de service actif, l'armée installe des hôpitaux de base militaires (hôpitaux militaires). Le réseau des hôpitaux de base civils et militaires sert de dispositif de base pour l'ensemble de la population (population civile et armée).

Pour les hôpitaux de base des autorités cantonales ainsi que pour des hôpitaux militaires, des secteurs attribués (secteurs sanitaires) ont été déterminés. Un secteur sanitaire comprend une région formée en général de plusieurs communes et dispose d'un hôpital militaire) ainsi que d'installa-



tal oder Militärspital) sowie über sanitätsdienstliche Einrichtungen der Zwischenstufe (Sanitätshilfsstellen und Sanitätsposten des Zivilschutzes).

Die für den Betrieb der einzelnen sanitätsdienstlichen Einrichtungen Verantwortlichen sind einerseits die kantonalen Behörden (für Geschützte Operationsstellen und durch sie betriebene Notspitäler) und die Zivilschutzorganisationen der Gemeinden (für Notspitäler, soweit diese nicht durch die Organe des öffentlichen Gesundheitswesens betrieben werden, für Sanitätshilfsstellen und Sanitätsposten), andererseits der Armeesanitätsdienst Stufe Basis (für Militärspitäler). Das in den Spitälern zur Verfügung stehende sowie das in Spitalformationen der Armee und in Sanitätsformationen des Zivilschutzes eingeteilte Berufspersonal muss durch reaktiviertes Berufs- und durch Laienpersonal verstärkt werden. Die KSD-Partner sorgen dafür, dass insbesondere die Basisspitäler gleichwertig personell dotiert werden.

Insbesondere in Kriegszeiten muss der Patientenweg vorgeschrieben werden. Es müssen deshalb Rechtsgrundlagen geschaffen werden, die es unter anderem erlauben, im Bedarfsfall die freie Arzt- und Spitalwahl aufzuheben. In Basierungslisten ist der Grundsatz festzuhalten, dass die Patienten aus dem zivilen Bereich zuerst in Sanitätsposten und Sanitätshilfsstellen des Zivilschutzes, die Patienten aus dem militärischen Bereich zuerst in truppeneigene Sanitätshilfsstellen zu transportieren sind, bevor sie, wenn nötig, in die Basisspitäler der kantonalen Behörden und der Armee eingeliefert werden.

Die Basierungen für die Zivilbevölkerung werden von den zivilen Behörden, diejenigen für die Truppe von den Territorialzonen festgelegt. Die wechselseitige Benützung der Basisspitäler durch einen Teil der Zivilbevölkerung und einen Teil der Armee ist im gegenseitigen Einvernehmen festzulegen.

Für die Patiententransporte in die sanitätsdienstlichen Einrichtungen der zivilen Zwischenstufe und von dort in die Basisspitäler tragen die zivilen Behörden und die Zivilschutzorganisationen die Verantwortung; für die Patiententransporte in die truppeneigenen Sanitätshilfsstellen und von dort in die Basisspitäler sind die Truppenkommandanten verantwortlich.

Zur Entlastung gefährdeter oder überbelegter Basisspitäler bestimmte sanitätsdienstliche Transporte, mit denen Patienten in leistungsfähigere oder weniger belegte Basisspitäler in anderen sanitätsdienstlichen Räumen innerhalb oder ausserhalb des Kantons überführt werden, werden im Prinzip von den Territorialzonen mit Mitteln der Armee durchgeführt.

Die in den sanitätsdienstlichen Einrichtungen der KSD-Partner eingelieferten Patienten werden nach den Kriterien der Katastrophen- und Kriegsmedizin behandelt.

Für die materielle Bereitschaft der verschiedenen sanitätsdienstlichen Einrichtungen (Ausrüstung, Sanitätsmaterial und Verbrauchsgüter) tragen die für den Betrieb der Einrichtung zuständigen Instanzen die Verantwortung. Jede sanitätsdienstliche Einrichtung verfügt demzufolge über eine Grundausrüstung an sanitätsdienstlichem und übrigen Verbrauchsmaterial.

Die Versorgung mit pharmazeutischen Produkten wird in einer sich über drei Monate hinziehenden ersten Phase durch die in den gewohnten Verteilkanälen vorhandenen Vorräte und durch zusätzliche Reserven an Fertigprodukten und in einer zweiten Phase, ausgehend von Wirkstoffreserven, durch die Fabrikation von Hauptprodukten sichergestellt.

Um alle Möglichkeiten der Kantone, der pharmazeutischen Industrie und der Armee bestmöglich auszunützen, wird die Fabrikation koordiniert. Die Verteilung wird auf

tions sanitaires de l'échelon intermédiaire (postes sanitaires de secours et postes sanitaires de la protection civile).

Les responsables de l'exploitation des diverses installations sanitaires sont, d'une part les autorités cantonales (pour les centres opératoires protégés et les hôpitaux de secours exploités par elles) et les organisations de protection civile des communes (pour ceux des hôpitaux de secours qui ne sont pas exploités par les organes de la santé publique, pour les postes sanitaires de secours et les postes sanitaires), d'autre part le service sanitaire de l'armée de l'échelon «base» pour les hôpitaux militaires. Le personnel professionnel disponible dans les hôpitaux, tout comme celui incorporé dans les formations d'hôpital de l'armée et dans les formations sanitaires de la protection civile, doit être renforcé par du personnel profane. Les partenaires SSC veillent à ce que notamment les hôpitaux de base soient dotés de façon équilibrée en personnel.

L'acheminement des patients, surtout en temps de guerre, doit être défini. Des bases légales doivent donc être créées, permettant, entre autres, de suspendre, en cas de besoin, le droit au libre choix du médecin et de l'hôpital. Dans des listes de base, le principe est fixé selon lequel les patients du secteur civil seront d'abord acheminés vers des postes sanitaires et des postes sanitaires de secours de la protection civile, les patients militaires vers des postes de secours sanitaires de la troupe, avant d'être hospitalisés, si nécessaire, dans les hôpitaux de base des autorités cantonales et de l'armée.

Le système de bases pour la population civile est fixé par les autorités civiles, celui pour la troupe par les zones territoriales. L'utilisation réciproque des hôpitaux de base par une partie de la population civile et une partie de l'armée doit être fixée d'un commun accord.

Les autorités civiles et les organisations de protection civile sont responsables des transports de patients vers les installations sanitaires de l'échelon intermédiaire civil et de là vers les hôpitaux de base; les commandants de troupe sont responsables des transports de patients vers les postes de secours sanitaires de la troupe et de là vers les hôpitaux de base. Les transports sanitaires destinés à décharger des hôpitaux de base menacés ou suroccupés, par le transfert de patients dans des hôpitaux de base d'une capacité plus grande ou moins occupés d'autres secteurs sanitaires à l'intérieur du canton, seront exécutés en principe par les zones territoriales avec des moyens de l'armée.

Les patients admis dans les installations sanitaires des partenaires SSC seront traités selon les critères de la médecine de catastrophe et de guerre.

Les instances compétentes pour l'exploitation des diverses installations sanitaires sont responsables de leur préparation matérielle (équipement, matériel sanitaire et biens de consommation). Chaque installation sanitaire dispose donc d'une dotation de base en matériel sanitaire et en autre matériel de consommation.

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques est assuré, dans une première phase s'étendant sur trois mois, par les stocks des canaux habituels de distribution et par des réserves supplémentaires en produits terminés; dans une deuxième phase, il le sera par la fabrication des produits pharmaceutiques majeurs à partir de réserves de substances actives.

La fabrication est coordonnée afin d'utiliser au mieux toutes les possibilités des cantons, de l'industrie pharmaceutique et de l'armée. La distribution est organisée au niveau des secteurs sanitaires. La fabrication et la distribution sont coordonnées à l'échelon Confédération.



die Stufe der sanitätsdienstlichen Räume organisiert. Fabrikation und Verteilung werden auf Bundesstufe koordiniert.

Die Führung im sanitätsdienstlichen Bereich obliegt auf der Stufe Eidgenossenschaft dem Bundesrat, auf der Stufe Kanton der Kantonsregierung. Im Bereiche des Armeesaniätsdienstes obliegt sie dem Armeekommando.

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 und auf der Stufe Bundesrat von einem eidgenössischen sanitätsdienstlichen Koordinationsorgan wahrgenommen.

Ziel aller Führungs- und Koordinationsaufgaben ist es, durch Einsatz aller sanitätsdienstlichen Mittel möglichst vielen Patienten Überlebenschancen bieten zu können.

Soweit das Konzept. Es versteht sich von selbst, dass den KSD-Partnern aus diesem Konzept und den dazu entwickelten KSD-Grundsätzen noch weitere Vorbereitungsarbeiten entstehen. Diese sind unverzüglich an die Hand zu nehmen.

Zum Schluss noch folgenden Hinweis:

- Für den schlimmsten Fall werden insgesamt 200 000 Patientenplätze sowie – auf der Stufe Endbehandlung – etwa 560 Operationstische bereitgestellt.
- Für den Betrieb dieser für den schlimmsten Fall vorgesehenen sanitätsdienstlichen Infrastruktur werden rund 220 000 Personen benötigt, davon rund 130 000 Frauen.
- Heute sind 60 000 Frauen im Gesundheitswesen tätig oder im Zivilschutzsanitätsdienst oder im Rotkreuzdienst eingeteilt; es fehlen also im Koordinierten Sanitätsdienst rund 70 000 Frauen; diese gilt es zu finden und zu werben.

Wenn Sie die Möglichkeit haben, über den Koordinierten Sanitätsdienst zu informieren, dann ergreifen Sie auch die Gelegenheit, für die Mitarbeit unserer Frauen im Zivilschutzsanitätsdienst und im Rotkreuzdienst zu werben.

Der landesweite Koordinierte Sanitätsdienst ist personalintensiv – aber, er dient einer guten Sache:

**im schlimmsten Fall möglichst vielen Patienten Überlebenschancen zu bieten.**

La conduite en matière de service sanitaire incombe, à l'échelon Confédération au Conseil fédéral, à l'échelon canton au gouvernement cantonal. Dans le domaine du service sanitaire de l'armée, elle incombe au commandement de l'armée.

Les tâches de coordination entre les partenaires civils et militaires seront assurées, à l'échelon cantonal, si nécessaire au niveau d'une partie du canton ou d'une région, par un organe de coordination sanitaire constitué de membres de l'état-major civil de conduite et de l'état-major territorial; à l'échelon Conseil fédéral, elles le seront par un organe fédéral de coordination sanitaire.

Le but de toutes les tâches de conduite et de coordination est de permettre, par l'engagement de tous les moyens sanitaires, d'offrir des chances de survie au plus grand nombre possible de patients.

Ainsi en est-il de la conception. Il va de soi que les partenaires SSC ont encore à exécuter des préparatifs résultant de cette conception ainsi que des principes SSC développés à ce sujet. Ces travaux doivent être abordés immédiatement.

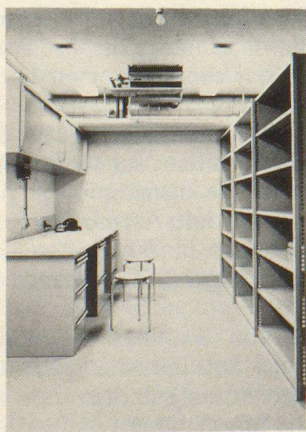
Pour conclure, les indications suivantes:

- pour le cas le plus défavorable, 200 000 places pour patients et – à l'échelon de traitement définitif – environ 560 tables d'opération sont prévues,
- pour l'exploitation de l'infrastructure sanitaire prévue dans le cas le plus défavorable, 220 000 personnes sont nécessaires dont 130 000 femmes environ,
- aujourd'hui, 60 000 femmes font partie du service de la santé publique ou sont incorporées dans les services de la protection civile et de la Croix-Rouge; le service sanitaire coordonné a donc besoin encore de 70 000 femmes qui doivent être trouvées et encouragées à participer à cette organisation.

Si vous avez la possibilité de donner des informations sur le service sanitaire coordonné, faites en même temps de la publicité pour une collaboration des femmes dans les services de la protection civile et de la Croix-Rouge.

Le service sanitaire coordonné couvrant tout le pays implique un nombreux personnel, mais il sert une juste cause:

**dans le cas le plus défavorable, offrir des chances de survie au plus grand nombre possible de patients.**



## Zivilschutz-Mobiliar

Verlangen Sie ausführliche Unterlagen bei:

**A. Wehrle**  
**Betriebseinrichtungen**  
**9230 Flawil**  
**Telefon 071 83 31 41**

**WEHRLE**  
**SYSTEM**

