Zeitschrift: Protar

Herausgeber: Schweizerische Luftschutz-Offiziersgesellschaft; Schweizerische Gesellschaft der Offiziere des Territorialdienstes

Band: 7 (1940-1941)

Heft: 3

Artikel: Zum Aufgabenkreis des Luftschutzarztes und der Luftschutz-Sanitätshilfstelle

Autor: Deitling

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-362783

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

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

Ergänzende Bemerkungen zu den Aufgaben des Luftschutzarztes

Von Oblt. G. Peyer, Laufen

Ich freue mich darüber, dass Herr San.-Oberst Dubs meinen Auffassungen über die notchirurgische Tätigkeit des Luftschutzarztes widerspricht und dadurch überhaupt die Diskussion über die Tätigkeit des Luftschutzarztes in Gang bringt. Nirgends, in keinem Reglement ist die Arbeit des Luftschutzarztes genau umschrieben. Die bei gelegentlichen persönlichen Meinungsäusserungen vertretenen Auffassungen über ihren Tätigkeitsbereich sind denn auch unter den Luftschutzärzten selbst sehr verschieden, einer will seine Arbeit auf reine Samaritertätigkeit beschränken und die Verletzten möglichst rasch in berufene Hände abschieben, während andere wiederum möglichst viel definitiv versorgen möchten. Meine «Anregungen und Gedanken» in Nr. 1, 7. Jahrgang, der «Protar» wollten in erster Linie einmal eine allgemeine Diskussion unter den im Luftschutz tätigen Kollegen eröffnen, um auf diese Weise Richtlinien festlegen zu können.

Und zur Sache selbst: Ich gebe Herrn Oberst Dubs recht, wenn er sagt, dass die von mir postulierten Notoperationen in behelfsmässig eingerichteten, improvisierten Sanitätshilfsstellen und von ungenügend geschulten Aerzten *nicht* durchgeführt werden dürfen. Dort, wo die Möglichkeit eines *raschen und gefahrlosen* Abtransportes in eine entsprechende Klinik oder in ein Bezirksspital mit fachchirurgisch geschulten Kräften besteht, wo der *Indicatio vitalis* also Genüge geleistet werden kann, soll und muss der Weitertransport geschehen. Es wird aber zweifellos Fälle geben, wo der Abtransport einfach nicht möglich ist. Denken wir an die abgelegenen Ortschaften, an das Weiterbestehen der Gefahr aus der Luft, an erschwerte Rückschubmöglichkeiten, an anderweitig verstopfte Verbindungswege, an den Mangel an entsprechenden Fahrzeugen, rechnen wir mit der Transportzeit u. dgl. m., dann erkennen wir, dass es Luftschutzorte gibt, wo die Arbeit des Luftschutzarztes sich nicht auf die Triage beschränken kann, sondern wo, um nicht Leben zu verlieren, rasch helfend eingegriffen werden muss. In solchen Fällen ist jetzt schon vorausschauend zu organisieren: die Sanitätshilfsstelle muss hier eben derart eingerichtet werden, dass Operationen aus vitaler, dringlicher Indikation ausgeführt werden können, und *diese* Luftschutzärzte, die nicht das Glück haben, in einer Stadt oder in der Nähe eines guten, rasch und sicher erreichbaren Spitals arbeiten zu können, müssten m. E. für ihre Aufgabe entsprechend vorbereitet werden. Ich denke an notchirurgische Operationskurse, wie sie m. W. auch in der Armee durchgeführt werden. Viele von uns wären im Interesse der Sache des Luftschutzes, abgesehen vom ärztlich-persönlichen Gewinn, gewiss für die Einberufung in solche Kurse dankbar.

Zum Aufgabenkreis des Luftschutzarztes und der Luftschutz-Sanitätshilfsstellen

Von Prof. Dettling (Dienstchef der Sanität im Luftschutz-Bat. Bern)

Sie haben mich als Mitarbeiter der «Protar» eingeladen, Stellung zu nehmen zum Artikel in der «Protar» Nr. 1, November 1940, «Gedanken und Anregungen zu den Aufgaben des Luftschutzarztes», von Oblt. Dr. G. Peyer, und zu einer inzwischen bei Ihnen eingegangenen Einsendung von San.-Oberst Dubs.

Es handelt sich dabei um den Versuch, die Aufgaben des Luftschutzarztes und der örtlichen Luftschutz-Sanitätshilfsstellen — im modernen Krieg — zu umreissen. Herr Oberst Dubs hat Bedenken gegen die Formulierung von einzelnen Leitsätzen, ausgehend vom Gesichtspunkte, dass militärärztliche Leitsätze sehr klar und einfach, d. h. nicht zu stark individualisiert gehalten sein sollen. Herr Oberst Dubs hat die Erfahrungen der Feldchirurgie in einem 1939 erschienenen Buche «Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst» veröffentlicht, auf welches Werk hier ausdrücklich verwiesen sein soll.

Die Rettungstruppen des Luftschutzes inkl. der Sanität und des Luftschutzarztes bringen, wenn nicht die moderne Kriegsführung überhaupt, zwangsmässig neue Gesichtspunkte mit beschleunigter Entwicklung, ohne grosse praktische Erfahrungen. Als Grundlage gelten die militärischen Erfahrungen der Feldsanität und Feldchirurgie, *und* diejenigen der *Katastrophenmedizin* (speziell der Explosionen). Der Versuch, die Aufgaben des Luftschutzarztes und der Luftschutzsanität abzugrenzen, ist, abgesehen von den Umwälzungen des modernen Krieges, schwierig, schon weil die Verhältnisse von Ort zu Ort, von Arzt zu Arzt und die Art der Kriegführung ändern. Die Großstädte z. B. zwingen andere Forderungen auf als kleinere Städte oder Ortschaften (auszugehen ist aber didaktisch besser von den Grossansprüchen); die Verwendung von Giften würde die Verhältnisse von Grund auf ändern; die lokale Organisation des Arzt- und des Spitalbetriebes überhaupt, die Mittel des Transportes (Frage der Motorisierung!), die Erreichbarkeit von Spitälern, das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Chirurgen im Spital oder beim Luftschutz usw. sind ausschlaggebend.

Im zur Diskussion stehenden Artikel von Oblt. Peyer ist beim Versuch, einige grundlegende Anregungen zu schaffen, die Bedeutung der ersten Hilfe und speziell der sogenannten «*Triage*» zu wenig hervorgehoben worden, was mehr eine didaktische Bedeutung hat, denn der praktische Arzt ist schliesslich fortwährend mit der Triage beschäftigt. Dafür hat Oblt. Peyer in seinem Artikel mehr die ärztliche Behandlung in einer eigentlichen *Notlage* in den Vordergrund gestellt, die dann eintreffen würde, wenn ein chirurgisch eingerichtetes Spital oder überhaupt ein Fachchirurge nicht rechtzeitig erreicht werden könnte! (In ländlichen Verhältnissen ist eben bei den Vorbereitungen für den Kriegsfall gerade von dieser Situation auszugehen.)

Es ist jedoch nur zu begrüssen, dass Herr Oberst Dubs die Diskussion über die Luftschutzsanität in erster Linie auf die elementare Bedeutung der ersten Hilfe, des Transportes und einer möglichst frühzeitigen Triage lenkt (für welche aber von verschiedenen Autoren bereits ein Fachchirurge im Felde verlangt wird!); deshalb kann nicht übersehen werden, dass beim Luftschutz die Triage selbst nicht so selten durch einen Nichtchirurgen vorgenommen werden müsste. Spire und Lombardy z. B. verstehen unter Triage: 1. die Diagnose der vorliegenden Verletzung; 2. die Beurteilung der Dringlichkeit des Eingriffes («Catégorisation»); 3. die Beurteilung des Grades der Transportfähigkeit; 4. die Angabe des Bestimmungsortes des Verwundeten.

Erste ärztliche Hilfe und die damit verbundene Triage wird einsetzen, sobald ein Arzt bei der Sanitätsmannschaft ist. Diese Funktionen können also stattfinden (je nach den Verhältnissen) schon am Platze des Luftangriffes, im Verwundetennest, bei den primären und sekundären Lagerstellen usw., ausserhalb und innerhalb der Sanitätshilfsstellen. So habe ich im neuesten Luftschutzkeller Berns innerhalb der Schleuse einen speziellen Triageraum bauen lassen, gilt doch der Grundsatz, dass die Luftschutzsanität in erster Linie für die erste Hilfe, die Triage und den Transport bestimmt ist.

Auch die örtliche *Sanitätshilfsstelle* des Luftschutzes ist in erster Linie bestimmt als Ambulatorium bei der Bergung der Verletzten aus Luftangriffen und andern Kampfhandlungen, sowie bei Bränden, unter spezieller Berücksichtigung der Kampfgiftgeschädigten aus der Zivilbevölkerung, der Truppe der Luftschutzorganisation selber, der eventuell am Orte stationierten Militärtruppen, einschliesslich Ortswehr, sofern diese nicht über eine eigene Sanität verfügen. Die Ueberlastung der Luftschutz-Sanitätshilfsstellen mit Zivilpatienten, welche an sich in eine intern-medizinische Poliklinik gehören, ist bestmöglich zu vermeiden. Diese Verhältnisse müssen in einer Luftschutzorganisation befehlsmässig geordnet sein. Dazu kommt noch eine besondere Gruppe von Klienten bei Verwendung von Kampfgiften, nämlich Leute, die sich rein prophylaktisch oder zum bessern Schutze in die gassicheren Luftschutz-Sanitätshilfsstellen begeben wollen usw.

Der Dienst des Luftschutzarztes hängt also sehr eng zusammen mit der nötigen*) allgemeinen Organisation des Spitalbetriebes und der Ausübung der ärztlichen Praxis am einzelnen Orte für den Kriegsfall. Die Tätigkeit des Luftschutzarztes in der Sanitätshilfsstelle richtet sich, wie wir bereits erwähnt haben, neben der fachlichen Ausbildung nach verschiedenen Umständen, speziell nach dem Umstande, ob in tunlicher Frist überhaupt ein Transport möglich ist (Frage der Transportmittel und Distanzen ins Spital) und ob in nützlicher Frist ein Spital erreicht werden kann, wo Chirurgen zur Verfügung stehen. (Das Transportwesen ist entwicklungsfähig; in der Luftschutzorganisation Bern z. B. konnte ich unter meinem persönlichen Kommando eine motorisierte Sanitätsstosstruppe von 30 Mann bilden nur für erste Hilfe und motorisierten Transport.)

Sehr zu berücksichtigen bleibt es, dass die Luftschutzmedizin nicht so weit gestaffelt sein kann, wie der Armeesanitätsdienst, denn bei uns stehen nur die Luftschutzärzte und die Truppensanität zur Verfügung, aber keine eigentlichen Sanitätsformationen mit chirurgischen Equipen, und wir sind auch meistens nicht an die M. S. A. angeschlossen. Was der Luftschutzarzt herstellen soll, ist die rechtzeitige Verbindung seiner Truppensanität mit Spitälern, wobei es eine offene Frage ist, ob im Kriegsfall in kleinern Spitälern noch ein Fachchirurge überall zur Verfügung steht. Vielleicht ist der Luftschutzarzt gleichzeitig auch Chirurge am Spital usw.

Es darf auch nicht vergessen werden, dass für die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung bei Luftangriffen grösseren Stils die Transportmittelfrage eine sehr grosse Rolle spielt; je geringer in grösseren Zentren die Aussichten auf motorisierten Transport sind, um so grösser werden die Ansprüche an die erste Hilfe inkl. Notoperationen durch geeignete Luftschutzärzte sein.

Es stellen sich bei Fliegerangriffen auch ganz spezielle Anforderungen an die Schutzmassnahmen für die Truppe, Sanitäts- und Arztdienst; es ist vorzusehen, dass bei Kämpfen eventuell lange überhaupt nicht oder erst nachts transportiert werden kann usw.

In den meisten luftschutzpflichtigen Orten bestehen gut ausgebaute, jedenfalls einsturzsichere und gasdichte Sanitätshilfsstellen und vielerorts bombensichere Sanitätshilfsstellen in Luftschutzkellern (z. T. so gut eingerichtet, dass an sich die meisten Operationen durchgeführt werden

*) Organisation des Sanitätsdienstes im Territorial-Kreis (in Bern z. B. durch einen eigenen Sanitätsdienstbefehl und eine allgemeine Orientierung in engster Zusammenarbeit mit der Luftschutzorganisation, der Sanitätsdirektion, Stadtarzt und den Spitälern niedergelegt).

könnten), welche mancherorts eigentlich den einzig sicheren Ort darstellen, wo bei Fliegerangriff grösseren Stils eine bestmögliche Sicherheit für Patient und Arzt besteht.

Es gibt einzelne Städte, die kleinere, eigentliche Operationssäle in Sanitätshilfsstellen besitzen. In grossen Zentren wird man gut tun, vorzusorgen, dass in den Sanitätshilfsstellen auch grössere Operationen durch Fachchirurgen gemacht werden können.

Ich glaube kaum, dass irgendeine Stelle daran denkt, von Aerzten Operationen zu erwarten, für welche sie sich beruflich nicht zuständig betrachten können. Der Luftschutzarzt ist überhaupt in einer ähnlichen Lage wie der Arzt mit allgemeiner Praxis. Unter den Luftschutzärzten hat es viele praktische Aerzte, welche auch in ihrem Luftschutzamte so an den Fall herantreten müssen, wie es sonst ihre Praxis an ihrem Arbeitsort mitbringt (sie arbeiten ja an ihrem Arbeitsort). Zudem fehlt es unter den Luftschutzärzten nicht ganz an Chirurgen. So besitzt z. B. die Luftschutzorganisation Bern zwei Chirurgen und hat Aussicht, dass im Ernstfall ältere Fachchirurgen beispringen würden. Einer unserer Luftschutzärzte hat z. B. seine Praxis zufällig direkt über dem Luftschutzkeller, so dass er in der Lage wäre, seine Praxis sofort in die bombensichere Sanitätshilfsstelle zu verlegen. Es müssen alle Mittel und Kräfte eingesetzt werden, um bei allen Eventualitäten bestehen zu können. Deshalb muss die Tendenz bestehen, dass sich die Luftschutzärzte aus bestimmten Spezialitäten so weit als möglich auch für die kleine Chirurgie vorsehen!

Diese individuellen Gesichtspunkte, welche mit der nötigen allgemeinen Luftschutzorganisation des Sanitäts- und allgemeinen Arztdienstes der Ortschaften inkl. allgemeiner Verarztung der Zivilbevölkerung im Kriegsfall zusammenhängen, sollen aber nicht verhindern, erprobte militärärztliche Richtlinien didaktisch hochzuhalten, d. h. scharf zu unterscheiden zwischen den elementaren Aufgaben und den mehr zusätzlichen, mehr individuellen eines einzelnen Ortes und den zu erwartenden Umständen eines Kriegsfalles.

Wenn man versucht, die neuartigen Verhältnisse des Luftschutzes mit den bewährten Gesichtspunkten der Feldchirurgie und des Gefechtssanitätsdienstes zu vergleichen, so könnte man, wenn ein geeignet ausgebildeter Arzt zur Verfügung steht, eine gut ausgebaute Sanitätshilfsstelle einem Hauptverbandplatz der Sanitätskompagnien gleichsetzen.

Als Aufgabe des Verbandplatzes der Sanitätskompagnien sieht Herr Dr. Dubs vor:

«Herstellung der Transportfähigkeit. Allerdringlichste Eingriffe aus vitaler Indikation. Operative Wundversorgung. Frakturschienung mit Transport-Extensionsschienen. Blutersatz, in der Regel durch Ersatzflüssigkeiten; ausnahmsweise Bluttransfusion. Die Hauptaufgabe ist die richtige Triage durch den zugeteilten Fachchirurgen.»

Sicher ist, dass alle Verhältnisse auf den Kopf gestellt würden, sobald Kampfgifte verwendet würden. In diesem Fall würden sich die Aufgaben der Aerzte in den gassichern Sanitätshilfsstellen ungeheuer steigern. Wir müssen aber für unsere Bereitschaft auch mit dieser Möglichkeit rechnen. Es ist deshalb eine *vornehme Aufgabe* des Luftschutzarztes (wenn dies nicht schon der Fall ist), sich mit der kleinen Notchirurgie vertraut zu machen, speziell in Blutstillung und Blutersatz inkl. Bluttransfusion, welche z. B. in Bern in der Grosszahl der Sanitätshilfsstellen durchgeführt werden könnte, da geeignete Aerzte vorhanden sind und auch die nötigen Hilfsmittel zur Verfügung stehen; aber auch mit andern lebensrettenden kleinen Operationen, wie Wundexzision, Unterbindung, Tracheotomie usw., wie sie der Arzt mit allgemeiner (inkl. Unfall-) Praxis zu beherrschen hat; den Aerzten ist gegebenenfalls Gelegenheit zu Kursen in kleiner Chirurgie zu geben usw.

Es sei noch darauf hingewiesen, dass z. B. im Luftschutzbataillon Bern wie in vielen Luftschutzorganisationen der Schweiz die Blutgruppe aller Soldaten bestimmt und ins Dienstbüchlein eingetragen ist, bei uns sogar in einer Zentralkartothek jederzeit greifbar. Wir betrachten die Luftschutzsoldaten nur als Reservespender und für den internen Gebrauch. Es darf nicht übersehen werden, dass im Ernstfall eventuell gerade die Luftschutzorganisation mit ihrem Verbindungsdienst eventuell die einzige Stelle wäre, die noch die Blutspender herbeiholen kann. In Bern haben wir z. B. auch das Herbeiholen der Blutspender für die Spitäler vorgesehen, welche nach unsern Luftschutzquartieren eingeteilt sind.

Die Gesichtspunkte des Blutersatzes und der Bluttransfusion hat Oberst Dubs in seinem Werke zusammengefasst und betont, dass die Bluttransfusion schon möglichst weit vorne, so z. B. mit konserviertem Blut in den Frontsanitätshilfsstellen, durchgeführt werden solle, «wo sie eben eigentlich am nötigsten ist»; hiefür sehen wir uns vor!

Es ist eine vornehme Aufgabe jedes, so auch des Luftschutzarztes, zu wissen, welche Hilfeleistungen er selber kunstgerecht leisten kann. Im modernen Totalkriege hat jeder Arzt, sei er Militärarzt oder Luftschutzarzt oder Privatarzt, an seinem Platze seine ganze Kraft und Kunst einzusetzen, um auch bei überraschend wechselnden Kampfmethoden der Truppe und Zivilbevölkerung seine Hilfe angedeihen zu lassen, so gut er es kann und darf; denn im totalitären Krieg lässt sich zwischen Truppe und Zivilbevölkerung kein Unterschied mehr machen.

Bereiten wir uns so gut wie möglich auf alle Eventualitäten vor und halten wir den uralten Grundsatz hoch: primum nil nocere!