

Vorschlag zu einer neuen Taktik des Sanitätsdienstes auf Grund der Erfahrungen einer Studienreise nach Deutschland

Autor(en): **Fonio, A.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Protar**

Band (Jahr): **14 (1948)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **17.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-363251>

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.

Vorschlag zu einer neuen Taktik des Sanitätsdienstes auf Grund der Erfahrungen einer Studienreise nach Deutschland *Von Oberst A. Fonio, Luftschutzchefarzt*

Im Jahre 1946 wurde eine Mission von Sanitäts-offizieren nach der amerikanischen Besetzungszone in Deutschland zum Studium der im Sanitätsdienst des Luftschutzes im letzten Krieg gewonnenen Erfahrungen vom Militärdepartement, bzw. von der Generalstabsabteilung abkommandiert. Diese Mission bestand aus dem Verfasser als Leiter und folgenden Offizieren: den Hauptleuten: von Fels, San. Dienstschef Ls. Bat. St. Gallen; Studer, San. Dienstschef Ls. Bat. Luzern; Dupertuis, San. Dienstschef Ls. Bat. Lausanne; Oblt. Scherer, Bergungsoffizier Ls. Kp. Schlieren, Oblt. Jost, St. Kp. 17, als Dolmetscher und Adjutant. Der Mission wurden zwei Chauffeure und zwei P. W. aus der eidgenössischen Waffenfabrik zugeteilt.

Dauer der Missionsreise: 25. September bis 5. Oktober 1946. Reiseroute: Basel - Freiburg i. Br. - Frankfurt - Darmstadt - Mannheim - Karlsruhe - Pforzheim - Stuttgart - Tübingen - Rottweil - Basel.

In Frankfurt, Karlsruhe und Stuttgart wurde Fühlung mit den leitenden deutschen Luftschutzärzten und anderen Luftschutzorganen genommen, in mehrstündigen Konferenzen die Kriegserfahrungen besprochen und eingehende Inspektionen in den zerstörten Stadtteilen vorgenommen. In Pforzheim waren die leitenden Luftschutzorgane aufgeboten worden, so dass auf der Durchreise in eingehender Besprechung die Lage namentlich nach dem letzten katastrophalen Angriff gründlich erörtert werden konnte. Zahlreiche photographische Aufnahmen, die von einzelnen Mitgliedern der Mission gemacht wurden, ergänzten den Missionsbericht an die Generalstabsabteilung, der in täglichen Rapporten und im Schlussrapport in Basel abgefasst wurde. Vor der Entlassung der Missionsteilnehmer wurden die Vorschläge für die neue Sanitätstaktik auf Grund der gewonnenen Erfahrungen bereinigt und dem Bericht beigelegt.

Der allgemeine Eindruck, den die Mission bei ihrer Studienreise gewann, ist der, dass die zweckmässige Anordnung und die Befolgung geeigneter Luftschutzmassnahmen sich direkt auf die Zahl der Verluste auswirkten. Wo ein straffer, gut organisierter Luftschutzdienst bestand und wo die Bevölkerung sich den Luftschutzmassnahmen in disziplinierter Weise restlos unterzog, waren die Verluste verhältnismässig gering, wo dies nicht der Fall war dagegen katastrophal, wie aus folgender Zusammenstellung erhellt:

Frankfurt (Einwohnerzahl 550 000); Zahl der Angriffe: 5 Grossangriffe 1944, viele kleinere; Verluste an Toten: 2000.

Stuttgart (550 000); 1944 3 Grossangriffe, viele kleinere; 4200 Tote.

Mannheim (300 000); viele kleinere, 160 Grossangriffe; 4000 Tote.

Karlsruhe (170 000); 3 Grossangriffe; 3000—9000 Tote.

Pforzheim (80 000); viele kleinere, ein katastrophaler Angriff 1945; 20 000—25 000 Tote.

Darmstadt (110 000); ein Grossangriff 1944; 44 000 Tote.

In den Städten Frankfurt, Stuttgart und Mannheim bestand ein sehr gut organisierter Luftschutzdienst mit zahlreichen Hoch- und Tiefbunkern und Schutzräumen, in Stuttgart dazu grosse Beton- und Pionierstollen; die Bevölkerung war gut diszipliniert und fügte sich verständnisvoll den Luftschutzmassnahmen. In Karlsruhe waren die Luftschutzmassnahmen ungenügend, die Bevölkerung gleichgültig, Hoch- und Tiefbunker bestanden, mit Ausnahme eines Spitalbunkers, nicht. Pforzheim und Darmstadt waren als Luftschutzorte II. Klasse bezeichnet und erhielten nicht genügende Kredite zum Ausbau von Luftschutzräumen, der Dienst war ungenügend organisiert und die Bevölkerung nicht luftschuttfreundlich und luftschutzdiszipliniert. Dies wirkte sich namentlich dahin aus, dass der Hausfeuerwehrdienst völlig versagte, indem bei Grossangriffen die Leute nicht aus den Schutzkellern herauszubringen waren, um die Dachstuhlbrände rechtzeitig zu löschen, so dass sich die Brände schliesslich auf ganze Gebäudekomplexe und Quartiere ausdehnten. Der nachfolgende Feuersturm und die ungeheure Hitze in den Strassen verhinderte später jeden Verkehr und die Leute kamen in ihren Schutzkellern um, sei es infolge Hitzeausstrahlung, sei es durch Sauerstoffentzug durch den Sog. In Darmstadt gingen beispielsweise sämtliche Insassen eines 10 m tief unter der Erde sich befindlichen Schutzraumes zugrunde.

Besonders erschwerend für den Luftschutzdienst war die ausgedehnte Verschüttung und Verlegung der Strassen der Städte mit den Trümmern zusammengestürzter ganzer Häuserreihen, die in den meisten Fällen jeden Verkehr verunmöglichten. Dazu gesellte sich der bald nach den Luftangriffen orkanartig wehende Feuersturm mit ungeheurer Hitzeentwicklung durch die Sogwirkung der ausgedehnten Brände ganzer Quartiere, der das Betreten der Strassen ausschloss. Der Luftschutzdienst wurde ausserdem dadurch besonders erschwert, dass bei Luftangriffen alle Verbindungen schon zu Beginn schlagartig blockiert wurden.

Infolge der Strassenverschüttungen und des über die Strassen dahinrasenden Feuersturmes, die ein Erreichen der Schadenzone von einem einzelnen Standort der Sanitätstruppen verunmöglichten

oder erschwerten, mussten ihre Standorte einer Zweiteilung unterzogen werden: in einen innerstädtischen und einen ausserstädtischen, um die Erreichung der Schadenzonen, sei es vom Stadtkern oder vom Stadtrand her, zu ermöglichen. Dazu mussten, um bei katastrophalen Angriffen die bestehenden Luftschutztruppen zu unterstützen, Reservetruppen bereitgestellt werden, die an stadterfernten Standorten in Bereitschaftsstellung lagen, ihrer Detachierung harrend. So verfügte jede grössere Ortschaft über sogenannte *ortsfeste Truppen*, einem Bergungs- und einem Pflegezug, die der Rettungsstelle zugeteilt waren, und den *mobilen Truppen*, am Stadtrand stationiert. Als Reservetruppen galten die Gau-Kommandoeinheiten an fernliegendem Standort stationiert, durch das Gau-Kdo. anzufordern. Alle diese Truppen waren motorisiert, den ortsfesten war pro Einheit ein Motorwagen zum Krankentransport zugeteilt, die mobilen als Transportkolonnen organisiert zu zirka 120 Mann, 20 Transportautos, deren Zahl nach der Einwohnerzahl variierte, desgleichen die Reserve-Gau-Kdo.-Einheiten.

Als zusätzliche Sanitätshilfen arbeiteten die *Sanitätshelferinnen*, den Hausfeuerwehren zugeteilt, die namentlich während den Luftangriffen, als jegliche Bergung in den Strassen unmöglich war, sehr wertvollen Bergungsdienst leisteten und zirka ein Drittel der Verwundeten besorgten. Diese Laienhilfen haben sich in allen von uns besichtigten Städten ausserordentlich gut bewährt.

Als eine weitere wertvolle Hilfe zur Rettung Verschütteter haben sich die *mobilen Pionierdetachements* bewährt, die eigens dazu ausgebildet und equipiert (Abhorchgeräte) der Sanitätsmannschaft zugeteilt waren.

Die Ergänzung der Ausrüstung der Sanitätstruppen mit *Nassmasken* und *Augenschutzbrillen* hat sich zum Schutz gegen Rauch und Staub als unentbehrlich erwiesen, während die «Volksmaske» sich dabei nicht bewährte.

Die Verwundeten wurden insgesamt nach den Rettungsstellen, unseren Sanitätshilfsstellen entsprechend, verbracht, und nicht direkt in die Spitäler, indem diese bei den Angriffen, durch Brand oder Verschüttung teilweise oder ganz ausfielen. In Stuttgart waren 50 % der kleineren und 60 % der grösseren Spitäler ausgefallen. Hier hat eine *zentrale Bettennachweisstelle*, dem Gesundheitsamt unterstellt, sehr gute Dienste geleistet, indem durch diese Instanz sämtliche Evakuationen aus den Rettungsstellen geleitet wurden.

Sehr bewährt hat sich auch die Einrichtung der «*Ausweichspitäler*», wohin die Krankenhäuser fortlaufend ihre transportablen Patienten evakuierten, um Betten für die Luftangriffe frei zu machen.

Als weitere sich gut bewährende allgemeine Massnahmen hat sich der Bau der Tiefbunker unter freien Plätzen, und der Hochbunker, die nur selten ausfielen und dann nur stockweise, sowie der sogenannten Beton- und Pionierstollen in Stuttgart,

die absoluten Schutz gewährten. Die Einrichtung des Zellsystems in den Tiefbunkern, wobei jeder Familie eine bestimmte Zelle zugewiesen war, hat sehr viel zur Verhinderung von Panik beigetragen, namentlich bei Volltreffern, die nur einen Teil der Zellpartien zerstörten und von den Insassen der davon entfernteren kaum wahrgenommen wurden.

Sehr bewährt haben sich ferner die allgemein durchgeführten Mauerdurchbrüche in den Kellern. Dadurch wurde beispielsweise bei einem grossen Luftangriff in Frankfurt die Bevölkerung eines ganzen Stadtquartiers nach dem Mainufer evakuiert, bei infolge Verschüttungen völlig unpassierbaren Strassen.

Im Bericht an die Generalstabsabteilung wurden von der Mission die Luftschutzeinrichtungen der einzelnen Städte sowohl in Bezug auf die Sanitätstruppen, ihre Einteilung, ihre Standorte und auf die Erfahrungen während und nach den Luftangriffen, als auch auf die übrigen Massnahmen, Schutzräume, Bunker etc. . . . in allen Einzelheiten aufgeführt und beurteilt.

Im Schlussrapport in Basel wurden sodann alle diese Einzelberichte, die jeweils vor dem Verlassen der einzelnen Städte bereinigt wurden, zusammengefasst und ihre Auswirkung auf die Umgestaltung der Sanitätstaktik unserer Luftschutztruppen durchberaten.

1. Sanitätstruppen.

Die Erfahrungen mit den Strassenverschüttungen, bzw. Verlegungen und teilweise auch mit dem den Luftangriffen folgenden Feuersturm in den besichtigten deutschen Städten mit Abschnürung des Verkehrs, sei es nach dem Innern der Stadt, sei es umgekehrt nach dem Stadtrand, lassen beim Bergungsdienst eine Zweiteilung der Sanitätstruppen notwendig erscheinen. Ein Teil soll mit festem Standort im Innern der Stadt, am zweckmässigsten an der Sanitätshilfsstelle (ortsgebundene Truppe), ein anderer am Stadtrand stationiert sein (mobile Truppe).

Dazu ist eine Reservetruppe in der Nachbarschaft (20 bis 30 km) vorzusehen zur Detachierung bei Grossangriffen an bedrängten Ortschaften eines bestimmten Bezirkes zur Verstärkung der lokalen Truppen.

Die Mission schlägt folgende Anordnungen vor:

A. Beim Luftschutzbataillon.

1. Ortsgebundene San. Mannschaft pro Kp.:

der San. hst. zugeteilt:

a) Pflgetrupp: 16 Mann = 8 (4) männl.
8 (12) weibl.

b) Bergungstrupp: 16 Mann
1 Fahrer
1 Motorwagen

c) 1 Arzt, zugleich Kp. Arzt
1 bis 2 Hilfsärzte im Kriegsfall zugeteilt.

2. *Mobile Truppen, dem Bat. Kdo unterstellt:*

Auf 100 000 Einwohner:

1 *Transportkolonne:*

100 Mann

20 Motorfahrzeuge

1 Bergungsoffizier, Kdt.

1 Arzt, dazu 1 bis 2 Hilfsärzte im Kriegsfall zugeteilt

1 Motorwagenunteroffizier.

B. *Bei mittleren L.-Organisationen von Kp.stärke:*

1. *Ortsgebundene San. Mannschaft:*

der San. hst. zugeteilt:

a) Pfl egetrupp: 16 Mann = 8 (4) männl.

b) Bergungstrupp: 16 Mann = 8 (12) weibl.

1 Fahrer, ein Motorwagen

c) 1 Arzt, zugleich Kp. Arzt

ev. 1 bis 2 Hilfsärzte im Kriegsfall.

2. *Mobile Truppen:*

1 *Transportkolonne* mit 1 bis 2 Motorfahrzeugen zu 4 Tragbahnen.

5 Mann wenigstens pro Fahrzeug mit je 1 Fahrer.

Standort: je nach der Anlage der Gemeinde dezentralisiert.

C. *Bei Detachementen.*

Sinngemässe Zuteilung an San. Mannschaft und Material.

D. *Ter. Kdos direkt unterstellt.*

Reserve-Bergungstransportkolonnen zu:

100 Mann

20 bis 30 Motorfahrzeugen

1 Bergungsoffizier, Kdt.

1 Arzt, dazu 1 bis 2 Hilfsärzte im Kriegsfall

1 Motorwagenunteroffizier

Standort: Nach Befehl d. Ter. Kdo

Aufgabe: Verstärkung v. L.-Truppenverbänden bei katastrophalen Angriffen.

Die Motorisierung der Sanitätstruppe ist zu fordern, um den raschen Abtransport der Verwundeten nach der Sanitätshilfsstelle zu ermöglichen. Der Transport von Hand kommt nur für ganz kurze Distanzen in Betracht, bei grösseren wird die Sanitäts-Mannschaft ungebührlich lange in Anspruch genommen und zu schnell ermüdet, was zu Ausfällen führen muss.

Nebst den regulären Truppen ist noch eine zusätzliche Sanitätshilfe zu fordern, nämlich *Sanitätshelferinnen*, den Hausfeuerwehren zugeteilt, die erfahrungsgemäss den Bergungsdienst besorgen, während die Sanitätstruppen noch am Ausnücken verhindert sind.

Nach den Erfahrungen in deutschen Städten wurden durch die Sanitätshelferinnen zirka ein Drittel der Verwundeten geborgen. Jeder Sanitätshelferin ist ein Ordonnanzsanitätskistchen beizugeben. Ausbildung am zweckmässigsten durch Organe der Samaritervereine nach aufzustellenden Richtlinien.

Als weitere zusätzliche Sanitätshilfen ist das *Rote Kreuz* vorzusehen bei Koordinierung seines Hilfsdienstes durch den Rot-Kreuz-Chefarzt.

Durch die Ortswehrkommandanten ist auch der Dienst der *Ortswehrs sanität* mit dem Luftschutzdienst zu koordinieren.

Als weitere zusätzliche Sanitätshilfe sind *mobile Pionierdetachementen* aufzustellen, zur Bergung von Verschütteten, den Sanitätstruppen zugeteilt, entsprechend ausgebildet und ausgerüstet (Abhorchgeräte!).

Materialergänzungen.

Alle Luftschutztruppen sollen eine *zusätzliche Ausrüstung* erhalten zum Schutz gegen Rauch und Staub, nämlich *Nassmasken, Augenschutzbrillen; Abhorchgeräte* sind auch in beschränkter Zahl den Sanitätstruppen zuzuteilen.

Nach den Kriegserfahrungen bedürfen unsere *Sanitätshilfsstellen* einer Ergänzung ihres Baues und ihrer Ausrüstung. Nebst dem Ein- und Ausgang sollen eine Anzahl *Notausgänge* angebracht werden. Alle Aus- und Eingänge sind von aussen deutlich zu kennzeichnen mit leuchtenden Farben für die Nacht, damit sie bei Verschüttungen leicht aufgefunden und befreit werden können. Es sind auch mehr *Aborteinrichtungen* vorzusehen. Des ferneren soll die *Sanitätshilfsstelle* luftdicht abschliessbar sein gegen den Sog bei benachbarten Bränden mit Sauerstoffentzug. Es ist auch die Sauerstofffrage aufzuwerfen, ob eintretender Mangel an Sauerstoff durch Sauerstoffbomben zu kompensieren sei, was die Physiologen zu entscheiden hätten. Jede Sanitätshilfsstelle ist mit einer selbständigen *Sterilisationsanlage* zu versehen, da die Regionalspitäler für diesen Dienst bei Luftangriffen in Wegfall kommen. Dieses Postulat wurde im letzten Weltkrieg vom Luftschutzchefarzt immer wieder aufgestellt; gegen Kriegsende wurde dieser Forderung teilweise Folge gegeben, während einige Organisationen (Genf) von vornherein ihre Sanitätshilfsstelle damit versehen hatten.

Die Lage der Sanitätshilfsstelle.

a) In hügeligem, bergigem Gelände oder an steilen Flussufern ist die Sanitätshilfsstelle prinzipiell in Stollen anzulegen oder wenigstens einem Schutzstollen anzugliedern.

b) Bei ebenem Gelände ist die Sanitätshilfsstelle nicht unter massiven Gebäuden, sondern unter freien Plätzen anzulegen, mit verschüttungsfreiem Ein- und Ausgang und mehreren Notausgängen. Bestehen Tiefbunker oder Hochbunker, so ist die Sanitätshilfsstelle diesen anzuschliessen.

c) Bereits bestehende stabile, gut eingerichtete Sanitätshilfsstellen in Kellerräumen massiv gebauter Gebäude können bestehen bleiben, sie sind jedoch mit mehreren zusätzlichen Notausgängen zu versehen, von aussen gut gekennzeichnet. Wenn möglich, soll darnach getrachtet werden, die Sanitätshilfsstelle vermittelt tiefliegendem Tunnel mit

freiem Platz oder freier breiter Srasse in Verbindung zu bringen.

Schutzräume. Es empfiehlt sich, die Innenausstattung der Schutzräume nach dem Zellensystem umzubauen. Den Familien sind von vornherein ständige Zellen anzuweisen, die sie bei Alarm automatisch aufzusuchen haben. Dadurch wird der Panik Einhalt geboten.

In jedem Schutzraum ist ein Sanitätsraum und wenn möglich eine Entbindungsstelle einzurichten. Genügende Anzahl von Aborten.

In hügeligem Gelände sind Stollen jeder Art von Bunkern vorzuziehen.

Kellerdurchbrüche. Sie sind prinzipiell anzulegen. Gut bewährt hat sich dabei die provisorische Verschlussung durch eine dünne Ziegelsteinwand mit «Guckfenster», damit vor dem endgültigen Durchbruch entschieden werden könne, ob der benachbarte Keller nicht durch Sog bei Gebäudebränden, durch Gas oder Wasserüberschwemmung gefährdet ist. Erst nach erfolgter Sicherung ist der Durchbruch zu öffnen.

Die Spitäler sind durch entsprechenden Befehl des Territorialkommandos oder Ortswehrkommandos aufzufordern, *Ausweichspitäler* fern von der Ortschaft (20 bis 30 km entfernt) einzurichten und ihre transportfähigen Kranken fortlaufend dorthin zu evakuieren, um freie Betten für die Evakuationen aus den Sanitätshilfsstellen zur Verfügung zu erhalten. In Städten mit mehreren Spitälern empfiehlt es sich, eine zentrale Bettennachweisstelle einzurichten, welche die Evakuationen aus den Sanitätshilfsstellen dirigiert.

Sanitätstaktik.

Der Pflegezug hat die Sanitätshilfsstellen nicht zu verlassen, er versieht deren Dienst und steht unter der Leitung eines energischen Unteroffiziers mit Feldweibelnatur, der die Triage besorgt. Leichtverwundete sind am Eingang der Sanitätshilfsstellen anzuhalten, dort zu besorgen und sobald als möglich nach Hause oder zu ihrem Arzt in ambulante Behandlung zu entlassen. Die Einrichtung einer Art poliklinischer Station am Eingang neu erbauter Sanitätshilfsstelle (Langnau) mit Separatgang würde sich sehr gut bewähren und den Dienst in der Sanitätshilfsstellen ausserordentlich entlasten. Schwer Verwundete sind wie bisher in den Behandlungsräumen zu besorgen und im Pflageraum zu lagern bis zur anbefohlenen Evakuierung.

Der Bergungszug tritt auf Befehl in Aktion. Bei Versagen des Meldedienstes rückt er selbständig aus

und arbeitet autonom: Bergung und Transport in die Sanitätshilfsstellen. Ist die mobile Truppe eingesetzt, dann fällt zunächst der Transport nach der Bergung aus. Die Verwundeten sind an eine Sammellinie zu verbringen, wo sie von der langsam vorrückenden Transportabteilung durch den sogenannten «Auskämmdienst» übernommen und nach der Sanitätshilfsstelle transportiert werden.

Mobile Truppen. Bei kleineren Angriffen werden sie auf Befehl des Bataillonkommandos eingesetzt. Bei Versagen des Meldedienstes und bei Grossangriffen senden sie eigene Erkundungstrupps aus, die den Bergungsdienst sofort aufnehmen, das Gros hat dann nachzurücken und langsam vorzudringen, die Verwundeten an den Sammellinien aufzunehmen und in die Sanitätshilfsstelle zu transportieren. Transporte in die Regionalspitäler sind nur ausnahmsweise und nach Anordnung der Bettennachweisstelle auszuführen, da diese erfahrungsgemäss während eines Luftangriffes in Ausfall kommen können. In der unterirdisch angelegten Sanitätshilfsstelle kann sich der Sanitätsdienst an den Verwundeten ruhiger und gefahrloser vollziehen.

Die Laienhelferinnen bei den Hausfeuerwehren bergen die Verwundeten und schaffen sie mit Hilfe von freiwilligen oder dazu kommandierten Trägern an die Sammellinien, wo sie von den mobilen Truppen aufgenommen werden.

Wegen Verschüttungsgefahr und infolge der rascheren direkten Transportmöglichkeit in die Sanitätshilfsstelle durch die motorisierten Sanitätstruppen ist auf die Zwischenstation des *Verwundetennestes* in Kellerräumlichkeiten zu verzichten. Bei ausgedehnten Bränden ganzer Gebäudekomplexe verbietet sich des Soges und der Hitzeentwicklung wegen die Anlegung von Verwundetennestern von selbst. Der möglichst rasche Transport in die Sanitätshilfsstelle, bevor der Feuersturm zur Geltung kommt, ist in jedem Falle anzustreben.

Aus dem Bericht der Aerztemission geht hervor, dass die Erfahrungen, die sich aus den Besichtigungen der Schadenzonen und den Rapporten der deutschen Luftschutzbehörden ergaben, eine Neuordnung der Sanitäts-Taktik dringend erfordern. Richtlinien dazu sind im Bericht niedergelegt. Nicht erwähnt sind darin die Atombombenschäden, die im Deutschen Reich nicht vorkamen, deren Abwehr jedoch bereits vom Verfasser bearbeitet ist.

Verfasser und Redaktion würden es begrüßen, wenn diesem Bericht sich eine Diskussion anschliessen würde, besonders durch Kameraden mit Erfahrungen aus Kriegsschadenzonen.