

Die Kriegssanität im Zivilschutz

Autor(en): **Kürsteiner, P.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Protar**

Band (Jahr): **25 (1959)**

Heft 5-6

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-363823>

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.

Die Kriegssanität im Zivilschutz*

Von Dr. med. P. Kürsteiner, Eidg. Gesundheitsamt, Bern

Gesetzliche Grundlagen

Gemäss Art. 1 der *Verordnung über zivile Schutz- und Betreuungsorganisationen* vom 26. Januar 1954 sind es die Gemeinden, die unter der Aufsicht der Kantone für ihre örtlichen und betrieblichen Organisationen auch einen Dienstzweig Kriegssanität schaffen müssen. Gemäss Art. 5 bestehen die Aufgaben dieses Dienstes vor allem in der Hilfeleistung an Verletzte und Kranke und deren Transport. In einem eidgenössischen Kurs wurden 1955, wie in Art. 20 vorgesehen, vom Bund für Kantonsinstruktoren ausgebildet. In den folgenden Jahren bildeten die Kantone (nach Art. 21) die Dienstchefs aus. Gemäss Art. 22 sind es die Gemeinden, die nun die erforderlichen Detachements- und Gruppenchefs auszubilden haben. Dies ist zum Teil schon geschehen, zum Teil sind Kurse für dieses und nächstes Jahr vorgesehen. Eine Mannschaftsausbildung jedoch findet gemäss dem einschränkenden Beschluss des Bundesrates vom 2. Juni 1955 zur *Verordnung* noch nicht statt. Das sind die heute geltenden gesetzlichen Grundlagen, und das ist das durchgeführte und noch durchzuführende Ausbildungsprogramm.

Aufgaben

Die Kriegssanität hat die Aufgabe, Verletzten und Kranken die Erste Hilfe zu leisten und wo notwendig den Transport in die Sanitätshilfsstellen oder die Spitäler, wo die endgültige ärztliche Behandlung stattfindet, sicherzustellen, allenfalls unter Fühlungnahme und mit Unterstützung der territorialdienstlichen Kommandostellen. Sie muss sich aber daneben noch mit mannigfachen weiteren Aufgaben befassen, zum Beispiel mit dem zivilen Blutspendedienst, das heisst, mit der Beschaffung des notwendigen Vollblutes, Trockenplasmas und Plasmaersatzes von der Blutspendeorganisation des Schweizerischen Roten Kreuzes. Sie muss vor allem mit allen anderen Dienstzweigen eng zusammenarbeiten, zum Beispiel mit der Obdachlosenhilfe, die für sie eine gewisse Personalreserve abgeben kann, oder mit dem Dienstzweig des ABC-Dienstes, das heisst, der Schutzorganisation gegen atomische, biologische und chemische Kampfstoffe. Selbstverständlich ist notwendig, dass eine gute und eingespielte Zusammenarbeit auch mit den zuständigen territorialdienstlichen Organen und in den grösseren Ortschaften mit den zugeordneten Luftschutztruppen gewährleistet ist. Es ist genau wie in der Armee, wo sich der Armeesanitätsdienst auch in die Funktion der ganzen Armee einzuordnen hat. Ferner hat der Kriegssanitätsdienst sich mit personellen Fragen, das heisst der Einteilung und Ausbildung des eigentlichen Fachpersonals (Aerzte, Zahnärzte und Apotheker) und des Hilfspersonals und mit solchen der Beschaffung des Sanitätsmaterials zu befassen. Vom alten blauen Luftschutz her stehen nur noch verhältnismässig kleine Vorräte zur Verfügung. Bei der Einteilung der Aerzte ist darauf zu achten, dass diese wenn möglich für die ärztliche Tätigkeit und nicht nur für rein

administrative Aufgaben eingesetzt werden, da wir ohnehin für den Zivilschutz zu wenig Aerzte haben. Eine Ausnahme wird hier wohl nur für Dienstchefs der Kriegssanität von grösseren Ortschaften in Frage kommen.

Bestände

Der Zivilschutz erfasst rund 780 schutzpflichtige Ortschaften mit etwa 2,8 Millionen Einwohnern sowie gegen 3000 Industriebetriebe, Spitäler und Verwaltungen. Von diesen 2,8 Millionen Einwohnern rücken etwa 400 000 (15 Prozent) zur Armee ein, und zurück bleiben noch 2,4 Millionen. Davon kommen ein Drittel, d. h. schätzungsweise 800 000 Personen für die Einteilung in den Zivilschutz in Frage, und zwar 520 000 für die Hauswehren, 80 000 für den Betriebschutz und 200 000 für die örtlichen Schutzorganisationen. Der Dienstzweig Kriegssanität beansprucht von letzteren 58 000, das sind rund 29 Prozent. Aus diesen Zahlen lässt sich ersehen, dass eine Ortschaft mit 10 000 Einwohnern mindestens 200 Personen, d. h. 2 bis 3 Prozent, für den Kriegssanitätsdienst braucht, und zwar ohne die Hauswehresanität. Ungefähr zwei Drittel werden Frauen sein. Wo diese Leute eingesetzt werden und welche Aufgaben ihnen zufallen, ist in den folgenden Abschnitten beschrieben.

Sanitätsdienstliche Stellen

Der Kriegssanitätsdienst kennt als Behandlungsstellen das Verwundetennest, den Sanitätsposten, die Sanitätshilfsstelle und das Spital.

Verwundetennest

In oder am Rande einer Schadenzone finden wir Verwundetennester. Ihr Standort ist nicht zu voraus bestimmt; es sind nicht vorbereitete Stellen, sondern sie ergeben sich erst aus der jeweiligen Schadenlage. Sie werden durch die Hauswehren, die Kriegsfeuerwehren oder die Luftschutztruppen errichtet, am besten an Strassen und freien Plätzen, wenn möglich an geschützten Stellen. Sie sind deutlich zu markieren. Hieher werden die Verwundeten zuerst gebracht, und von hier werden diese entweder in den Sanitätsposten, besser aber direkt in die Sanitätshilfsstelle oder ausnahmsweise sogar direkt ins Spital transportiert. Wir müssen den Verletzten möglichst rasch einer ärztlichen Behandlung zuführen und nicht Zeit verlieren mit Zwischenhalten, zum Beispiel in einem Sanitätsposten, wo noch kein Arzt eingesetzt ist. Oft aber werden die Strassen durch Trümmer blockiert sein, so dass ein Transport vorübergehend nicht möglich ist und man froh sein wird, den Verwundeten vorläufig in einen geschützten Sanitätsposten bringen zu können.

Im Verwundetennest erhält der Verletzte die Erste Hilfe, d. h. die erste Laienhilfe, durch den in der Hauswehr eingeteilten Samariter oder die Samariterin oder durch jemanden, der wenigstens einen Kurs für Kameradenhilfe bestanden hat. Der Hauswehrsamariter verfügt auch über Sanitätsmaterial zum Anlegen des ersten Notverbandes. Dieses Material muss in der Nähe bereitliegen, an einem sicheren, im

* Aus: «Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes», April 1954. (Stand März 1959)

Gefahrenfall zugänglichen Ort, zum Beispiel im Luftschutzraum, so verpackt, dass es vor Staub und Feuchtigkeit geschützt ist. Das Eidg. Gesundheitsamt hat Richtlinien über die Art und Menge dieses Materialvorrates (berechnet für vier Verletzte) herausgegeben.

Der Hauswehrsamariter, der das Verwundetennest betreut, meldet die Zahl der Verletzten und vielleicht auch schon etwas über die Schwere der einzelnen Verletzungen durch den Gebäudechef weiter, damit für den Abtransport die notwendigen Träger und Transportmittel angefordert werden können.

Jeder Angehörige des Zivilschutzes sollte im Bedarfsfall eine sachgemässe Erste Hilfe an Verletzten leisten können, und es sollten daher alle Angehörigen des Zivilschutzes zum mindesten in einem Kurzkurs für Kameradenhilfe von dreimal zwei Stunden ausgebildet werden. Die Angehörigen der Kriegsanität aber, vielleicht mit Ausnahme der Trägergruppen, sollten einen vollständigen Samariterkurs bestanden haben.

Sanitätsposten

Grundsätzlich werden in allen organisationspflichtigen Ortschaften mit 1000 und mehr Einwohnern Sanitätsposten eingerichtet, und zwar auf ungefähr 500 Einwohner ein Posten, d. h. je nach den örtlichen Verhältnissen einer für jeden Block oder für mehrere Blocks zusammen oder auch für jeden schutzpflichtigen Betrieb. Der Sanitätsposten muss nahtreffersicher, d. h. einsturz- und splittersicher sein und eine behelfsmässige Gasschleuse besitzen.

Der Sanitätsposten ist die erste vorbereitete Behandlungsstelle des Kriegsanitätsdienstes, allerdings nur eine Durchgangsstation und Uebergabestelle für die Verwundeten. Hier befindet sich nun schon mehr und ausgebildetes Sanitätspersonal, jedoch noch kein Arzt. Unter der Leitung je eines Gruppenchefs arbeiten eine Samaritergruppe und eine Trägergruppe zu je sechs Personen. Es stehen auch Bahren, Rollbahren oder improvisierte Transportmittel zur Verfügung.

Vom Posten aus werden die Träger nach vorn geschickt zum Abholen der Verletzten aus den Verwundetennestern, und von hier aus werden die Verwundeten nach hinten in die Sanitätshilfsstelle transportiert. Die Verwundetennester basieren auf einem bestimmten Sanitätsposten und dieser auf einer bestimmten Sanitätshilfsstelle bzw. auf einem bestimmten Spital.

Der Gruppenchef der Trägergruppe ordnet den Einsatz seiner Gruppe an und sorgt ferner dafür, dass angefordertes Sanitätsmaterial als Nachschub aus der Hilfsstelle zum Posten gebracht wird. Die Sanitätshilfsstelle ihrerseits bezieht dieses Material aus der örtlichen Materialreserve, die in der Hand des Dienstchefs Kriegsanität steht. Die Transporte der Verletzten vom Sanitätsposten zur Hilfsstelle werden meist mit Bahren oder Räderbahnen bewerkstelligt werden müssen, da kaum je genügend Motorfahrzeuge zur Verfügung stehen werden und es für diese der vielen Trümmer wegen oft nicht möglich sein wird, in der Schadenzone zu zirkulieren.

Die Samaritergruppe nimmt sich der eintreffenden Verwundeten an und leistet, sofern dies nicht schon im Verwundetennest geschehen ist, die Erste Hilfe. Diese besteht vor allem im Anlegen eines sachgemässen Notverbandes, in der Schienung einer gebrochenen Extremität, in der Labung der Verwundeten und deren Bereitstellung zum Weitertransport. Der Samariter wird ferner schon eine gewisse Triage durchführen müssen zur Bestimmung der Dringlichkeit, d. h. der Reihenfolge für den Abtransport.

Damit diese Aufgaben erfüllt werden können, ist der Sanitätsposten räumlich grundsätzlich in einen Behandlungs-

raum und in einen Raum mit 10 bis 15 improvisierten Lagerstellen eingeteilt. Für diese Unterteilung genügt schon ein einfacher Vorhang. Es ist darauf zu achten, dass man mit Bahren hinein-, hindurch- und hinausgelangen kann. Es müssen ein Wasservorrat von 100 bis 200 Liter, eine einfache Kochgelegenheit, ferner eine Notbeleuchtung, ein Notabort, etwas Proviant für die Verletzten und die Samariter und vor allem Verband- und Schienenmaterial in genügender Menge nebst einigen Medikamenten vorhanden sein.

Sanitätshilfsstelle

In der Sanitätshilfsstelle finden die Triage durch den Arzt, die erste ärztliche Versorgung der Verletzten und die Schockbekämpfung statt. Es werden Notoperationen ausgeführt, Verbrennungen behandelt, und es wird die Transportfähigkeit des Patienten hergestellt, damit dieser zur endgültigen ärztlichen Behandlung ins Spital verlegt werden kann. Auch die Sanitätshilfsstelle ist somit eigentlich nur eine Durchgangsstelle für die Verletzten; sie ist aber mit Personal, Einrichtungen und Material bedeutend besser ausgerüstet als der Sanitätsposten.

Die Abteilung für Luftschutz hat in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt verschiedene Typenpläne ausgearbeitet, und zwar für eine kleine Hilfsstelle mit 20, eine mittlere mit 64 und eine grosse mit 140 Liegestellen. Alle sind nahtreffersicher. Eine Hilfsstelle kann für ein Quartier oder mehrere Quartiere, d. h. einen Sektor bestimmt sein. Man rechnet eine Sanitätshilfsstelle zu 50 Liegestellen auf ungefähr 5000 Einwohner; das sind Liegestellen für zirka 1 Prozent der Bevölkerung. Eine Ortschaft mit 15 000 Einwohnern sollte somit über drei Hilfsstellen zu 50 Liegestellen verfügen oder aber über eine grosse mit 100 Liegestellen und eine mittlere mit 50. Fraglich ist, ob in jeder Ortschaft mit 15 000 Einwohnern bei einer Mobilmachung noch zwei oder drei Aerzte zur Verfügung stehen.

Wenn eine Hilfsstelle in einem Neubau errichtet wird, werden die Kosten kleiner sein, als wenn man die gleiche Hilfsstelle in einen Altbau einbauen müsste. Schon aus diesem Grunde lohnt es sich, bei allen öffentlichen Neubauten wie Schulhäusern, Turnhallen usw. diese Möglichkeit ernsthaft zu prüfen. Die reinen Baukosten belaufen sich für den kleinen Typ auf zirka 35 000 Fr., für den mittleren auf zirka 100 000 Fr. und für den grossen auf 200 000 bis 300 000 Fr., ohne Inventar. Für die komplette Inneneinrichtung ist mit zirka 1000 Fr. je Bett zu rechnen, mit dem Bau zusammen also je Bett mit zirka 3000 bis 5000 Fr. Genauere Angaben können nicht gemacht werden, da die Kosten durch verschiedene variable Faktoren bestimmt sind.

Eine Sanitätshilfsstelle muss nicht nur nahtreffersicher, sondern auch gassicher sein. Die Zugangs- und Ausgangsrampen dürfen nicht verschüttet werden können. Je grösser die Entfernung von einem Spital ist, desto grösser sollte auch die Aufnahmefähigkeit und desto besser sollte auch der Ausbau sein. Nicht zu vergessen sind eine künstliche Beleuchtung und Belüftung sowie die Wasserversorgung. Damit eine Sanitätshilfsstelle nicht verstopft wird, müssen für den Fall eines unerwarteten Andranges in der Nähe weitere Lagerungsmöglichkeiten vorhanden sein.

Die innere Einteilung gliedert sich grundsätzlich in vier Räume: die Abtransportstelle (mit Gasschleuse, Entgiftungsstelle, administrativer Aufnahmestelle und vorläufiger Lagerstelle), die Behandlungsstelle (mit Vorbereitungsraum, Behandlungsraum, Sterilisation), die Abtransportstelle (mit den Lagerstellen), und endlich die Materialstelle (mit Materialraum, Maschinenraum, Kochstelle). Die verschiedenen Räume

brauchen nicht unbedingt durch feste Innenwände unterteilt zu werden, sie können im Gegenteil durch verschiebbare Zwischenwände variabler gestaltet werden.

Chef der Sanitätshilfsstelle ist ein Arzt; dieser ist aber im Katastrophenfall niemals imstande, neben seiner rein ärztlichen Tätigkeit sich noch mit administrativen Aufgaben abzugeben. Als administrativer Leiter der Hilfsstelle ist deshalb ein besonderer Detachementschef vorgesehen, der für den Betrieb verantwortlich ist und ein guter Organisator sein muss. Ihm unterstehen die verschiedenen Arbeitsgruppen für die Aufnahme, die Behandlung, die Pflege, den Transport, das Labor. Bei kleinen Hilfsstellen genügt ein Detachementschef sowohl für den Innen- wie den Aussendienst. Grössere Hilfsstellen brauchen einen zweiten Detachementschef, dem der Aussendienst untersteht und der verantwortlich ist für die Trägergruppen und für die motorisierten Transporte. Zugleich überwacht dieser auch die Sanitätsposten seines Gebietes und sorgt für den Ausgleich von Sanitätspersonal und -material in diesem Bereich.

Der Betrieb einer Sanitätshilfsstelle benötigt mindestens 40 Personen. Dabei sind einige Spezialgruppen, die aber nur bei grossen Hilfsstellen in Frage kommen, wie Hygienegruppe, Blutspendegruppe oder Wiederbelebungsgruppe, nicht eingerechnet. Wichtig für jede Sanitätshilfsstelle ist vor allem ein genügend grosser Vorrat an Sanitätsmaterial, d. h. an Verbandstoff, Medikamenten, Blutkonserven, chirurgischen Instrumenten, berechnet für den Katastrophenfall. Dieses Material kann nicht im letzten Moment beschafft werden, auch mit viel Geld nicht. Es sollte daher vorsorglich schon jetzt, wenigstens nach und nach, gekauft werden. Keiner besonderen Wartung bedarf das unverderbliche Verbandmaterial, abgesehen von einer trockenen und staubsicheren Lagerung. Für das verderbliche Material, wie Heftpflaster, Gipsbinden, Medikamente, ist hingegen eine Umlagerung, ein sogenanntes Roulement, vorzusehen. Es ist darauf zu achten, dass diese Vorräte dezentralisiert eingelagert werden, jedenfalls ein Teil davon ausserhalb der Ortschaft, damit in einem Katastrophenfall nicht gleich sämtliches Material vernichtet wird. Für diese Materialbeschaffungen hat das Eidg. Gesundheitsamt ebenfalls Richtlinien herausgegeben.

Mit welcher ungefähren Zahl von Verletzten muss bei einer Katastrophe gerechnet werden? Bei Angriffen mit den herkömmlichen Waffen werden es rund 2,5 Prozent der gesamten Bevölkerung und beim Einsatz von Kernwaffen sogar bis zu 10 Prozent sein. Davon sind schätzungsweise ein Drittel zu operieren. Das ist eine ungeheure Belastung für den Kriegssanitätsdienst und das Spital, die nur einigermaßen bewältigt werden kann, wenn gut eingeschulte Teams und genügend Material zur Verfügung stehen. Eine solche Operation lässt sich nicht von einem Tag auf den anderen aufstellen.

Transportorganisation

Es genügt nicht, dass in den Sanitätsposten und Sanitätshilfsstellen die Kranken und Verletzten betreut und transportfähig gemacht werden; es muss auch eine entsprechende Transportorganisation vorhanden sein. Diese muss auch bei grösserem Anfall imstande sein, die Verletzten aus den Verwundetennestern zu transportieren. Das besorgen einerseits die Trägergruppen mit ihren Bahnen, Räderbahnen usw., andererseits die Transportgruppen, welche mit Motorfahrzeugen den Transport in die Spitäler übernehmen. In grösseren Ortschaften werden diese Transporte durch eine besondere Sanitätsmelde- und Transportstelle (SMT) koordiniert, die dem Dienstchef der Kriegssanität unterstellt ist und von einem Detachementschef, dem Chef der gesamten motorisier-

ten Transportorganisation der Kriegssanität der Ortschaft, geführt wird.

Dass für den Sanitätsdienst allein je genügend eigene Fahrzeuge zur Verfügung stehen, ist kaum anzunehmen. Es müssen daher auch die anderen Fahrzeuge der örtlichen Organisation und im schlimmsten Fall auch jene des Territorialdienstes dafür eingesetzt werden, d. h. die gleichen Fahrzeuge, die später auch die Obdachlosen transportieren und bei der Aufräumung benötigt werden. Ein solcher Gross-einsatz wird ebenfalls durch die SMT geregelt, selbstverständlich in enger Zusammenarbeit des Chefs der SMT mit dem Transportchef für alle Dienstzweige der örtlichen Organisation, welcher im technischen Dienst eingeteilt ist.

Verbindungsdienst

Zwischen Schadenzone, Sanitätsposten, Sanitätshilfsstelle und Spitälern ist ein Verbindungsdienst aufzubauen, der durch Läufer, Radfahrer, Telefon usw., ausnahmsweise vielleicht auch durch Funk zu bewerkstelligen ist. Es sollte also wenn möglich ein eigener «blauer» Verbindungsdienst aufgezogen werden, der unabhängig vom ohnehin überlasteten Verbindungsdienst der örtlichen Organisation spielt.

Dienstchef Kriegssanität

An der Spitze der Kriegssanität in der Ortschaft steht ein Dienstchef. Er sollte, wenigstens in grösseren Ortschaften, wenn möglich Arzt sein. Ihm unterstehen alle Kräfte der Kriegssanität in der Ortschaft. Als Stellvertreter wird mit Vorteil ein guter Organisator, zum Beispiel ein Samariterinstructor oder ein Samariterhilslehrer, bezeichnet. Der Dienstchef ist in der Ortsleitung eingeteilt und so am besten und schnellsten über alle Ereignisse unterrichtet. Er steht auch ständig in Verbindung mit dem Transportdienst, mit dem Spital oder den Spitälern. Er oder sein Stellvertreter ist zugleich Chef der Reserven, d. h. der verschiedenen Reservegruppen, die zum Beispiel in einer Sanitätshilfsstelle oder aber auch als Spitaldetachment in einem Spital bei Ausfall oder zur Verstärkung eingesetzt werden können. Der Dienstchef wird auch beigezogen für bestimmte Spitalfragen, zum Beispiel für den Einsatz eventueller Notspitäler oder Ausweichspitäler. Er hilft für seinen Dienstzweig mit bei der Anforderung und Organisation einer gegebenenfalls benötigten Hilfe aus den benachbarten Gemeinden oder sogar aus der weiteren Region. Er wird sich um die Möglichkeit eines Einsatzes der in der Gegend verbleibenden Aerzte kümmern müssen, eventuell auch um die Heranziehung einer mobilen chirurgischen Equipe aus der nächsten grösseren Stadt. Er muss ständig über die Bettenreserven in den Spitälern unterrichtet sein und er verfügt auch über alle Sanitätsmaterialreserven. Er arbeitet zusammen mit dem Sanitätsdienst der entsprechenden Territorialregion sowie der allenfalls zugeteilten Luftschutztruppen. Auf ihm liegt die grosse Verantwortung für das gute Zusammenspiel all dieser zivilen und örtlichen militärischen Kräfte.

Spital

Es wird einerseits notwendig sein, dass die Zivilkrankenanstalten ihren Betrieb im Hinblick auf die Folgen von Bombardierungen und anderen kriegerischen Einwirkungen ausbauen, andererseits wird Vorsorge getroffen werden müssen, dass diese Anstalten das zur Betreuung notwendige Personal zur Verfügung gestellt erhalten.

Von den über 500 Krankenanstalten in der Schweiz sind rund die Hälfte betriebsschutzpflichtig. Es weisen ungefähr

zwei Fünftel weniger als 50, drei Fünftel mehr als 50 Betten auf. Gesamthaft stehen in unserem Land rund 66 000 Krankenbetten zur Verfügung, davon 33 000 in Allgemeinspitälern, 2500 in Spezialkrankenhäusern, 17 500 in Heil- und Pflegeanstalten, 8500 in Sanatorien und Kuranstalten, 4000 in Heimen für Chronischkranke und Alte. Für den Kriegsfall sollten jedoch zwei- bis dreimal mehr Betten vorhanden sein, und es ist wichtig, dass schon in Friedenszeiten hierfür Vorsorge getroffen wird. Zudem sind die vorhandenen Betten bei einer Katastrophe auch nicht leer und können nur

zum Teil für den Verwundetenanfall freigemacht werden. Ferner werden bei Luftangriffen oder beim Einsatz von Fernwaffen einzelne Spitäler teilweise oder sogar ganz ausfallen. Es sollte vor allem darnach getrachtet werden, dass wenigstens der Operationsbetrieb während und nach einer Katastrophe weiterfunktionieren kann, indem man den Operationsraum und genügend Lagerstellen unter den Boden verlegt oder dass man sogar, trotz der grossen Baukosten von mindestens 800 000 Fr., den Bau eines volltreffersicheren Operationsbunkers vorsieht.

Der deutsche Luftschutzsanitätsdienst im Zweiten Weltkrieg und heute

Von General a. D. *Hampe*, Bonn

Die Darstellung dieses Themas kann nicht losgelöst vom Gesamtaufbau des deutschen zivilen Luftschutzes und vom Gesamtverlauf des Bombenkrieges über Deutschland behandelt werden. Ich möchte mir daher erlauben, im ersten Teil meiner Ausführungen Ihnen einen kurzen Ueberblick über den Aufbau des zivilen Luftschutzes vor dem Zweiten Weltkrieg mit besonderer Berücksichtigung der Vorbereitungen für den Luftschutzsanitätsdienst und danach einen ebenso kurzen Abriss über den Verlauf des Bombenkrieges über Deutschland und die Tätigkeit des zivilen Luftschutzes dabei zu geben. Im zweiten Teile sollen sodann die Erfahrungen, die dabei allgemein und für den Luftschutzsanitätsdienst im besonderen gemacht wurden, dargestellt werden und darauf fussend unter Einbeziehung der neuzeitlichen Waffenwirkung die Grundprinzipien für einen Luftschutzsanitätsdienst für heute. Ich hoffe, Sie mit dieser Einteilung einverstanden.

Der Aufbau des zivilen Luftschutzes vor dem Zweiten Weltkrieg

Die Vorbereitungen für den Aufbau eines zivilen Luftschutzes vor dem Zweiten Weltkriege waren verhältnismässig weitgediehen, als der Krieg 1939 ausbrach. Der zivile Luftschutz wurde als ein Teil der Gesamtverteidigung und zwar als ein Bestandteil der Luftverteidigung betrachtet und unterstand demgemäss dem Oberbefehlshaber der Luftwaffe. Beim Oberbefehlshaber der Luftwaffe war eine besondere Inspektion mit der Durchführung des Luftschutzes beauftragt. Der Befehlsweg ging von dort zu den Luftgau-Kommandos und sprang von hier, da die weitere Durchführung in der Hand der zivilen Behörden lag, zu den Befehlshabern der Ordnungspolizei über. In den Luftschutzorten selbst trug der örtliche Polizeiverwalter, also der Polizeipräsident, die gesamte Verantwortung. Die örtliche Untergliederung des zivilen Luftschutzes entsprach der Polizeigliederung, also Polizeirevier gleich Luftschutzrevier.

Die unterste Grundlage des zivilen Luftschutzes bildete die Selbsthilfe der Bevölkerung. Sie unterteilte sich in den Hausluftschutz, den erweiterten Selbstschutz, die Warenhäuser, Schulen, Banken umfasste, den Werkluftschutz, in dem die Industriebetriebe zusammengefasst waren, und den Luftschutz der grossen Reichsverwaltungen, wie Bahn, Post, Wasserstrassen, Autobahnen.

Die nächste Stufe war der öffentliche Luftschutz, der von den Behörden aufzustellen war. Als öffentliche Luftschutzhilfe wurde in den Luftschutzorten ein Sicherheits- und Hilfsdienst organisiert, der sich aus Einheiten für den Feuer-

löschdienst, den Bergungs- und Instandsetzungsdienst, den Sanitäts- und Veterinärdienst sowie Gasabwehrdienst zusammensetzte. Zum öffentlichen Luftschutz gehörte auch der Warn- und Alarmdienst, der Schutzraumbau, die Einrichtung von Befehlsstellen, Rettungsstellen, Hilfskrankenhäusern und verschiedene Depots für die einzelnen Dienste.

Von militärischer Seite waren kurz nach Beginn des Krieges besondere Luftschutz-Abteilungen (mot.) aufgestellt, die den Einheiten des Sicherheits- und Hilfsdienstes in der Zusammensetzung entsprachen, also aus Feuerlöscheinheiten, Sanitätskompagnien und Bergungszügen bestanden. Sie unterstanden unmittelbar dem jeweiligen Luftgaukommando. Ausserdem gab es militärische Nebel-Kommandos aus Einheiten für Tarnungen und Scheinanlagen.

Wie gliederte sich nun der sanitäre Sektor in diesen Aufbau? Er durchzog alle Teile, vom Hausluftschutz beginnend bis zur öffentlichen und militärischen Hilfe. Sein Schwerpunkt lag naturgemäss in den Luftschutzorten selbst.

In jeder Luftschutz-Hausgemeinschaft musste mindestens ein Laienhelfer, meist eine Laienhelferin, mit dem notwendigsten Bestand an Medikamenten (Hausluftschutz-Apotheke) und Geräten für Erste Hilfe vorhanden sein. Diese Laienhelferinnen wurden durch das Rote Kreuz in der Ersten Hilfe ausgebildet und erhielten darüber eine Bescheinigung. In jedem Betrieb des erweiterten Selbstschutzes oder des Werkluftschutzes waren Sanitätstrupps und Sanitätsstellen vorgesehen und entsprechend für ihre Aufgabe ausgestattet.

Die Führung des gesamten Sanitätsdienstes im Luftschutzort oblag dem leitenden Luftschutzarzt, der meist der Leiter des örtlichen Gesundheitsamtes war. Ihm standen Inspektionsrechte über alle Teile des San. Dienstes zu. Zugleich war er verpflichtet, für die Einheitlichkeit aller Massnahmen zu sorgen und ausserdem die laufende Ueberwachung auf den Gebieten der Gesundheits- und Lebensmittelpolizei auszuüben.

Dem Luftschutz-Sanitätsdienst war als Aufgabe gestellt, Verletzten Erste Hilfe zu leisten und sie baldigst sachgemässer ärztlicher Behandlung zuzuführen. Für die Durchführung dieser Aufgabe standen dem leitenden Luftschutzarzt bewegliche, von Aerzten geführte Einheiten, ortsfeste Einrichtungen und Krankentransportstaffeln zur Verfügung.

Die Sanitätseinheiten gehörten zu den Sicherheits- und Hilfsdiensteinheiten, von denen ich sprach. Sie setzten sich aus San. Trupps in Stärke von 1 Führer und 8 Helfern, Kraftfahrzeug und 1 Melder zusammen. Bei jedem Polizeirevier gab es einen solchen San. Trupp. Diese Trupps zu-