

[Zitate]

Objektyp: **Group**

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

Band (Jahr): **4 (1957)**

Heft 2

PDF erstellt am: **09.08.2024**

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.

Sicher ist nur eines: die grenzenlose Unsicherheit und Unberechenbarkeit der internationalen Entwicklung.

Bundesrat Feldmann

Die Instruktoressen, welche nur in Friedenszeiten am Aufbau der Kriegssanität mithelfen, im Kriegsfall aber einrücken müssen, sollten nur als Instruktoressen tätig sein, nicht aber Funktionen in der Organisation übernehmen. Wenn das Kader der Kriegssanität sich nicht heute schon in seine Funktionen einarbeiten kann, wird es bei der Belastung durch eine Katastrophe leicht versagen.

Bei der Materialbeschaffung tauchen recht schwierige Fragen auf. Heute ist die Lage so, dass wir uns mehr oder weniger in einem Versuchsstadium befinden. Prinzipiell sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

Vor allem muss das Material zweckentsprechend sein. Das Verbandspäcklein der Armee ist z. B. geschaffen worden zur Ersten Hilfe bei Verletzungen durch Gewehrschüsse oder Granatsplitter. In solchen Fällen ist es zweckentsprechend. Im Zivilschutz haben wir aber vor allem mit grossen Brandwunden zu rechnen. Da ist das Verbandspäcklein unpraktisch; wir brauchen da möglichst grosse Verbandstoffstücke.

Weiter muss für Material gesorgt werden, das im Augenblick, da es verwendet werden soll, wirklich noch gebrauchsfähig ist. Jodtinktur und Heftpflaster eignen sich daher nicht zur Abgabe an Hauswehren und Sanitätsposten.

Die Verteilung des Materials muss so getroffen werden, dass im Katastrophenfall wenigstens ein Teil noch verfügbar ist. Es wird sich empfehlen, einen Teil des Materials möglichst weitgehend aufzuteilen, also allen Hauswehren etwas abzugeben, dann jedem Sanitätsposten, aber es sind auch möglichst dezentralisierte, grössere Materiallager zu schaffen. Es wird ja auch da wohl nicht zu umgehen sein, dass im Notfall eine Gemeinde der andern aushilft.

Die Kriegssanität wird einen sehr grossen Bedarf an Blut und Blutersatzmitteln zur Bekämpfung der Schocks und zur Behandlung der Verbrennungen haben. Es wird weitgehend von der Menge des zur Verfügung stehenden Blutes für Transfusionen abhängen, wie viele Menschen mit Verbrennungen gerettet

werden können. Die Bereitstellung von genügend Blut und Blutersatzmitteln ist eine Aufgabe, die heute schon gestellt ist und an die heute schon herangegangen werden muss.

Die Ausrüstung der Lokale für den Sanitätsdienst muss sich nach den speziellen Bedürfnissen richten. Einerseits muss auf jeden Luxus verzichtet, andererseits muss alles bereitgestellt werden, was dringend nötig ist.

Die Bereitstellung der nötigen Lokale für die Kriegssanität muss schon jetzt an die Hand genommen werden. Bei jedem Bau, der öffentliche Gelder braucht, sollte geprüft werden, ob nicht auch Lokale für die Kriegssanität eingebaut werden sollen.

Der Sanitätsdienst im Zivilschutz wird nur richtig funktionieren können, wenn er in gesicherten Räumen arbeiten kann. Es muss daher für möglichst sichere Unterkünfte gesorgt werden, in denen auch noch gearbeitet werden kann, wenn ringsum Schäden eingetreten sind. Die Bereitstellung solcher Sanitätsräume ist finanziell am ehesten tragbar, wenn fortlaufend bei Neubauten nicht nur die individuellen Schutzräume eingebaut, sondern auch die sanitätsdienstlichen Notwendigkeiten berücksichtigt und gebaut werden. Der Bau von Sanitätsbunkern für sich allein dürfte die finanzielle Tragkraft der meisten Gemeinden überschreiten. Die Kriegssanität darf aber auch nicht vergessen, dass sie nicht nur Stellen für die Erste Hilfe braucht, sondern auch Unterbringungsmöglichkeiten für längere Zeit, also Spitäler. Auch diese Notwendigkeit muss heute schon beim Bau von öffentlichen Gebäuden, auch bei Spitalbauten, berücksichtigt werden.

Eine Samariterübung mit Prüfung des Publikums

Wer kürzlich zwischen 20.15 und 21.30 Uhr auf den Strassen der Stadt Solothurn spazierte, musste riskieren, von einer Gruppe freundlicher Samariter mit folgenden vier Fragen über Verkehrsunfälle angesprochen zu werden:

1. Muss man bei Personenschaden die Polizei avisieren?
2. Darf man einen Verletzten vom Unfallort entfernen, oder muss man ihn zuhause der Polizei am Ort belassen?
3. Wie lagern Sie einen bewussten Verletzten, der aus Nase und Ohren blutet?

Gerade in diesem Zusammenhange muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Kriegssanität nicht für sich allein dasteht. Sie ist eingeordnet in verschiedene andere Organisationen. Die Kriegssanität ist nur eine Untergruppe der Zivilschutzorganisation; sie ist in verschiedenster Beziehung von der örtlichen Gesamtorganisation abhängig. Sie wird nur dann erfolgreich arbeiten können, wenn vom Anfang an eine gute kameradschaftliche Zusammenarbeit mit den andern Gruppen angebahnt und gepflegt wird.

Der Zivilschutz ist wiederum nicht frei in seinen Entscheidungen. Neben den Bedürfnissen der Zivilbevölkerung bestehen noch die Bedürfnisse der Armee. Es wird eine Aufgabe der nächsten Zeit sein, die Notwendigkeiten der Armee und der Zivilbevölkerung gegeneinander abzuwägen und jedem das Seine zuzuteilen.

Es ist aber für die Kriegssanität wichtig, dass sie sich über die Anordnungen des Sanitätsdienstes der Armee, vor allem des Territorialdienstes orientiert. Sie wird sich dadurch vor Ueberraschungen bewahren. Am erfreulichsten dürfte es sein, wenn statt einer Konkurrenz zwischen allen Instanzen und Arbeitsgruppen eine kameradschaftliche Zusammenarbeit im Interesse unseres Volkes geschaffen werden kann.

Zum Schlusse möchte ich nochmals auf die Dringlichkeit des Aufbaus einer Kriegssanität hinweisen. Die Organisation des Zivilschutzes liegt im Interesse jedes Einzelnen. Es ist zu hoffen, dass möglichst bald die gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden für eine sichere Organisation des Zivilschutzes.

4. Würden Sie einem Verletzten, auf dessen Verlangen hin, ein Anregungsmittel wie Cognac geben?

Mancher Angesprochene mag sich gefragt haben, was wohl diese immerhin nicht alltäglichen Interviews zu bedeuten hätten. Im Bestreben, die monatlichen Uebungen der Samariter möglichst interessant und lehrreich zu gestalten, sehen sich die Hilfslehrer ab und zu genötigt, Wege zu beschreiten, die vom Ueblichen abweichen. Diese Uebung war so aufgebaut, dass von neun Gruppen zu drei bis vier Samaritern an belebten Punkten der Stadt während einer Stunde den Passanten die genannten

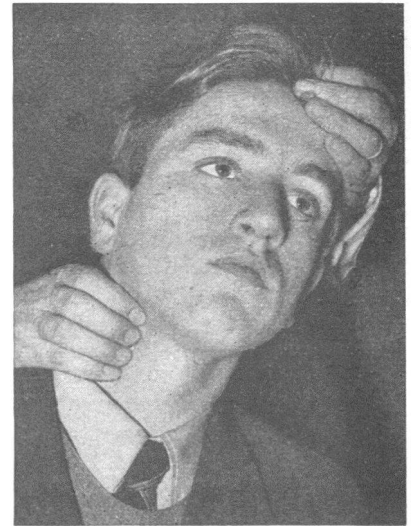
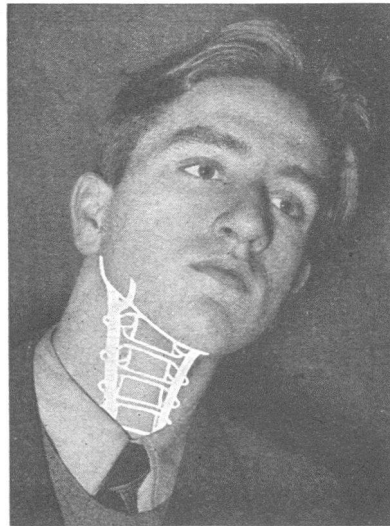
zu Zeit, spätestens aber *alle zwei Stunden*, sorgfältig *geloockert* werden, sonst entsteht die Gefahr, dass das Gewebe unterhalb (peripherwärts) der Umschnürungsstelle abstirbt. Nach dem Lockern muss man natürlich die Umschnürung wieder anziehen. Dies soll so oft geschehen, bis dem Verletzten die definitive Wundversorgung zuteil werden kann (Bilder 4 und 5).

Nie dürfen Schnüre oder ähnliches Material, auch nicht Nylonstrümpfe (da diese sich einrollen) zur Umschnürung verwendet werden, weil dadurch ein zirkulärer Druck auf eine nur schmale Stelle des betreffenden Gliedes ausgeübt wird, was zu schwersten Schädigungen des Gewebes führen würde. Wenn gar kein Umschnürungsmaterial vorhanden ist, kann bei Blutungen an Unterschenkel oder Fuss sowie an Vorderarm oder Hand ein Polster in die Kniekehle oder die Ellenbeuge eingelegt werden, worauf man den Unterschenkel bzw. den Vorderarm stark beugt und den gebeugten Unterschenkel am Oberschenkel, den Vorderarm am Oberarm fixiert.

Es gibt einige Stellen am Körper, an denen eine Umschnürung nicht möglich ist. Bei Blutungen der Schläfen-, der Kiefer-, der Hals- und der Schlüsselbeinarterie sowie in der Leistengegend und in der Achselhöhle kann eine Umschnürung kaum angebracht werden. Hier muss der Fingerdruck, womöglich unter Zuhilfenahme steriler Kompressen, so lange ausgeübt werden, bis der Verletzte auf dem Operationstisch liegt! Die Abbildungen 6—15 zeigen, wie an den entsprechenden Orten der Fingerdruck ausgeführt werden muss.

Die letzte Forderung, die wir stellen müssen, ist diejenige nach der *richtigen Lagerung*, der *Erhaltung der Wärme* und der *Labung des Verletzten*.

Es gilt heute in erster Linie gegen den grössten Feind des Zivilschutzes anzukämpfen: gegen den Fatalismus, dass keine Abwehr mehr möglich sei, und die Zivilbevölkerung davon zu überzeugen, dass auch im Zeitalter der Nuklearexplosionen ein Schutz möglich ist und dass es gilt, energisch die praktischen Vorbereitungen dafür an die Hand zu nehmen. *Eric Münch*



Bilder 10 und 11

Halsschlagader. Diese verläuft neben dem Kehlkopf nach oben. Man hält mit der einen Hand den Kopf des Verletzten. Den Daumen der andern Hand legt man auf den Nacken, und mit den vier Fingern presst man seitlich neben dem Kehlkopf die Schlagader gegen die Querfortsätze der Wirbelsäule. Zu Übungszwecken genügt das Abtasten der Halsschlagader ohne ausüben eines Druckes auf das Gefäss.

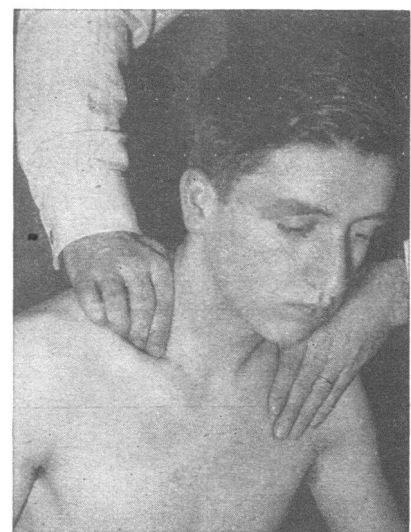
Bei Blutungen am Kopf oder an den Armen ist der Verletzte, sofern er nicht schon stark ausgeblutet ist, in sitzender oder halbsitzender Stellung zu lagern. Bei Blutungen an den Beinen lege man ihn flach und lagere das verletzte Glied hoch. Ein stark ausgebluteter Patient, dessen Gesicht fahl und eingefallen ist, muss unter allen Umständen flach gelagert werden, damit das noch vorhandene Blut möglichst dem Gehirn und dem Herzen zugeführt werden kann.

Zur Erhaltung der Wärme, die sehr wichtig ist, können Wolldecken, Mäntel oder Wärmeflaschen dienen. Warme Getränke dürfen aber einem

Verletzten nur dann gegeben werden, wenn er bei vollem Bewusstsein ist.

Ein Verletzter mit einer Umschnürung darf nicht verlassen werden, bis er zur Operation kommt. Angaben über Zeit, Art der Umschnürung oder des Druckverbandes, Name und Adresse des Verletzten und des Helfers sollen auf einem Zettel notiert und dem Patienten mitgegeben werden.

Es kann vorkommen, dass, z. B. bei der Abquetschung eines Armes oder eines Beines, die Wunde anfänglich kaum blutet. Die Arterie hat sich zusammengezogen, zurückgezogen oder eingerollt. Später kann es aber



Bilder 12 und 13

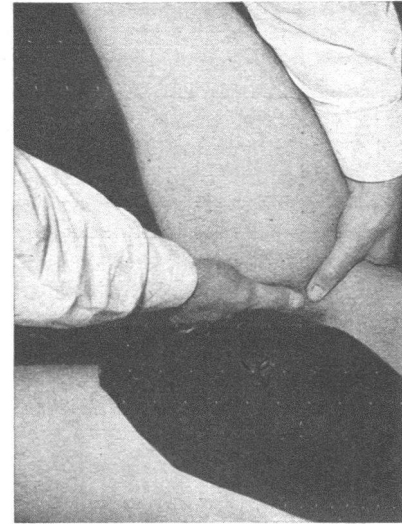
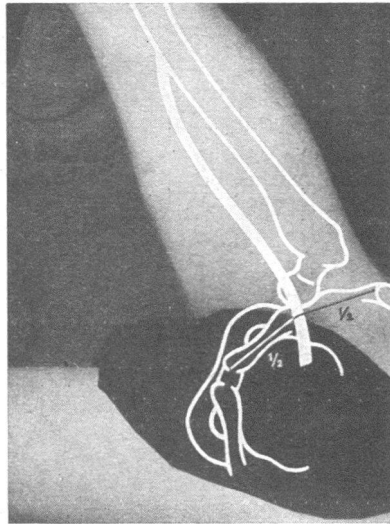
Schlüsselbeinschlagader. Sie verläuft zwischen dem Schlüsselbein und der obersten Rippe. Man umfasst die Schulter des Verletzten so, dass der Daumen nach hinten gerichtet ist. Die vier Finger legt man an den äusseren Rand der Schlüsselbeinrinne und drückt die Schlagader gegen die oberste Rippe.

plötzlich zu schwerster Blutung kommen. In einem solchen Fall muss eine Umschnürung provisorisch angelegt, jedoch noch nicht angezogen werden. Ständige Ueberwachung des Patienten ist gerade hier nötig, um im Bedarfsfall die Umschnürung sofort zusammenziehen zu können.

(Clichés aus «Der Samariter», Handbuch der Ersten Hilfe, von Dr. med. W. Zesiger, Verlag Vogt-Schild AG, Solothurn.)

Ein Land wie die Schweiz wird sich nur halten können, wenn sein Zivilschutz nach Kräften vorbereitet ist und wenn die ganze Bevölkerung entschieden und hilfsfreudig mitwirkt.

Ed. von Waldkirch.



Bilder 14 und 15

Oberschenkschlagader. Sie verläuft in der Mitte der Leistenbeuge. Man umgreift mit beiden Händen das obere Ende des hochgehaltenen Oberschenkels von der Innen- und Aussenseite her und drückt mit beiden Daumen die Schlagader gegen die Beckenknochen.

Schock und dessen Bekämpfung

Von Oberst E. Isler, Sektionschef der Abteilung für Sanität des EMD

Störungen der beiden lebenswichtigen Funktionen Atmung und Kreislauf können unter Umständen sehr rasch zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.

Als Schock bezeichnet man einen charakteristischen, hauptsächlich an den Kreislaufveränderungen erkennbaren krankhaften Zustand, der nach verschiedenartigen Schädigungen des Organismus oft unmittelbar oder aber erst nach einer gewissen Verzögerung auftreten kann.

Mannigfaltige Schädigungen können zu dem Bilde des Schocks Veranlassung geben:

- schwere Verletzungen, Quetschungen
- starke Blutungen
- Fett-, Luft- oder Gerinselembolie.
- Vergiftungen
- Verbrennungen
- Erfrierung.

Meistens handelt es sich um eine Mehrzahl von schädigenden Einflüssen, die miteinander den Schockzustand verursachen.

Erscheinungen des Schocks sind:

- blasse, kalte Haut
- verfallene Gesichtszüge

- auffallende Kühle der Haut, evtl. kalter Schweissausbruch
- mehr oder weniger ausgeprägte Bewusstseinsstörung
- tiefliegende Augen
- kaum fühlbarer Puls
- unregelmässige Atmung.

Es handelt sich hier also um einen Vorgang sehr verwickelter Natur, für den eine Vielheit ursächlicher Faktoren in Betracht kommt.

Jedenfalls lassen die Apathie des Verletzten, der Blick ins Leere aus tiefliegenden, glanzlosen Augen, weiten Pupillen und die langsamen, matten Antworten neben dem körperlichen Verfall auch den seelischen Zusammenbruch deutlich erkennen.

Der Körper löst an vielen Stellen zugleich sinnvolle Abwehr- und Anpassungsvorgänge aus. Sobald aber die Stärke oder die Art des Angriffes auf den Körper die Möglichkeiten der Ausgleichsbemühungen übersteigt, dann werden die Anpassungs- und Abwehrvorgänge ungeordnet, teilweise bricht die Abwehr zusammen und an anderen Orten werden die letzten Reserven in unrationeller Weise ausgegeben.

Alle klinischen Erscheinungen beim Schock sind der Ausdruck von

nicht mehr ausgeglichenen und damit auch nicht mehr sinnvollen Abwehrvorgängen.

Die Behandlung des Schocks besteht natürlich in erster Linie in der Behebung seiner Ursachen. Die erste dringlichste Behandlung besteht in:

- Tieflagerung des Kopfes
- Hochlagerung der Extremitäten, evtl. Einwickeln derselben
- Zuführen von Wärme mit Decken und evtl. Wärmeflaschen
- Verabreichung von Stärkungsmitteln, wie Tee, Kaffee
- Abgabe von Coramin.

Mit der Tieflagerung des Kopfes, dem Hochlagern der Extremitäten, mit dem eventuellen Einbinden derselben versuchen wir die darniederliegende Durchblutung des Gehirns nach Möglichkeit zu fördern. Bekanntlich ist das Gehirn auf Sauerstoffmangel besonders empfindlich. Deshalb müssen wir danach trachten, dem Gehirn Blut zuzuführen, indem wir das Blut aus den Extremitäten dem Herzen und damit dem Gehirn zuführen.

Infolge des Versagens der Blutzirkulation und der Ansammlung desselben im Körperinnern, kühlt sich der Körper sehr rasch ab. Wir müssen deshalb für die Erhaltung der Körperwärme sorgen, äusserlich durch Einhüllen in Decken, bei kalter Witterung Erwärmung mit Hilfe von Wärmeflaschen, innerlich durch Ab-