Zeitschrift: Protar

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

Band: 2 (1935-1936)

Heft: 7: Sanität im Luftschutz = Mesures sanitaires pour la D.A.P.

Artikel: Zivilspitäler und passiver Luftschutz

Autor: Thomann

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-362465

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: 23.08.2025

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

Mai 1936

PROTAR

2. Jahrgang, No. 7

Schweizerische Monatsschrift für den Luftschutz der Zivilbevölkerung + Revue mensuelle suisse pour la protection aérienne de la population civile + Rivista mensile svizzera per la protezione aerea della popolazione civile

Redaktion: Dr. K. REBER, BERN, Neubrückstr. 122 - Druck, Administration und Inseraten-Regie: Buchdruckerei VOGT-SCHILD A. G., SOLOTHURN

Ständige Mitarbeiter: Dr. L. BENDEL, Ing., Luzern; Dr. M. CORDONE, Ing., Lausanne; Dr. med. VON FISCHER, Zentralsekretär des Schweiz. Roten Kreuzes; M. HÖRIGER, Sanitätskommissär, Basel; M. KOENIG, Ing., Leiter der Eidg. Luftschutzstelle, Bern; Dr. H. LABHARDT, Chemiker, Kreuzlingen, Postfach 136; E. NAEF, rédacteur, Lausanne; Dr. L. M. SANDOZ, ing.-chim., Troinex-Genève; G. SCHINDLER, Ing., Zürich; A. SPEZIALI, Comandante Croce Verde, Bellinzona; Dr. J. THOMANN, Oberst, Eidg. Armee-Apotheker, Bern.

Jahres-Abonnementspreis: Schweiz Fr. 8.—, Ausland Fr. 12.—, Einzelnummer 75 Cts. — Postcheckkonto No. Va 4 - Telephon No. 155

Inhalt — Sommaire

	Seite
Zivilspitäler und passiver Luftschutz. Von Oberst J. Thomann	123
L'activité de la Croix-Rouge dans la défense aérienne. Par le Dr R. F. de Fischer	129
Vereinbarung zwischen dem Roten Kreuz und der Veska	130
Uebereinkunft zwischen Veska und Krankenanstalt	131
Das Sanitätsmaterial für die Hilfsstellen des passiven Luftschutzes der Zivilbevölkerung. Von Oberst Dr. Hauser	132
A propos de la visibilité du signe de la Croix-Rouge. Par le Prof. L. D.	136
Luftschutz-Hausapotheke	137
Pharmacie de famille pour la défense aérienne passive	139
Samariterdienst im Luftschutz. Von E. Hunziker	140
Zukunftsaufgaben der Heilstätten - Gasschutz gegen den vertikalen Krieg. Von Ing. P. Max Grempe	141
Desinfektion von Gasmasken. Von Walter Meyer	143
Kleine Mitteilungen	145
Auslandrundschau	146

Sondernummer - Numéro spécial

Sanität im Luftschutz - Mesures sanitaires pour la D.A.P.

Zivilspitäler und passiver Luftschutz*)

Referat von Oberst Thomann, eidgenössischer Armeeapotheker, Bern

Bereits in Nr. 12 (Oktober) 1935 der «Protar» konnten wir kurz unter dem Titel «Luftschutzkurs der Veska» auf den von Herrn Oberst J. Thomann gehaltenen Vortrag hinweisen.

Infolge der grossen Wichtigkeit dieses Themas bringen wir nun das Referat in extenso zum Abdruck.

Red.

Im Anschluss an die Ende September letzten Jahres in Aarau stattgefundene Generalversammlung der Veska wurde vom Vorstand derselben ein Kurs über Luftschutz abgehalten, unter spezieller Berücksichtigung der Stellung der Zivilspitäler im passiven Luftschutz. Ausser dem Referenten als Leiter dieses Kurses wirkten an letzterem noch mit die Herren Ing. König, Chef der Eidg. Luftschutzstelle, und Dr. von Fischer, Sekretär des Schweiz. Roten Kreuzes.[1])

In diesem Kurs wurden zunächst die Kampfmittel des Luftkrieges, unter besonderer Berücksichtigung der Bomben, und die Gefahren der in einem modernen Krieg zu befürchtenden Angriffe aus der Luft besprochen.

Das grösste Gefahrenmoment bilden die Brandbomben, an zweiter Stelle folgen die Brisanzbomben. Beide sind im letzten Krieg in weitgehendem Masse verwendet worden; man besitzt also Erfahrung über deren Wirkung. Das ist für die Bomben mit chemischen Kampfstoffen, die sogenannten Gasbomben, nicht der Fall, weil im Kriege 1914—1918 nicht verwendet. Objektiv urteilende Leute und Sachverständige stellen diese Waffe punkto Gefahrenmoment an dritte Stelle.

Im weiteren wurden die Kursteilnehmer orientiert über den aktiven Luftschutz, d. h. es wurden diejenigen Massnahmen erwähnt, mit denen feindliche Flugzeuge zurückgehalten oder vernichtet werden können.

Der aktive Luftschutz ist Sache der Armee.

Anschliessend daran kam die bis jetzt in der Schweiz bestehende Organisation des passiven (zivilen) Luftschutzes und die hiefür getroffenen Massnahmen in eingehender Weise zur Sprache, unter Hinweis auf die bis jetzt erschienenen Bundes- und Bundesratsbeschlüsse, Richtlinien usw. Besonders wichtig ist der Bundesbeschluss vom 29. September 1934, gemäss welchem jedermann gehalten ist, die ihm übertragenen Verrichtungen innerhalb der Luftschutzorganisation zu übernehmen, sofern er nicht wegen anderen öffent-

*) Erschienen im «Schaerer-Bulletin», Januar 1936, Nr. 10. Gelangt mit Erlaubnis des Autors hier zum Abdruck.

[1]) Siehe auch Veska-Zeitschrift 1935, Nr. 10 und «Protar», Nr. 12, Oktober 1935.

lichen Pflichten oder aus Gesundheitsgründen daran verhindert ist. Ferner wurden auch die Aufgaben des Roten Kreuzes im passiven Luftschutz kurz skizziert. Das Hauptgewicht lag aber in der Besprechung der Lage der Zivilspitäler und die für letztere zu treffenden Massnahmen im passiven Luftschutz. Darauf soll an dieser Stelle ganz besonders eingetreten werden.

Es war dies wohl der erste Kurs in unserem Lande, der sich in eingehender Weise mit dieser besonderen Frage beschäftigte; das erklärt denn auch das allseitig grosse Interesse an diesem Kurs und die Anwesenheit sehr zahlreicher Zuhörer, die sich aus allen Personalkreisen der Zivilspitäler rekrutierten.

Eine gewisse Notwendigkeit, diese Fragen besonderer Art zu besprechen, ergab sich schon deshalb, um vor allem einmal Klarheit zu schaffen über die Art der Angliederung der Zivilspitäler an die örtlichen Luftschutzorganisationen.

Im folgenden wollen wir nun das Wesentliche aus dem am erwähnten Kurse gehaltenen Referat wiedergeben und, soweit wir es können, auch über das, was nachher noch erfolgte, berichten.

Zunächst sei festgestellt, dass im Kriegsfall die Zivilspitäler — solange sie nicht in Militärspitäler umgewandelt sind — nicht, wie vielfach geglaubt wird, der jetzt gültigen Genfer Konfention vom 27. Juli 1929 unterstehen und folglich streng genommen auch nicht berechtigt sind, sich durch Hissen des Genfer Kreuzes kenntlich zu machen, um so auf einen gewissen Schutz gegen Luftangriffe Anspruch erheben zu können.

Das Flaggenabzeichen des Abkommens darf nur auf den durch das Abkommen geschützten Sanitätsformationen und -anstalten und mit Erlaubnis der Militärbehörde gehisst werden. Wir wollen daran erinnern, dass die erwähnte Genfer Konvention eine internationale Uebereinkunft darstellt zur Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der Heere im Felde und über die Behandlung der Kriegsgefangenen.

Ein Antrag Finnlands, der an der diplomatischen Konferenz in Genf vom Jahre 1929 zur Revision dieser Konvention gestellt wurde, auch die Zivilspitäler unter den Schutz der Genfer Konvention zu stellen, wurde abgelehnt mit der Begründung, dass ein derartiges Begehren ausserhalb des Rahmens dieser Konvention falle und dass für die Zivilspitäler die Haager Konvention vom Jahre 1907 in Betracht komme. Die Bestimmungen dieser Konvention sind für die Schweiz im Juli 1910 in Kraft getreten. Dieses Abkommen behandelt aber ausschliesslich die Gebräuche des Landkrieges, die für die jetzigen Verhältnisse nicht mehr passen, indem der Luftkrieg, um den es sich in diesem Zusammenhang hauptsächlich handelt, nach anderen Grundsätzen geführt wird. Es ist auch nicht zu vergessen, dass ihren Bestimmungen schon im Weltkrieg nicht nachgelebt wurde. In Artikel 27 der Haager Konvention heisst es:

«Bei Belagerungen und Beschiessungen sollen alle erforderlichen Vorkehrungen getroffen werden, um die dem Gottesdienst, der Kunst, der Wissenschaft und der Wohltätigkeit gewidmeten Gebäude, die geschichtlichen Denkmäler, die Hospitäler und Sammelplätze für Kranke und Verwundete soviel wie möglich zu schonen, vorausgesetzt, dass sie nicht gleichzeitig zu einem militärischen Zwecke Verwendung finden. Pflicht des Belagerten ist es, diese Gebäude oder Sammelplätze mit deutlichen besonderen Zeichen zu versehen und diese dem Belagerer vorher bekannt zu geben.»

In was diese «besonderen» Zeichen bestehen, wird nicht angegeben. Jedenfalls kann es sich, wie gesagt, für die Zivilspitäler nicht ohne weiteres um das Flaggenabzeichen der Genfer Konvention handeln, da laut letzterer dieses Abzeichen nur auf den durch Abkommen geschützten Sanitätsformationen und -anstalten gehisst werden kann. Zu diesen gehören die Zivilspitäler a priori nicht.

Es besteht also entschieden eine Lücke inbezug auf den Schutz der Zivilspitäler im Krieg. Diese wurde auch schon am letztjährigen internationalen Krankenhauskongress in Rom empfunden, wo u. a. das Thema «Schutz des Krankenhauses im Krieg» auf der Tagesordnung der 3. Plenarsitzung stand. In der Diskussion über dieses Thema hat Herr Ständerat Mouttet als Delegierter unserer Landesregierung im Namen der schweizerischen Kongressteilnehmer eine Resolution vorgelegt, die folgenden Wortlaut hatte:

«Der internationale Spitalkongress vom 24. Mai 1935 ersucht die Signatarmächte der Haager Konvention von 1907 und der Genfer Konvention von 1929 für rasche Vervollständigung dieser Konventionen zu sorgen, um im Kriegsfalle den Zivilspitälern den gleichen Schutz zu gewährleisten, wie ihn die Militärspitäler geniessen.»

Diese Resolution wurde vom Kongress einstimmig angenommen. Ebenso einstimmig wurde ein von deutscher Seite gestelltes Postulat gutgeheissen, wonach das rote Kreuz, also das Abzeichen der Genfer Konvention, auch zur Kenntlichmachung der Zivilspitäler verwendet werden dürfe.

Inzwischen ist auch von Prof. Paul Des Gouttes, Mitglied des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz, eine Arbeit[2]) erschienen, betitelt «Du port du brassard et de quelques problèmes relatifs à l'application de la Convention de Genève de 1929», in der auch die Frage des Schutzes der Zivilspitäler gestreift und das eben Gesagte bestätigt wird.

Soviel bis jetzt bekannt ist, wurde von den verschiedenen Ländern die erwähnte Resolution der Schweizer Delegation am internationalen Spital-

[2]) «Revue internationale de la Croix-Rouge», 17e année, no 202, octobre 1935, pp. 746—761.

kongress mit grossem Interesse aufgenommen. Inzwischen ist auch bekannt geworden, dass sich unsere oberste Landesbehörde ganz besonders um die Verwirklichung dieser Resolution wie auch um eine Revision der Genfer Konvention bemühen werde. Immerhin kann das nicht von heute auf morgen geschehen. Man wird somit zum Schutze der Zivilspitäler und deren Insassen noch andere Massnahmen ergreifen müssen. Als solche sind die folgenden in Betracht zu ziehen:

1. Evakuation, Dezentralisation und Verlegung von stark gefährdeten Spitälern an weniger gefährdete Orte, wobei auch eine Zusammenlegung gewisser Spitäler in Frage kommen kann.

2. Besondere Massnahmen in den Zivilspitälern selber, im Sinne eines Objektschutzes oder Werkschutzes, ähnlich wie er für andere wichtige Objekte (z. B. Bahnhöfe, Gas- und Elektrizitätswerke) und für wichtige Industriewerke privater Natur vorzusehen ist.

3. Möglichst weitgehende Militarisierung der Zivilspitäler und eventuelle Einsetzung einer militärischen Oberleitung, um sie soviel als möglich des Schutzes der Genfer Konvention teilhaftig werden zu lassen.

Wenn wir die in anderen Ländern zum gleichen Zwecke angegebenen Massnahmen verfolgen, soweit wir dies tun können, so ergibt sich, dass nicht bloss in Deutschland, wo der passive Luftschutz schon weitgehend organisiert ist, sondern auch in anderen Ländern (z. B. Italien) ähnliche Schutzmassnahmen für die zivilen Krankenhäuser in Aussicht genommen werden. So fordert z. B. Oberstabsarzt Dr. Muntsch in seiner Arbeit «Das Krankenhausproblem in der Luftschutzorganisation»,[3]) dass Spitäler in besonders ungünstiger Lage oder von ungünstigem Bau geräumt werden sollen. Die leichtkranken Patienten seien in häusliche Pflege zu entlassen. Für die Schwerkranken seien Hilfsspitäler zu errichten in ungefährdeten, möglichst an der Peripherie der betreffenden Oertlichkeit gelegenen Bezirken, oder es sei deren Verbringung in ein benachbartes, weniger gefährdetes Spital vorzusehen.

In Italien werden diese Fragen behandelt im «Regolamento per la protezione antiaerea del territorio nazionale e della popolazione civile» vom Jahre 1934, und es wird dort u. a. auch verlangt, dass die besonders gefährdeten Spitäler vorzugsweise an die Peripherie oder ganz ausserhalb einer Stadt zu verlegen sind, wofür Baracken in Frage kommen können.[4])

Auch der österreichische Generalstabsarzt d. R. Dr. Steiner hält es für wichtig, dass die in der Nähe von militärischen Zielobjekten gelegenen Zivilspitäler schon bei Kriegsbeginn verlegt oder geräumt werden.[5])

[3]) «Deutsche med. Wochenschrift» 1935, Nr. 6.
[4]) «Gasschutz und Luftschutz» 1934, Nr. 10.
[5]) Sanitätstaktik und Luftschutz in «Der Luftschutz» 1935, Nr. 1.

Diese Verlegung von gefährdeten Krankenhäusern im Kriegsfalle bedeutet eine zwangsläufige Massnahme, die aus der Not der Umstände und der augenblicklichen Lage entsteht. Es wäre besser und bequemer, wenn man sie vermeiden könnte. Einigermassen wäre letzteres wohl möglich, wenn der Luftschutzgedanke in Zukunft bei Neubauten und Neuanlagen von Spitälern mehr als bisher in Berücksichtigung gezogen würde.

Was die Massnahmen für den Objektschutz, bezogen auf die Spitäler, betrifft, so hat sich derselbe zu erstrecken auf:

a) den Luftschutz der Insassen (Personal und Patienten) gegen Feuer-, Splitter- und Gasgefahr (chemische Kampfstoffe),

b) die Sicherstellung des Operationsbetriebes wenigstens für Notoperationen bei Eintritt eines Fliegeralarms,

c) die Sicherung des Materials und der Lebensmittel,

d) die Sicherung der Gas- und Wasserleitungen, der Lichtanlage und Leitungskabel.

Um eine möglichst gute Feuersicherheit zu erlangen, ist vor allem der Dachboden entsprechend zu gestalten. Entrümpelung der Estriche ist das erste Erfordernis. Der Dachboden darf nicht mehr, wie das immer noch üblich ist, eine grosse «Gerümpelkammer» mit vielen gut brennbaren Gegenständen sein. Bretter- und Lattenverschläge, ausgenommen solche aus Schilfbrettern, vermehren den Brennstoff und hemmen den Durchgang. Sie geben samt dem Gerümpel den Anlass zu starker Rauchentwicklung. Der Rauch staut zurück und gefährdet das Treppenhaus und die unteren Stockwerke des Gebäudes. Hölzerne Dachstöcke, ebenso Estrichräume schützt man mit Gipsbretterverschalungen, zum mindesten aber mit Flammenschutzanstrichen.

Bei Neubauten bewähren sich feuerfeste Bauweisen am besten. Eisenbetonkonstruktionen werden von den Baufachmännern empfohlen. Es muss genügend Löschgerät vorhanden sein, und unter solchen ist neben Wasser auch Sand zu erwähnen, der mit den nötigen Schaufeln und Metallkesseln im Dachboden gelagert sein soll. Sand als einziges wirksames Mittel zur Bekämpfung von Elektron-Thermit-Brandbomben.

Am schwierigsten wird es zweifellos sein, die Massnahmen zum Schutz der Patienten gegen Gas und Splitter zu treffen. Der allgemeine Grundsatz, gas- und splittersichere Schutzräume in den Kellern und, wo diese nicht ausreichen, in den unteren Geschossen der Gebäude zu schaffen, gilt natürlich auch für Krankenhäuser. Es wird aber wohl kaum möglich sein, bei Eintritt eines Fliegeralarms sämtliche Patienten in die Schutzräume der Keller zu bringen. Abgesehen davon, dass die Keller nur in den seltensten Fällen Platz für sämtliche Patienten bieten werden, wird es sich praktisch als undurchführbar erweisen, die ans

Bett gefesselten Kranken, insbesondere die Schwerkranken, bei jedem Fliegeralarm in die Kellerräume zu bringen; ja die wiederholten Transporte bedeuten für Schwerkranke wahrscheinlich direkte Lebensgefahr.

Hier ist vielleicht folgender von Neubrand angegebener Weg gangbar: Die Schutzräume in den Kellern werden nur von solchen Patienten aufgesucht, die sich mit eigener Kraft oder mit geringer Unterstützung einer Pflegeperson oder eines anderen Patienten entweder über die Treppe oder mit Hilfe des Fahrstuhls in den Keller begeben können. Diese Patienten sind in den oberen Geschossen der Gebäude einzuquartieren, dagegen sind die bettlägerigen, insbesondere die Schwerkranken, ständig in den Räumen des Erdgeschosses unterzubringen. Diese Krankenräume des Erdgeschosses sind mit eisernen Fensterläden zu versehen, die mit einem einzigen Handgriff in wenigen Sekunden geschlossen werden können und in geschlossenem Zustande gas- und splittersicher sind.

Die Türen dieser Räume sind durch Bekleben mit Papier und Einlegen von Filzstreifen in die Fugen ebenfalls gasdicht herzurichten, so dass diese Räume durch Schliessen der eisernen Fensterläden zu Schutzräumen werden. Befindet sich auf dem vor dem Krankenzimmer gelegenen Korridor gerade gegenüber der Zimmertür ein ins Freie führendes Fenster, so ist dieses zum mindesten gegen das Durchschlagen von Splittern zu sichern (Sandsäcke), soweit man es nicht vorzieht, sämtliche Fenster dieses Korridors ebenfalls durch eiserne gas- und splittersichere Fensterläden zu schützen und auf diese Weise den Korridor für diejenigen Patienten der Obergeschosse, die in den Kellern keinen Platz finden, als Schutzraum herzurichten.

Jedem Krankensaal ist ein bestimmter Schutzraum zuzuteilen und der Zugang zu diesem unter Angabe des zu benutzenden Treppenhauses genau vorzuschreiben. Auch sind die Personen zu bestimmen, die bei Eintritt eines Fliegeralarms die eisernen Fensterläden zu schliessen haben.

Es sei hier auch verwiesen auf die Arbeit des Herrn Feuerwehrkommandanten Bucher in Bern, «Feuerwehrfragen im Spital»,[6]) in der u. a. auf die notwendige «Entrümpelung» der Estriche hingewiesen wird, wie auch auf die Organisation einer Hausfeuerwehr. Eine weitere sehr detaillierte Publikation über den Objektschutz für Spitäler ist diejenige von Ingenieur Neubrand, Luftschutzchef im Verkehrsamt Berlin.[7])

Die Militarisierung der Zivilspitäler in unserem Land wird sich im Kriegsfall schon aus der Tatsache ergeben, dass der Armeesanitätsdienst zunächst einmal eine Anzahl von Zivilspitälern benötigen wird zur Etablierung von Feldspitälern und Militärsanitätsanstalten. Wieviele und welche Zivilspitäler das sein werden, wird in erster Linie von der Kriegslage abhängen; es lässt sich das nicht voraussagen. Auch wird es darauf ankommen, wieweit das sogenannte Hinterland militarisiert ist, wenn es überhaupt möglich ist, im modernen Luftkrieg einen Unterschied zu machen zwischen Front und Hinterland. Mit der Ausdehnung der Militarisierung würde auch wohl die Zahl der als militärisch zu erklärenden zivilen Krankenanstalten zunehmen und damit die Berechtigung, sie unter den Schutz der Genfer Konvention zu stellen.

Das sind Punkte, die noch der Abklärung bedürfen. Auch muss man sich bewusst sein, dass die Unterstellung unter die Genfer Konvention nur einen relativen Schutz darstellt, denn gegen Bomben, die ungewollt ein Spital treffen können, schützt auch die Kenntlichmachung durch das Flaggenzeichen der Genfer Konvention nicht. Ferner ist daran zu denken, dass dieses Flaggenzeichen vom Flieger nur dann erkannt werden kann, wenn es richtig placiert und genügend gross ist.

Es wird also durch die besprochenen Massnahmen ebensowenig wie durch alle anderen des passiven Luftschutzes eine 100prozentige Sicherheit zu erreichen sein. Das berechtigt aber keineswegs, auf irgendwelche Massnahmen überhaupt zu verzichten und gar nichts zu machen. Aber alle Massnahmen erfordern Zeit und Vorbereitung schon zu Friedenszeiten, gleichgültig, ob dabei auch gewisse Schwierigkeiten mit in Kauf genommen werden müssen.

Aus der regen Diskussion, welche den im eingangs erwähnten Kurs gehaltenen Referaten folgte, ergab sich die Notwendigkeit, die Fragen des Luftschutzes der Zivilspitäler zunächst im Schosse der Eidg. Luftschutzkommission zu besprechen, um zu erreichen, dass vor allem die in den vom Bundesrat als luftschutzpflichtig erklärten Ortschaften befindlichen Zivilspitäler in die bestehenden Organisationen des passiven Luftschutzes einbezogen werden können.

Dieser Antrag wurde von dem am Kurse teilnehmenden Oberfeldarzt Oberst Hauser, Mitglied der Eidg. Luftschutzkommission, entgegengenommen, mit der Bereitwilligkeit, ihn bei nächster Gelegenheit dieser Kommission zu unterbreiten, was vom Vorstand der Veska dankend anerkannt wurde.

Ferner hat sich in der Diskussion gezeigt, dass im Interesse des Ganzen die Unterstellung des passiven und aktiven Luftschutzes unter eine einheitliche Oberleitung eigentlich das Richtige wäre. Bis jetzt wurde bekanntlich der passive Luftschutz als Aufgabe der Zivilbehörden angesehen, wogegen der aktive Luftschutz Sache der Armee sein sollte. Soviel wir wissen, ist mittlererweile die ganze Frage einer solchen Zusammenfassung in eine

[6]) Veska-Zeitschrift 1935.
[7]) «Gasschutz und Luftschutz» 1935, Heft 5.

Hand vom Eidg. Militärdepartement zur Prüfung übernommen worden.

Nach dem erwähnten Kurs in Aarau fand dann am 5. November 1935 eine Konferenz in Bern statt, unter dem Vorsitz von Oberst Hauser, an der Vertreter der Veska, der Zentralsekretär des Roten Kreuzes, Vertreter der Generalstabsabteilung und der Abteilung für Sanität teilnahmen. Hier wurden die in Aarau vorbehandelten Fragen des Luftschutzes der Zivilspitäler zwecks weiterer Abklärung noch eingehender besprochen. Die Resultate dieser Besprechung sind in einem kurzen Protokoll zusammengefasst, aus dem wir hier als Résumé der Verhandlungen die wichtigsten Punkte wiedergeben wollen:

1. Die Frage der für die Zivilspitäler, bzw. zivilen Heilanstalten zu treffenden Luftschutzmassnahmen ist sehr dringlich, weil bei verschiedenen Spitälern Neu- oder Umbauten bevorstehen. Die Ausführung wurde aber immer verschoben, weil man Weisungen betreffend die bei solcher Gelegenheit zu befolgenden Luftschutzmassnahmen abwarten will. Dringlich ist aber ebenfalls, dass die Eidg. Luftschutzkommission die Konferenz der kantonalen Sanitätsdirektoren hierüber orientiert.

2. Es wird nochmals festgestellt, dass von einem Luftschutz der Zivilspitäler im Kriegsfall nur in der Haager Konvention von 1907, Anlage dazu «Ordnung der Gesetze und Gebräuche des Landkrieges», Art. 27, die Rede ist. Die Genfer Konvention vom Jahre 1929 kommt hiefür nicht in Betracht. Die Haager Konvention vom Jahre 1907, deren Bestimmungen nur für den Landkrieg, nicht aber für den Luftkrieg gelten, fällt daher auch ausser Betracht.

Eine Revision sowohl der Haager wie der Genfer Konvention, falls sie überhaupt zustande kommen würde, dürfte lange dauern, und es müssen deshalb andere Massnahmen getroffen werden.

3. Es muss eine Aushilfe gesucht werden, die bald durchzuführen wäre. Zunächst kommt in Betracht eine weitgehende Militarisierung der Zivilspitäler, wodurch diese des Schutzes der Genfer Konvention teilhaftig werden.

4. Kenntlichmachung der Zivilspitäler durch ein besonderes Zeichen. Soweit sie militarisiert sind, kann hiefür mit der Erlaubnis der militärischen Behörde das Flaggenzeichen des Internationalen Roten Kreuzes benützt werden. Wenn auch keinen sicheren Schutz bei Bombardierung gewährend — worauf die Zivilspitäler besonders aufmerksam zu machen sind —, hat es doch einen psychologischen Wert. Es wirkt auf die Spitalinsassen beruhigend, was nicht zu gering eingeschätzt werden darf.

Wieweit die Verwendung des Genfer Abzeichens für die Kenntlichmachung auch der Zivilspitäler jetzt schon möglich sei und wie das in anderen Ländern gehalten werde, soll das Schweizerische Rote Kreuz in Verbindung mit dem Internationalen Komitee des Roten Kreuzes noch abzuklären versuchen.

5. Da aber die Kenntlichmachung der Zivilspitäler, wie schon erwähnt, keinen absoluten Schutz gegen Angriffe aus der Luft bietet, müssen von denselben noch weitere Massnahmen zum Schutze ihrer Insassen schon zu Friedenszeiten vorgesehen werden, nämlich:

a) Einrichtungen für Luftschutz nach den bestehenden allgemeinen Vorschriften, im Sinne eines Werkschutzes wie für wichtige industrielle Betriebe. Ueber bauliche Fragen und Massnahmen sollen sich die Zivilspitäler an die Eidg. Luftschutzstelle wenden. Von dort aus sollen derartige technische Wegleitungen gegeben werden. Für andere Fragen des Luftschutzes sollen sie sich an die lokalen oder kantonalen Luftschutzorganisationen wenden oder, wo keine bestehen sollten, direkt an die Eidg. Luftschutzkommission gelangen.

b) Evakuation der Zivilspitäler besonders gefährdeter Lage in solche in weniger oder nicht gefährdeten Orten befindliche, unter Zurücklassung vielleicht derjenigen Patienten, die jederzeit in kürzester Frist in Schutzräume verbracht werden können. Besonders gefährdet sind z. B. Spitäler, in deren unmittelbarer Nähe militärische Anstalten, wichtige Verkehrszentren, wie Bahnhöfe, wichtige Brücken, Industriewerke usw. liegen. Solche im Zentrum einer Oertlichkeit können im allgemeinen als gefährdeter angesehen werden, als an der Peripherie oder ausserhalb einer Oertlichkeit gelegene.

Eine Kategorisierung der Zivilspitäler graduell nach Gefahrzonen, wie das der Präsident der Veska wünschte, lässt sich zum vorneherein nicht durchführen; man kann nicht voraussagen, welche Heilanstalten im Kriegsfall sofort, d. h. schon bei Kriegsgefahr, zu evakuieren seien, oder für welche eine Evakuation erst nach Ausbruch der Feindseligkeiten oder überhaupt nicht in Betracht kommen kann. Dagegen wird die Möglichkeit zugestanden, schon jetzt ein Verzeichnis anzufertigen von Zivilspitälern, die wegen ihrer besonders exponierten Lage, z. B. in der Nähe wichtiger Verkehrszentren usw., in jedem Fall der Kriegslage ganz besonders gefährdet sind und für die eine Evakuation zur unbedingten Notwendigkeit wird. Die Vertreter der Generalstabsabteilung erklären sich bereit, in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Sanität ein solches Verzeichnis zuhanden der Veska zu bearbeiten. Die anwesenden Vertreter der letzteren verdankten dieses Entgegenkommen. So kann wenigstens für diese Kategorie von Zivilspitälern die Evakuation durch Vermittlung der Veska schon zu Friedenszeiten vorbereitet werden.

Ohne etwas Bestimmtes voraussagen zu können über die Beschaffung der für die Evakuation nötigen Transportmittel, wird erwähnt, dass dies je nach den Verhältnissen vom Transportdienst

der Armee geschehen könne durch Vermittlung der Territorial-Kommandos oder durch Platz- oder Ortskommandos.

Mit Rücksicht auf die Bedeutung der Luftschutzfragen für die Zivilspitäler und die der Veska hierbei zukommenden Aufgaben, soll letztere die ihr noch nicht angeschlossenen Zivilheilanstalten zum Anschluss zu bringen suchen, wenn nötig durch die Vermittlung des Eidg. Gesundheitsamtes.

6. *Massnahmen für Irrenanstalten.* Es wird erfahrungsgemäss angenommen, dass im Kriegsfall auch diese Art von Heilanstalten sich partiell entleeren werden, indem die nicht gemeingefährlichen Patienten in ihre Familie zurückkehren werden. Besondere Vorkehrungen sind zu treffen für die in Anstaltsbehandlung verbleibenden Patienten. Ferner kommt in Betracht die Evakuation von Irrenanstalten gefährdeter Orte in solche, die weniger gefährdet sind. Da es sich meist um kantonale Anstalten handelt, soll es den kantonalen Behörden überlassen werden, die nötigen Massnahmen zu treffen. Es sollen aber auch von der Veska aus die Irrenanstalten über diese Fragen aufgeklärt werden.

Das sind die wichtigsten Ergebnisse des besonderen Veska-Kurses über Luftschutz und der Konferenz vom 5. November 1935.

Hierzu möchte ich mir noch folgende Bemerkungen erlauben:

Von der Generalstabsabteilung ist mittlerweile der Veska-Vorstand orientiert worden über diejenigen Ortschaften, die mit Bezug auf militärische, bahntechnische und industrielle Faktoren für feindliche Fliegeraktionen eine besondere Anziehungskraft haben und daher durch Luftangriffe besonders gefährdet sein werden. Lieber hätte man vielleicht gewusst, welche Spitäler bei den verschiedenen Kriegslagen am gefährdetsten seien. Das kann aber auch der Generalstab nicht zum voraus sagen. Da diese Mitteilungen an den Veska-Vorstand nicht zur Veröffentlichung bestimmt sind, verzichten wir darauf, diese Ortschaften hier zu nennen. Es wird seine Sache sein, das weitere mit den in Frage kommenden Zivilspitälern zu besprechen, wobei das Ausmass der zu Friedenszeiten zu treffenden Massnahmen für eine Evakuation bei drohender Kriegsgefahr oder nach Kriegsausbruch abhängig sein wird von der Lage der Spitäler in den betreffenden Ortschaften, wie das oben schon angedeutet wurde.

Die Evakuation von Zivilspitälern im Kriegsfall dürfte vielleicht weniger kompliziert sein, als dies scheint, weil erfahrungsgemäss bei drohender Kriegsgefahr die Krankenanstalten sich automatisch, wenigstens teilweise, leeren. Zu solchen Zeiten wollen die Patienten, wenn es irgend möglich ist, nach Hause gehen. Man kann damit rechnen, dass ca. 70 % der Patienten entlassungsfähig sind und der Hauspflege übergeben werden können. Diese Tatsache ist auch anlässlich der Mobilmachung im Jahre 1914 bei uns in Erscheinung getreten, so dass die Spitäler im allgemeinen viel schwächer besetzt waren als zu normalen Zeiten.

Es wird Sache des Veska-Vorstandes sein, festzustellen, wo eine Evakuierung schon zu Friedenszeiten vorzubereiten ist; wieweit das schon geschehen ist, entzieht sich meiner Kenntnis. Der ganze Fragenkomplex wird wohl die Veska noch weiter beschäftigen, namentlich auch in Hinsicht auf die Personalfragen, die sich bei der Organisation eines «Werkschutzes» in den Zivilspitälern stellen werden.

Es ist wohl zweckmässig, hier auch noch den Entscheid des Eidg. Militärdepartementes abzuwarten über die Zusammenfassung des aktiven und passiven Luftschutzes, der auch die nötige Klarheit bringen dürfte über die Frage, mit welchen Instanzen die Veska zusammenarbeiten soll.

Was den Schutz der zu Fug und Recht unter dem Abzeichen der Genfer Konvention stehenden Spitäler betrifft, muss man allen Ernstes verlangen, dass dieses Abzeichen besser respektiert werde, als dies die neuesten Erfahrungen im italienisch-abessinischen Kriege zeigen. Es entspricht keineswegs dem Sinne der jetzt gültigen Genfer Konvention und den völkerrechtlichen Bestimmungen, wenn man aus berechtigter Angst, vom Feinde angegriffen zu werden, militärische Spitäler vor ihm verstecken muss, statt sie dem Schutz des Genfer Abzeichens anvertrauen zu dürfen. Allerdings muss jede kriegführende Partei auch die Gewissheit haben können, dass mit diesem Abzeichen beim Gegner kein Unfug getrieben wird, sonst hört dann berechtigterweise jeder Respekt auf.

Diese höchst bedauerlichen, heute allerdings noch nicht völlig abgeklärten Vorkommnisse des jüngsten Krieges führen vielleicht zu einer baldigen Revision und Ergänzung der Genfer Konvention. Doch bis dahin wird man sich bewusst sein, dass der passive Luftschutz der Zivilspitäler, wenn er einigermassen wirksam sein soll, vorläufig auch noch auf andere Weise organisiert werden muss. Der Zweck der vorstehenden Ausführungen war, Mittel und Wege zu zeigen, die hierfür in Betracht kommen können.

Bern, Ende Dezember 1935.

Anmerkung des Verfassers. Es ist darauf hinzuweisen, dass inzwischen die Verhandlungen zwischen Veska, Schweiz. Rotem Kreuz, Eidg. Luftschutzkommission, der Generalstabsabteilung und Abteilung für Sanität des Eidg. Militärdepartementes fortgesetzt wurden und weiter gediehen sind. Wenn auch hier auf Details nicht eingetreten werden soll, so sei doch hervorgehoben, dass vom Vorstand des Verbandes Schweizerischer Krankenanstalten (Veska) auf Grund der erwähnten Verhandlungen eine besondere «Wegleitung» für den Luftschutz der zivilen Krankenanstalten bearbeitet und an die Mitglieder des Verbandes Schweizerischer Krankenanstalten abgegeben wurde.

Diese Wegleitung gibt Anweisungen aller Art, über welche vielleicht in einer spätern Nummer dieser Zeitschrift noch eingehender berichtet werden kann. Ferner sollten auch engere Beziehungen geschaffen werden zwischen Veska und dem Schweiz. Roten Kreuz. Es ist auch dies bereits in der Weise erreicht worden, dass die Veska als Hilfsorganisation des Schweiz. Roten Kreuzes bezeichnet und damit berechtigt wird, auch im Kriegsfalle Anspruch auf den Schutz der Genfer Konvention zu erheben (vgl. «Protar», S. 130). Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass dieses Vorgehen von wesentlichem Vorteil ist für die zivilen Krankenanstalten und dass alle dahin zielenden Bestrebungen zu einem erfreulichen Resultat geführt haben. Eine «Uebereinkunft» zwischen der Veska, vertreten durch seinen Vorstand, und der betreffenden Krankenanstalt regelt die von letzterer einzugehenden Verpflichtungen (vgl. «Protar», S. 131).

L'activité de la Croix-Rouge dans la défense aérienne

Par le Dr R. F. de Fischer, secrétaire général de la Croix-Rouge suisse

Aperçu historique.

Le mouvement de la défense aérienne doit son existence à l'activité des dirigeants de la Croix-Rouge internationale. L'inefficacité de certaines conventions internationales a forcé les pays de s'occuper de cette question.

Les conventions existantes et ratifiées déjà avant la grande guerre auraient pu suffire pour donner la sécurité nécessaire, si on avait la certitude qu'elles fussent respectées.

Les conventions de la Haye du 29 juillet 1899 et du 18 octobre 1907 interdisaient tous les moyens d'agression contre lesquels lutte la défense aérienne. L'art. 23 du règlement annexé à la Convention de 1907 contient l'interdiction de l'emploi de poisons et d'armes empoisonnées, ainsi que l'emploi de projectiles ayant pour seul but de répandre des gaz toxiques. L'art. 25 du même règlement contient l'interdiction du bombardement de villages, localités et édifices non défendus. En outre, il est interdit de lancer des projectiles et des explosifs par ballons et autres moyens semblables, qui pourraient être construits à l'avenir.

Ces conventions ne purent empêcher, pendant la grande guerre, le bombardement de localités non défendues, l'emploi de projectiles et d'explosifs lancés par des avions, et, dès 1915, l'usage toujours plus fréquent de gaz asphyxiants. Les événements des derniers mois ne sont pas plus rassurants à ce sujet.

Le 6 février 1918 le Comité international de la Croix-Rouge a adressé un appel vibrant à tous les belligérants contre l'emploi de gaz asphyxiants. Depuis ce moment il n'a plus cessé de s'occuper de cette question et a essayé par tous les moyens d'empêcher l'usage de cette arme nouvelle.

Le Traité de Versailles contenait l'interdiction formelle de l'emploi d'armes chimiques, mais déjà en mai 1920 le Conseil de la Société des Nations se voyait contraint de s'occuper de nouveau de cette question. En octobre de la même année il condamnait «en principe» la guerre chimique et formait un comité qui devait étudier les moyens appropriés pour contrôler la production des gaz de combat et demander aux gouvernements leur opinion quant aux sanctions à instituer en cas d'infractions à l'interdiction de leur emploi.

Le Comité international de la Croix-Rouge ne pouvait se contenter de cette déclaration platonique, aussi intervint-il auprès de la Société des Nations pour réclamer une interdiction absolue et sans restrictions de l'emploi de l'arme chimique.

En 1921 la Conférence de Washington pour la restriction des armements s'occupait aussi de cette question. La résolution préparée prévoyait l'interdiction de l'arme chimique, mais cette convention n'a jamais été ratifiée.

L'année 1925 semblait marquer un pas en avant, car le Protocole de Genève du 17 juin 1925 interdisait la guerre chimique et bactériologique. Ce protocole a été ratifié par 33 nations, dont toutes celles qui entourent notre pays, mais beaucoup de ces ratifications se firent sous réserve que l'ennemi s'en tiendrait strictement aux conventions. La conséquence de ces réserves fut que dès lors toutes les nations se préparent à la guerre chimique.

L'inefficacité facilement prévisible du Protocole de Genève engageait la XIIe Conférence internationale de la Croix-Rouge d'octobre 1925 à donner au Comité international le mandat de rechercher dès le temps de paix les moyens appropriés pour la défense de l'armée et de la population civile contre l'arme chimique.

C'est là le point de départ de la défense aérienne passive. En 1928 le Comité international réunisait à Bruxelles une commission d'experts internationaux pour étudier les moyens de défense de la population civile contre la guerre chimique. Grâce à une excellente préparation cette commission a pu arriver en peu de temps à rédiger ses conclusions, qui forment aujourd'hui encore la base des mesures de la défense passive de la population civile dans tous les pays.

Les délibérations de cette première commission d'experts démontraient que les moyens de défense qui peuvent être employé contre la guerre