Zeitschrift: Protar

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

Band: 9 (1943)

Heft: 1

Artikel: Die Reorganisation des Sanitätsdienstes beim Luftschutz

Autor: Fonio, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-362905

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: 31.12.2025

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

Die Kriegsstandorte der Geräte müssen dezentralisiert und womöglich in einsturz- und splittersicheren Räumen sein, die in der Nähe der Bereitschaftslokale liegen und deren Zugänge voraussichtlich trümmerfrei bleiben.

Absolut notwendig ist die Bereitstellung von Wasserbezugsorten, wie Weiher, Reservoirs, Stauvorrichtungen oder Saugstellen an Bächen, Flüssen und Seen, die namentlich zum Einsetzen der Motorspritzen dienen.

*

Der Ausbildungsstand der Luftschutzfeuerwehr hat in den letzten Jahren eine wesentliche Verbesserung erfahren. Wir dürfen uns aber nicht über die Tatsache hinwegsetzen, dass noch lange nicht überall die Ausbildung und insbesondere der körperliche Einsatz den Anforderungen im Kriegsfall genügen. Nicht alle Feuerwehroffiziere und Unteroffiziere beherrschen heute schon den Gerätedienst und die Befehls- und Kommandosprache vollständig. Eine rationelle Arbeitsweise, das Beschäftigen aller Leute, kann noch nicht überall festgestellt werden. Auch das notwendige Tempo, ein vollständiger körperlicher Einsatz fehlen vielerorts. Der kriegsmässige Einsatz durch Ausfall an Geräten und Mannschaft kommt noch nicht überall genügend zur Darstellung. Die Selbstrettung ist der Mannschaft noch nicht restlos geläufig. Viele Offiziere und Unteroffiziere geraten in Verlegenheit, wenn sie die Lage beurteilen, einfache und unmissverständliche Befehle erteilen sollen.

Wir müssen auch bei der Luftschutzfeuerwehr beweglich bleiben und uns bestreben, die Ausbildung nach neuesten Gesichtspunkten zu verbessern und zu vertiefen. Nur wenn beim letzten Feuerwehrmann völlige Hingabe und restloser Einsatz vorhanden sind, werden wir mit den wenigen Leuten und der beschränkten Ausrüstung den Aufgaben im Ernstfall gewachsen sein.

Die Reorganisation des Sanitätsdienstes beim Luftschutz

Von **Oberst A. Fonio**, Luftschutzchefarzt

I. Der Dienst an Verletzten.

Die ausserordentliche Intensivierung der Angriffshandlungen der Luftwaffe gegen die Industriezentren der grossen Städte und gegen diese selbst im Verlauf des gegenwärtigen Weltkrieges hat die zunehmende Bedeutung des Luftschutzes, des aktiven und ganz besonders des passiven, erkennen lassen. Die scharfe Trennung in Front und Hinterland eines kriegführenden Staates besteht heute nicht mehr; nicht nur die kämpfende Armee, sondern auch die Bevölkerung befindet sich in der Gefahrzone und beide können schwere Verluste erleiden. Selbst die Neutralen sind näher an die Kriegsfront gerückt und werden zuweilen und vorübergehend bei Durchfliegung ihres Luftraumes durch grosse Bombergeschwader einer kriegführenden Partei in Kriegshandlungen verwickelt. Eindeutig mahnt dies an die grosse Gefahr, die unserer Bevölkerung jederzeit drohen kann: ein Ausklinken der Bombenlasten, sei es gewollt oder ungewollt, kann unsere Wohnstätten plötzlich in Asche und Trümmer legen und zu schweren Verlusten an Menschen und Gut führen! Diese Erkenntnis hat zum weiteren Ausbau und zur Verstärkung der Luftschutzmassnahmen geführt, sowohl der aktiven als der passiven. Die hohen Zahlen der bei Angriffshandlungen durch die Luftwaffe Verletzten hat zwangsläufig auch zu einer Reorganisation und einer noch besseren Anpassung des Sanitätsdienstes an die letzten Kriegserfahrungen geführt, um die Verluste unter der Bevölkerung auf ein Mindestmass herabzudrücken.

Während man kurz vor Ausbruch und noch zu Beginn des Weltkrieges bei Angriffshandlungen durch Bombengeschwader auf die Städte die Vergasung als die häufigste Verletzungsart erwartete, haben die Ereignisse erwiesen, dass dem nicht so war: Beim grössten Kontingent der Verletzten handelt es sich bis jetzt um kriegschirurgische Verwundungen durch Bomben- und andere Splitter, durch einstürzende Gebäude, durch Verbrennungen, Detonationen und andere mechanische Einwirkungen. Vergasungen sind bis jetzt ganz in den Hintergrund getreten. Infolgedessen sah man sich veranlasst, den Sanitätsdienst der Luftschutzformationen noch intensiver als bisher den kriegschirurgischen Bedürfnissen anzupassen und weiter auszubauen: Einerseits durch die Bereitstellung von kriegschirurgisch ausgebildetem Aerzte- und Operationspersonal und andererseits durch die Einrichtung von entsprechenden Räumlichkeiten in den Sanitätshilfsstellen und ihrer Dotierung mit Operationsausstattungen, Instrumentarium, Verbandstoffen und Medikamenten.

Die Aufgabe der Sanitätshilfsstellen entspricht etwa derjenigen der Bataillons-Sanitätshilfsstelle der Armee bei Fehlen einer Sanitätskompagnie, der Durchführung des Verbandplatzdienstes. Infolge der stabilen Verhältnisse ist die Durchführung der ärztlichen Hilfe in den Sanitätshilfsstellen des Luftschutzes erleichtert und besser vor feindlichen Einwirkungen geschützt als in den Bataillons-Hilfsstellen im Felde. Es stehen dem Luftschutzarzte splitter- und zuweilen auch bombensichere Räumlichkeiten zur Verfügung, gut

ausgebaut und mit allen notwendigen Einrichtungen ausgestattet: Warte- und Operationsräume, zweckmässige Operationslampen, Wasch-, Desinfektions- und Sterilisationsanlagen, Operationstische, reichhaltige Instrumentenassortimente, die von der Abteilung für passiven Luftschutz geliefert werden, und gut eingerichtete Pflegeräume, in welchen die Verwundeten bis zum Abtransport behandelt und gepflegt werden.

Die Arbeit in diesen gut ausgestatteten Sanitätshilfsstellen besteht in der ärztlichen Hilfeleistung, der Wundversorgung, der Blutstillung vermittelst der Unterbindungen, der lebensrettenden Notoperationen, den Transportfixationen von Knochenbrüchen, der weiteren Behandlung und Pflege der Verletzten bis zum Abtransport in Kliniken, Spitäler, Notspitäler bei Endalarm nach Angriffshandlungen der Luftwaffe.

Nebst der chirurgischen Abteilung und von dieser getrennt, befindet sich die Abteilung für die Gasverletzten, die nach Einbringung in die Schleuse nach dieser geleitet werden, wo sie je nach der Gasvergiftung behandelt, entgiftet und im Gaspflegeraum weiter behandelt werden. Um die kriegschirurgischen Verletzten vor nachträglichen Gasvergiftungen zu schützen, sind beide Abteilungen, die kriegschirurgische und die Gasabteilung, gut voneinander getrennt.

Die Luftschutzärzte wurden im Jahre 1941 in mehrtägigen theoretischen Fortbildungskursen in den verschiedenen Universitätskliniken der Schweiz auf ihre kriegschirurgische Tätigkeit vorbereitet, und im Jahre 1942 wurden sämtliche Leiter der Sanitätshilfsstellen zu 14tägigen chirurgischen Fortbildungskursen in grössere Spitäler kommandiert.

Das Operationspersonal der Sanitätshilfsstellen wird gegenwärtig in den Regionalspitälern praktisch ausgebildet; für die Ausbildung zur Operationsschwester sind Kurse von zwei Monaten, für die zudienende Hilfe und für den Narkositeur von je einem Monat vorgesehen. Zu einem grossen Teil sind diese Kurse zu unserer grossen Befriedigung bereits abgeschlossen, andere sind noch im Gange; betreffend der Abhaltung anderer wiederum schweben noch Verhandlungen, da sich unerwarteterweise Schwierigkeiten, mehr administrativer Art, eingestellt haben. Doch hoffen wir, dass angesichts der Bedeutung der Ausbildung unseres Personals für den Dienst in den Sanitätsstellen, der letzten Endes im Interesse unserer Bevölkerung ist, die Verhandlungen zu einem guten Ende geführt werden.

Zu diesen Kursen werden vorzugsweise Luftschutzdienstpflichtige, die schon einigermassen in der Krankenpflege bewandert sind, kommandiert, wie Gemeindeschwestern, Hebammen, Samariterinnen, die einen oder mehrere Krankenpflegekurse absolviert haben; von Laienpersonal ist abzusehen.

Wo immer möglich, werden ältere oder verheiratete, ehemalige Operationsschwestern zum Operationsdienst in den Sanitätshilfsstellen verpflichtet. Sie werden den Luftschutzorganisationen zugeteilt, erhalten den Grad und die Kompetenzen eines Wachtmeisters und sind von den übrigen Dienstleistungen dispensiert. Mit dieser Anordnung haben wir bis jetzt die besten Erfahrungen gemacht. Neben diesem Spezialpersonal funktioniert in den Sanitätshilfsstellen weiteres Sanitätspersonal zur Vorbereitung der Verletzten zu den operativen Eingriffen und als Pfleger im Pflegeraum.

Mehrere Sanitätshilfsstellen der Luftschutzorganisationen grösserer Städte sind musterhaft eingerichtet. Röntgenapparate, Operationsräumlichkeiten modernsten Baues stehen zur Verfügung. Fachchirurgen leiten den Operationsdienst, so dass auch grössere Eingriffe ausgeführt werden können. Mit ihren Pflegeräumen von bis zu sechzig Lagerstellen machen sie den Eindruck von unterirdisch angelegten kleineren Bezirksspitälern!

Der Weg der Verwundeten und der Gasverletzten vom Unfallort zur Sanitätshilfsstelle ist folgender: Am Schadenort oder an dessen Grenze wird der Verletzte vom Sanitätspersonal übernommen, provisorisch besorgt und möglichst schnell nach dem Verwundetennest verbracht, das abseits vom Schadenort unterirdisch in einem Keller, Schutzraum angelegt ist. Hier erhält der Verletzte die erste ärztliche Hilfe, insofern ein Luftschutzarzt anwesend ist, was angesichts des Aerztemangels nicht immer möglich ist. Doch wird er von geübtem Sanitätspersonal verbunden, gepflegt und behandelt und sobald als möglich nach der nächsten Sanitätshilfsstelle transportiert. Hier wird ihm kunstgerechte, ärztliche Hilfe zuteil. Er wird sodann in deren Pflegeraum weiter behandelt und gepflegt, bis der Endalarm seinen Abtransport nach einem Spital oder Notspital ermöglicht. Leichtverwundete dagegen können nach Hause in häusliche Behandlung entlassen werden.

Nach der Ausräumung der Sanitätshilfsstellen ist es Aufgabe des Sanitätspersonals, für eine rascheste Retablierung und Aufnahmefähigkeit Sorge zu tragen.

II. Der Dienst an den Dienstpflichtigen des Luftschutzes.

Die zunehmende Bedeutung und der grosszügige weitere Ausbau des passiven Luftschutzes haben dazu geführt, dass, wie beim Dienst an den Verletzten auch der Sanitätsdienst an den Dienstpflichtigen einer eingehenden Reorganisation unterzogen werden musste. Dies geschah in Anlehnung an die Vorschriften und Weisungen der Abteilung für Sanität der Armee und im Einvernehmen mit dem Oberfeldarzt.

Die Grundlage dieser Reorganisation ist die Verfügung des Eidg. Militärdepartementes vom 20. Mai 1942, die definitiv ist. Die Ausführungsbestimmungen gemäss Ziff. 30 der Verfügung sind von der Abteilung für passiven Luftschutz auf-

gestellt; sie sind noch provisorisch, und erst nach Eingehen aller Erfahrungen in den Wiederholungskursen und Rekrutenschulen werden sie im Einvernehmen mit dem Oberfeldarzt bereinigt und in Druck gegeben werden.

Nach der Verfügung des Eidg. Militärdepartementes wird der Sanitätsdienst der Luftschutzorganisationen vom Luftschutzchefarzt geleitet. Als Luftschutzchefarzt wird auf Antrag der Abteilung für passiven Luftschutz vom Oberfeldarzt ein Stabsoffizier der Sanität abkommandiert.

Zur sanitarischen Untersuchung der Dienstpflichtigen des Luftschutzes wird in jedem Ter. Kreis eine Luftschutzuntersuchungskommission (LUC) gebildet, bestehend aus dem Vorsitzenden, zwei Mitgliedern, zwei Ersatzmitgliedern und zwei Sekretären. Als Vorsitzender funktioniert der Ter. Kdo. Arzt oder ein von ihm bezeichneter Stabsoffizier oder Hauptmann der Sanität, die Mitglieder sind Luftschutzärzte, die von der Abt. für passiven Luftschutz für die Dauer von einem Jahr gewählt werden. Für die Untersuchung weiblicher Dienstpflichtiger wird eine Luftschutzärztin beigezogen, sowie eine Sekretärin.

Die LUC werden vom Ter. Kdo. Arzt aufgeboten. Sie urteilen über Luftschutzdiensttauglichkeit oder Untauglichkeit der Dienstpflichtigen. Die Entscheide werden in die Luftschutzdienstbüchlein eingetragen.

Die LUC funktionieren auch als Rekrutierungskommissionen bei der Aushebung. Jeder Luftschutzdienstpflichtige muss von der Rekrutierungskommission auf seine Diensttauglichkeit beurteilt werden. Ihre Entscheide lauten: Diensttauglich für den Luftschutz, und zwar für jeden Dienstzweig, diensttauglich nur für einen bestimmten Dienstzweig des Luftschutzes oder eine Unterabteilung desselben, zeitweise dienstuntauglich für den Luftschutz, aber höchstens für ein Jahr, dienstuntauglich für den Luftschutz.

Während der Luftschutzdienstpflicht können als untauglich erscheinende Dienstpflichtige vom Ortsleiter auf Antrag des Luftschutzarztes vor LUC gewiesen werden, ebenso kann der Dienstpflichtige selber Antrag auf Weisung vor LUC beim Ortsleiter stellen unter Einreichung eines schriftlichen Gesuches mit einem ärztlichen Zeugnis auf seine Kosten. Das gleiche Verfahren kann auch während eines Dienstes zur Anwendung kommen, während der WK und der RS.

Bei Diensteintritt in RS, WK oder Spezialkurse und Schulen findet stets eine Eintrittsmusterung statt, wobei sich krank Meldende oder krank Erscheinende einer sanitarischen Untersuchung unterzogen werden, die von den Truppenärzten und dazu kommandierten andern Luftschutzärzten vorgenommen wird.

Die Entscheide lauten: Diensttauglich, dienstuntauglich für den bevorstehenden Dienst, dienstuntauglich für länger als vier Wochen unter Weisung vor LUC.

Für den Luftschutz ist ferner eine Rekurskommission eingesetzt, an die Rekurse gegen Entscheide einer LUC gelangen können. Als Vorsitzender funktioniert der Luftschutzchefarzt, als sein Stellvertreter ein Stabsoffizier der Sanität, als Mitglieder (2) Sanitätsoffiziere der Armee oder Luftschutzärzte, als Ersatzmitglieder (2) desgleichen, ihr beigegeben sind zwei Sekretäre.

Die Sanitätsoffiziere der Armee ernennt der Oberfeldarzt als Mitglieder auf Antrag der Abt. für passiven Luftschutz, die Luftschutzoffiziere die letztere.

Zum Rekurs gegen Entscheide der LUC sind berechtigt: der Betroffene, ferner der Chef der Abteilung für passiven Luftschutz, der Luftschutzchefarzt, die kantonalen Militärbehörden, der Luftschutzoffizier beim Ter. Kdo. Stab, der Ortsleiter. Der Rekurs ist innert 20 Tagen seit der Eröffnung des Entscheides der LUC auf dem Dienstweg einzugeben in gut begründeter Rekursschrift, mit einem ärztlichen Zeugnis auf eigene Kosten, unter Beilage des Luftschutzdienstbüchleins. Bis zu einem Entscheide durch die Rekurskommission bleibt die Verfügung der LUC in Kraft. Ueber Annahme oder Abweisung des Rekurses entscheidet der Luftschutzchefarzt.

Gegen die Entscheide der Rekurskommission ist nur die Revision durch den Oberfeldarzt oder den Chef der Abt. für passiven Luftschutz zulässig.

Bei anderen als den örtlichen Luftschutzorganisationen der Industrie, Zivilkrankenanstalten und Verwaltungen sind die erwähnten Bestimmungen ebenfalls grundsätzlich anwendbar, der dabei einzuhaltende Dienstweg ist in der Verfügung festgesetzt.

Durch den Luftschutzchefarzt sind ferner im Einvernehmen mit dem Oberfeldarzt provisorische Richtlinien für die Arbeit der Luftschutzkommissionen ausgegeben worden. Nach Eingang der Erfahrungen bei der Tätigkeit der LUC im Jahre 1942 werden sie zusammen mit einer Kommission aus Delegierten der Abteilung für Sanität und im Einvernehmen mit dem Oberfeldarzt bereinigt, definitiv festgesetzt und in Druck gegeben werden.

Die provisorischen Weisungen über das Rapport- und Kontrollwesen sind vom Luftschutzchefarzt kürzlich in verschiedenen Rapporten in Olten, Zürich, Lausanne und Lugano den Sanitätsdienstchefs und Luftschutzärzten aller Luftschutzorganisationen der Schweiz mitgeteilt worden. Auch diese werden, wie bereits erwähnt, nach Eingang aller Erfahrungen aus den RS und WK im Einvernehmen mit dem Oberfeldarzt bereinigt, definitiv festgesetzt und in Druck gegeben werden. Darin werden die verschiedenen Verfahren vor und bei Diensteintritt, während und nach dem Dienst in allen Details festgesetzt.