

Ergänzende Bemerkungen zu den Aufgaben des Luftschutzarztes

Autor(en): **Peyer, G.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Protar**

Band (Jahr): **7 (1940-1941)**

Heft 3

PDF erstellt am: **23.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-362782>

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.

Ergänzende Bemerkungen zu den Aufgaben des Luftschutzarztes

Von Oblt. G. Peyer, Laufen

Ich freue mich darüber, dass Herr San.-Oberst Dubs meinen Auffassungen über die notchirurgische Tätigkeit des Luftschutzarztes widerspricht und dadurch überhaupt die Diskussion über die Tätigkeit des Luftschutzarztes in Gang bringt. Nirgends, in keinem Reglement ist die Arbeit des Luftschutzarztes genau umschrieben. Die bei gelegentlichen persönlichen Meinungsäusserungen vertretenen Auffassungen über ihren Tätigkeitsbereich sind denn auch unter den Luftschutzärzten selbst sehr verschieden, einer will seine Arbeit auf reine Samaritertätigkeit beschränken und die Verletzten möglichst rasch in berufene Hände abschieben, während andere wiederum möglichst viel definitiv versorgen möchten. Meine «Anregungen und Gedanken» in Nr. 1, 7. Jahrgang, der «Protar» wollten in erster Linie einmal eine allgemeine Diskussion unter den im Luftschutz tätigen Kollegen eröffnen, um auf diese Weise Richtlinien festlegen zu können.

Und zur Sache selbst: Ich gebe Herrn Oberst Dubs recht, wenn er sagt, dass die von mir postulierten Notoperationen in behelfsmässig eingerichteten, improvisierten Sanitätshilfsstellen und von ungenügend geschulten Aerzten *nicht* durchgeführt werden dürfen. Dort, wo die Möglichkeit eines *raschen und gefahrlosen* Abtransportes in eine entsprechende Klinik oder in ein Bezirksspital mit fachchirurgisch geschulten Kräften besteht,

wo der *Indicatio vitalis* also Genüge geleistet werden kann, soll und muss der Weitertransport geschehen. Es wird aber zweifellos Fälle geben, wo der Abtransport einfach nicht möglich ist. Denken wir an die abgelegenen Ortschaften, an das Weiterbestehen der Gefahr aus der Luft, an erschwerte Rückschubmöglichkeiten, an anderweitig verstopfte Verbindungswege, an den Mangel an entsprechenden Fahrzeugen, rechnen wir mit der Transportzeit u. dgl. m., dann erkennen wir, dass es Luftschutzorte gibt, wo die Arbeit des Luftschutzarztes sich nicht auf die Triage beschränken kann, sondern wo, um nicht Leben zu verlieren, rasch helfend eingegriffen werden muss. In solchen Fällen ist jetzt schon vorausschauend zu organisieren: die Sanitätshilfsstelle muss hier eben derart eingerichtet werden, dass Operationen aus vitaler, dringlicher Indikation ausgeführt werden können, und *diese* Luftschutzärzte, die nicht das Glück haben, in einer Stadt oder in der Nähe eines guten, rasch und sicher erreichbaren Spitals arbeiten zu können, müssten m. E. für ihre Aufgabe entsprechend vorbereitet werden. Ich denke an notchirurgische Operationskurse, wie sie m. W. auch in der Armee durchgeführt werden. Viele von uns wären im Interesse der Sache des Luftschutzes, abgesehen vom ärztlich-persönlichen Gewinn, gewiss für die Einberufung in solche Kurse dankbar.

Zum Aufgabenkreis des Luftschutzarztes und der Luftschutz-Sanitätshilfsstellen

Von Prof. Dettling (Dienstchef der Sanität im Luftschutz-Bat. Bern)

Sie haben mich als Mitarbeiter der «Protar» eingeladen, Stellung zu nehmen zum Artikel in der «Protar» Nr. 1, November 1940, «Gedanken und Anregungen zu den Aufgaben des Luftschutzarztes», von Oblt. Dr. G. Peyer, und zu einer inzwischen bei Ihnen eingegangenen Einsendung von San.-Oberst Dubs.

Es handelt sich dabei um den Versuch, die Aufgaben des Luftschutzarztes und der örtlichen Luftschutz-Sanitätshilfsstellen — im modernen Krieg — zu umreissen. Herr Oberst Dubs hat Bedenken gegen die Formulierung von einzelnen Leitsätzen, ausgehend vom Gesichtspunkte, dass militärärztliche Leitsätze sehr klar und einfach, d. h. nicht zu stark individualisiert gehalten sein sollen. Herr Oberst Dubs hat die Erfahrungen der Feldchirurgie in einem 1939 erschienenen Buche «Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst» veröffentlicht, auf welches Werk hier ausdrücklich verwiesen sein soll.

Die Rettungstruppen des Luftschutzes inkl. der Sanität und des Luftschutzarztes bringen, wenn

nicht die moderne Kriegsführung überhaupt, zwangsmässig neue Gesichtspunkte mit beschleunigter Entwicklung, ohne grosse praktische Erfahrungen. Als Grundlage gelten die militärischen Erfahrungen der Feldsanität und Feldchirurgie, und diejenigen der *Katastrophenmedizin* (speziell der Explosionen). Der Versuch, die Aufgaben des Luftschutzarztes und der Luftschutzsanität abzugrenzen, ist, abgesehen von den Umwälzungen des modernen Krieges, schwierig, schon weil die Verhältnisse von Ort zu Ort, von Arzt zu Arzt und die Art der Kriegsführung ändern. Die Großstädte z. B. zwingen andere Forderungen auf als kleinere Städte oder Ortschaften (auszugehen ist aber didaktisch besser von den Grossansprüchen); die Verwendung von Giften würde die Verhältnisse von Grund auf ändern; die lokale Organisation des Arzt- und des Spitalbetriebes überhaupt, die Mittel des Transportes (Frage der Motorisierung!), die Erreichbarkeit von Spitalern, das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Chirurgen im Spital oder beim Luftschutz usw. sind ausschlaggebend.