

Objektyp: **Advertising**

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

Band (Jahr): **21 (1974)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

### **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.

# Wie der Arzt im Katastrophenfall vorgehen muss

Die sorgfältige Einzelbetreuung hat gruppenmedizinischen Massnahmen zu weichen

Wenn man von Katastrophenmedizin spricht, denkt jedermann sogleich an zahlreiche Verwundete, an Tag und Nacht operierende Chirurgen und an die schwierigen Transportverhältnisse für solche Patienten. Im wirklichen Ernstfall aber hat es sich gezeigt, dass der Anteil an Kranken die Zahl der Verwundeten bei weitem übersteigt, mag dieser Ernstfall nun Erdbeben, Krieg, Reaktorunfall oder nur Ausfall der Wasserversorgung in einer Grossstadt heissen. Die amerikanischen Statistiken des Zweiten Weltkriegs weisen für die Feldspitäler 75 bis 85 % Behandlungen von Krankheiten gegenüber nur 3,6 Prozent Behandlungen von Kriegsverwundeten und 11,4 Prozent von Unfallverwundeten auf. Die Katastrophenmedizin muss sich deshalb besonders auf die Versorgung medizinisch Kranker und auf die Verhütung von Seuchen ausrichten. Dieser Tatsache trug ein Kurs in Katastrophenmedizin Rechnung, der kürzlich am Kantonsspital Zürich unter der Leitung von PD Dr. med. Rolf Lanz, Herisau, durchgeführt wurde.

Bei der Behandlung von Verwundeten bei Katastrophen folgen sich, so führte Dr. Lanz aus, drei Phasen: In der ersten Phase entscheiden Minuten, ob Verwundete überleben. In der kurzen Zeit gibt es keine Hilfe von aussen, Erste-Hilfe-Massnahmen müssen von den Beteiligten ausgehen. Deshalb ist *Notfallhilfe* eine Disziplin, die schon in der Schule gelernt werden sollte. In der zweiten Phase erfolgt die Rettung von Menschen durch organisierte ärztliche Hilfe, wobei Kenntnis der *lebensrettenden Noteingriffe* erforderlich ist (Blutstillung, Luftröhrenschnitt, Beatmung, Schockbekämpfung, Magensonde, Blasenkateter usw.). Der erste Arzt auf dem Katastrophenplatz muss über Dringlichkeiten und Prioritäten entscheiden. In der dritten Phase erst ist an *effektive Wundenbehandlung und Operation* zu denken, wobei die Prinzipien der eigentlichen Kriegschirurgie

zur Anwendung gelangen: Das allerwichtigste Instrument des Arztes in Krieg und Katastrophe ist das *Messer*. Was heisst eigentlich Katastrophe im Bereich der Medizin? Selbstverständlich sind die Grenzen zwischen Unfall und Katastrophen fließend. Wenn aber ein akutes Missverhältnis zwischen medizinisch-chirurgischer Nachfrage und Behandlungsmöglichkeiten eintritt, dann gilt es im Sinne der Katastrophenmedizin die Perfektion der normalen Einzelpflege zugunsten einer *wirksamen Gruppenmedizin* zu verlassen. Der medizinische Massenansturm verlangt vor allem gruppenhygienische Massnahmen zur Verhütung von Epidemien. Sie sind oft einfach, aber wirksam: Nach den obenerwähnten Statistiken fielen im Zweiten Weltkrieg nur 4,7 Prozent der Todesfälle auf medizinisch Kranke, der Rest entfiel auf chirurgische Patienten. Beim medizinischen Massenansturm gilt es zuerst die *Grundpflege* sicherzustellen: warmes Wasser, genügend Wasserdruck, Notaborte, Wäsche, Chlorkalk, Seife usw. Verzögerungen in Behandlung und Transport von Kranken sind nach Katastrophen unvermeidlich, da es meist an Personen, Medikamenten und anderen Mitteln fehlt. Kompromisse sind deshalb nötig, wie Professor Dr. med. Walter Siegenthaler, Zürich, ausführte, und lebenserhaltende Massnahmen haben den Vorrang.

## Wir sind katastrophenempfindlich

Gross ist die Epidemiegefahr vor allem dann, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind, wie zum Beispiel mangelnde oder zerstörte hygienische Infrastruktur, grosse Menschenmengen auf kleinem Raum, Mangelernährung und allgemein schlechte körperliche Widerstandskräfte der Bevölkerung. Die zunehmende Technisierung und Motorisierung, verbunden mit einer dauernden Bevölkerungsvermehrung, erhöht bei uns nicht nur das Unfall- und Katastrophenrisiko, sondern auch die *Katastrophenempfindlichkeit unserer Industrie-*

*gesellschaft* von Jahr zu Jahr. Man denke nur an einen kurz- bis mittelfristigen Wasserausfall in Zürichs Spitälern, von der ganzen Stadt schon gar nicht zu reden — eine Toilettenspülung zum Beispiel benötigt schon 15 Liter Wasser. Katastrophe bedeutet jedoch nicht zwingend auch Seuche. Wie Professor Dr. E. Wiesmann, Zürich, betonte, lässt sich über den Ausbruch von Epidemien nichts Allgemeingültiges aussagen. Die einzelnen Krankheiten folgen ihren *Eigengesetzlichkeiten*, die von vielen Faktoren abhängen. Selbstverständlich fördern gewisse Umstände den Ausbruch einer Epidemie — zum Beispiel unkontrollierte Konzentrationen von Menschen und Tieren sowie physischer und psychischer Stress. In erster Linie aber muss ein Krankheitserreger vorhanden und der Uebertragungsweg geöffnet sein. Grosse Epidemien brechen aus, wenn die Zahl der manifest Kranken im Verhältnis zu nur Infizierten ohne Krankheitszeichen gross ist: Pocken, Pest. Wo dieses Verhältnis niedrig ist — zum Beispiel Kinderlähmung, Hirnhautentzündung, Bang — bleiben eigentliche Epidemien selten.

## Uebertragungsweg entscheidend

Wichtig für Epidemiegefahr und deren Bekämpfung ist der Uebertragungsweg. Die *«Tröpfcheninfektion»* (durch Atem- und Speisewege) ist am schwierigsten zu verhindern: Scharlach, Diphtherie, Grippe, Pocken. Die Uebertragung *durch den Darmtrakt*, darunter fallen die meisten für unsere Regionen in Frage kommenden Seuchen (Typhus, Ruhr, Cholera usw.), lässt sich am leichtesten bekämpfen durch hygienische Massnahmen wie Händewaschen, nur frischgekochte Speisen essen, abgekochtes Wasser verwenden usw. Werden Krankheiten von *Tieren* verbreitet — Tiere selber krank (Tollwut) oder nur als Zwischenwirt (Malaria) —, kommt es auf die Lebensweise des Ueberträgers an. *Läuse* (Fleckfieber, epidemisches Rückfallfieber) müssen oft Blut saugen und

Zivilschutz  
Protection civile  
Protezione civile  
Protecziun civila  
emag  norm  
emag  norm

Gestelle  
Schränke  
Tische  
Stühle  
Tanks  
Garderoben  
Pulte  
Betten  
Prospekt Z 09  
verlangen

8213 Neunkirch      Telefon 053-6 14 81

## Für die Zeitschrift «Zivilschutz» zeichnet verantwortlich:

Presse- und Redaktionskommission des SBZ. Präsident: Professor Dr. Reinhold Wehrle, Solothurn. Redaktion: Herbert Alboth, Bern. Inserate und Korrespondenzen sind an die Redaktion, Schwarztorstr. 56, 3007 Bern, Tel. 031 25 65 81, zu richten. Jährlich zwölfmal erscheinend. **Redaktionsschluss am 10. des Monats.** Jahresabonnement für Nichtmitglieder Fr. 15.— (Schweiz). Ausland Fr. 20.—. Einzelnummer Fr. 1.50. Nachdruck unter Quellenangabe gestattet. Druck: Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.