

Der Sanitätsdienst des Zivilschutzes und seine Zusammenarbeit mit den Spitälern : Referat von BZS-Direktor H. Mumenthaler an der Generalversammlung vom 16. Juni 1977 der VESKA

Autor(en): **Mumenthaler, Hans**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **24 (1977)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-366398>

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.

Der Sanitätsdienst des Zivilschutzes und seine Zusammenarbeit mit den Spitälern

Referat von BZS-Direktor H. Mumenthaler an der Generalversammlung vom 16. Juni 1977 der VESKA

Die Fortschritte in der Realisierung des Koordinierten Sanitätsdienstes und die Bedürfnisse des Zivilschutzes im Bereich des Sanitätswesens verlangen enge Kontakte zwischen dem Zivilschutz und den Spitälern. Ich habe Ihre Einladung deshalb mit Freude angenommen und hoffe, mit meinen Ausführungen die Bande zwischen dem Zivilschutz-Sanitätsdienst und den Spitälern noch enger zu knüpfen.

Meine Ausführungen werde ich so gliedern, dass ich ausgehend von unserer Zivilschutzkonzeption 1971 Ihnen über die sanitätsdienstlichen Installationen, die Formationen des Zivilschutz-Sanitätsdienstes und ihre Ausbildung berichten werde. Nach einem Blick auf den heutigen Ausbaustand der Installationen werde ich dann hauptsächlich auf die Probleme des Spitals beim vorsorglichen Schutzraumbezug und die zu treffenden Vorbereitungen im Frieden hinweisen, um abschliessend auf die Möglichkeiten, die vorgesehenen Massnahmen in Übungen zu prüfen, einzugehen.

1. Auswirkungen der Konzeption 1971 auf den Sanitätsdienst des Zivilschutzes

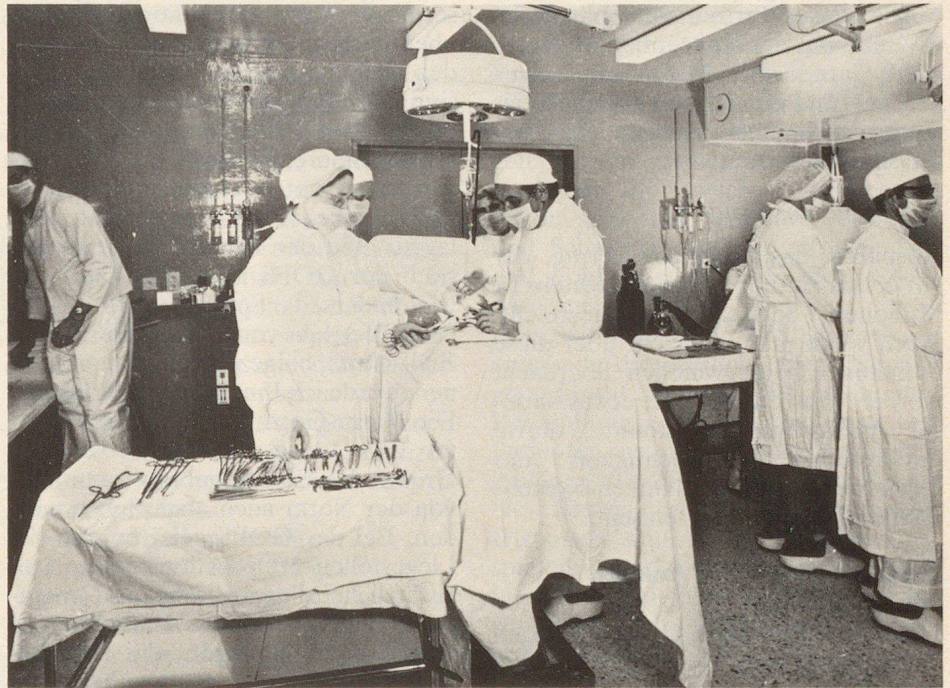
Die Zivilschutzkonzeption 1971 ist ein vom Bundesrat und vom Parlament zur Kenntnis genommenes Dokument, das für die Entwicklung und den Ausbau des Zivilschutzes die nötigen Richtlinien geben soll. Es ist dabei hervorzuheben, dass sie als Planungsgrundlage dient und als solche periodisch, namentlich auch im Hinblick auf die sich verändernden Verhältnisse, auf ihre Richtigkeit überprüft werden muss.

Die Zivilschutzkonzeption 1971 umfasst:

- Kriterien zur Beurteilung der Gefährdung der Zivilbevölkerung
- Unterlagen über die Schutzmöglichkeiten
- Lösungsvorschläge für einen technisch durchführbaren und finanziell tragbaren Schutz

Sie trägt den modernen Massenvernichtungsmitteln Rechnung und will die Schutzmassnahmen so gestalten, dass sie von den sich immer wieder ändernden Kriegsbildern möglichst unabhängig sind.

Da die mit der neuen Konzeption angestrebten Ziele zur Verwirklichung zum Teil eine Änderung bestehender



Rechtsgrundlagen erfordern, ist folgerichtig eine Gesetzesrevision eingeleitet worden, die im Moment bei den eidgenössischen Räten liegt.

Welches sind nun die Grundsätze der Konzeption 1971, die den Sanitätsdienst des Zivilschutzes beeinflussen? Vorab der Grundsatz, *jedem Einwohner der Schweiz einen Schutzplatz.*

Damit soll, wie schon erwähnt, im Hinblick auf die Auswirkungen der Massenvernichtungsmittel, die es praktisch unmöglich machen, Gebiete unseres Landes als nicht gefährdet zu bezeichnen, jedem Chancengleichheit zum Überleben angeboten werden.

Die Schutzräume müssen sodann *vorsorglich, stufenweise bezogen* werden können. Die Vorwarnzeiten sind bei den heutigen Waffenträgern – ich verweise auf die Anflugzeiten bei einer angenommenen Geschwindigkeit von Mach 2 – praktisch gleich Null. Der Bezug der Schutzräume muss daher beim Erreichen eines kritischen Grades der Spannung und Gefährdung im Sinne einer vorsorglichen und stufenweise zu vollziehenden Massnahme befohlen werden können, denn Schutzräume nützen nichts, wenn sie von der Bevölkerung nicht *vor* dem Angriff aufgesucht worden sind. Ich brauche kaum hervorzuheben, dass damit die Sicherstellung des Schutzraumbezuges und der richtigen Benützung der Schutzräume zu den Aufga-

ben gehört, denen ich oberste Priorität zumesse.

Die beiden dargelegten Grundsätze sind getragen von der Ihnen als Spitalfachleuten verständlichen Philosophie, wonach *Vorbeugen wirksamer ist als Heilen.* Es leuchtet ein, dass konsequente bauliche Schutzmassnahmen und die organisatorische Sicherstellung ihrer rechtzeitigen und richtigen Verwendung dazu beitragen, die Massnahmen für das Retten und Heilen zu reduzieren. Ebenso dürfte es einleuchten, dass es richtig ist, die zur Verfügung stehenden, zwangsläufig immer beschränkten finanziellen Mittel in erster Linie für kostenmässig günstige bauliche und organisatorische Schutzmassnahmen anstatt für aufwendige Rettungs- und Heilmassnahmen einzusetzen.

Wie der Kostenvergleich zwischen Vorsorge und Heilen aussieht, ergeht daraus, dass die Aufwendungen für einen normalen Schutzplatz Fr. 600.– bis Fr. 1000.– ausmachen, während sie bei der Geschützten Operationsstelle auf Fr. 15 000.– je Patientenliegestelle zu stehen kommen.

Zusammenfassend kann dieses Denken so zum Ausdruck gebracht werden, dass dann, wenn der vorbeugende Personenschutz gewährleistet ist, es sich rechtfertigen lässt, die Anstrengungen und Aufwendungen für das Heilen zu reduzieren. Während

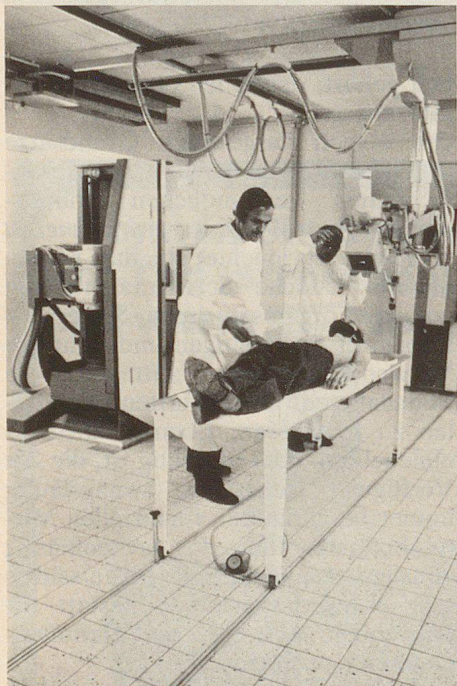
früher, in Kenntnis der lückenhaften Schutzmöglichkeiten für die Bevölkerung, beabsichtigt war, geschützte sanitätsdienstliche Anlagen mit Liegestellen für 5 % der Bevölkerung zu errichten – dies hätte über 300 000 geschützte Liegestellen bedeutet – wurde dieser Prozentsatz später auf 4 % und mit der Konzeption 1971 gar auf 2 % reduziert. In Franken ausgedrückt – und der Schweizer liebt es ja, solche Rechnungen anzustellen – lassen sich damit rund

1,9 Milliarden Franken

einsparen, das heisst ein Betrag, der zur Finanzierung von mindestens 2 Millionen Schutzplätzen ausreicht. Auch wenn man vielleicht über diese Annahmen, die gründlich überdacht worden sind, da und dort etwas anderer Auffassung sein könnte, dürfte mindestens die Richtigkeit des Grundsatzes dieses Nutzen-Kosten-Denkens kaum bestritten sein.

2. Sanitätsdienstliche Anlagen des Zivilschutzes

Unter Zuhilfenahme der Grundlagen der Konzeption 1971 wurde mit den



Kantonen ein Dispositiv für die sanitätsdienstlichen Anlagen des Zivilschutzes und der Spitäler erarbeitet, wobei die schon erstellten Anlagen voll integriert werden konnten. Es enthält im Rahmen der kantonalen Hoheit für den Gesundheitsdienst – Geschützte Operationsstellen und im Rahmen des Zivilschutzes – Notspitäler – Sanitätshilfsstellen und – Sanitätsposten

Besonders möchte ich auf den Unterschied zwischen den GOPS und den

übrigen Anlagen hinweisen. Während die GOPS in jedem Falle Bestandteil eines Spitals ist und damit den zuständigen Gesundheitsbehörden und nicht der Zivilschutzorganisation der Gemeinde untersteht – wir gehen von der Annahme aus, dass das Spital gewissermassen im Bedrohungsfall von oben nach unten verlegt und dort von den gleichen Leuten betrieben wird – sind alle übrigen baulichen sanitätsdienstlichen Anlagen des Zivilschutzes besondere, der örtlichen Schutzorganisation unterstehende, von dieser zu bestückende und betreibende Anlagen. Wie der Zivilschutz beim Betrieb der GOPS mithelfen kann und wie andererseits Spitäler ohne GOPS beim Betrieb von Notspitälern vom Zivilschutz beigezogen werden können, werde ich Ihnen später darlegen. Die Norm-Gops weist wie das Notspital 248 Liegestellen auf. Je nach Grösse des Einzugsgebiets kann aber von der Norm auch abgewichen werden. Bei der GOPS gehören auf 124 Liegestellen 1 Operationssaal und als zusätzliche diagnostische und therapeutische Nebenräume Einrichtungen zum Gipsen, Röntgen, die Sterilisation, das Labor und die Apotheke. Als unbedingt erforderliche Nebenräume können wir Küche, Waschküche, Maschinenventilationsräume, Wasserreserve sowie den Leichenraum bezeichnen.

Die Sanitätshilfsstelle (San Hist) umfasst 128 Liegestellen. Sie enthält daneben Räume für die Aufnahme und Triage, die ambulante Behandlung und einen Operationssaal mit dazugehöriger Vorbereitung. Zusätzlich gehören die notwendigen Nebenräume wie Labor, Apotheke und die erforderlichen Anlagen für den unabhängigen Betrieb dazu.

Der Sanitätsposten (San Po), als geschützte Arztpraxis, lehnt sich üblicherweise an einen Schutzraum oder eine Zivilschutzanlage an. Er verfügt über 32 Liegestellen und einen einfachen Behandlungsraum.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für die ganze Schweiz 1500 Sanitätsposten, 400 Sanitätshilfsstellen und 200 GOPS und Notspitäler geplant sind. Damit stehen 140 000 Liegestellen, verteilt zu rund je einem Drittel auf die verschiedenen Anlagentypen, zur Verfügung.

Dies ergibt auf 4000–5000 Einwohner 1 Sanitätsposten, auf 15 000–20 000 1 Sanitätshilfsstelle und auf 30 000 1 Geschützte Operationsstelle oder 1 Notspital.

3. Sanitätsdienstliche Formationen des Zivilschutzes und ihre Ausbildung

Während die GOPS wie schon er-

wähnt ihr Personal vom dazugehörigen Spital erhält, werden dem Notspital 1 oder 2 Notspital-Detachemente des Zivilschutzes zugewiesen. Ihre Zusammensetzung entspricht dem *Sanitätshilfsstellen-Detachment* und erlaubt dem Notspital den Betrieb als Sanitätshilfsstelle. Es umfasst 63 Personen und ist in 4 Züge gegliedert:

- den Internistenzug mit 1 Arzt als Zugchef und 2 Gruppen, die das Personal für die Behandlung enthalten;
- den Pflegezug, dem als Chef mit Vorteil eine Krankenschwester zugeteilt wird;
- den Trägerzug mit 2 Trägergruppen und
- den Anlagebetriebszug, in dem das Personal für den organisatorischen und technischen Betrieb der Anlage enthalten ist.

Die San Hist arbeitet mit dem gleichen Detachment. Der Detachementschef, der nur organisatorische und administrative Aufgaben hat, ist nicht Arzt, kommt aber mit Vorteil aus einem verwandten Beruf (Zahnarzt, Apotheker).

Der Sanitätsposten hat sein Personal im Sanitätspostenzug gegliedert, der einen Bestand von 19 Personen umfasst und in Arztgruppe, Pflegegruppe, Trägergruppe und Versorgungsgruppe gegliedert ist.

Die Ausbildung im Zivilschutz-Sanitätsdienst unterscheidet 2 Ausbildungsgänge. Laien bestehen den Einführungskurs allgemeiner Teil von 2 Tagen und den Einführungskurs fachtechnischer Teil von 3 Tagen. Nach Absolvierung dieser beiden Kurse wird ein Teil der Absolventen als Träger in die San Hist Detachemente und San Po Züge eingeteilt, ein weiterer Teil wird als zugeteilte Sanitäter (Truppensanität) in den Formationen des Pionier- und Brandschutzdienstes, in kleineren Gemeinden im Mehrzweckdienst, verwendet.

In Form einer Weiterbildung werden für den Internistenzug und die Arztgruppe des San Po ein weiterer Teil in einem 3tägigen Grundkurs für Behandlungshelfern auf ihre Funktionen vorbereitet. Sie lernen dort einfachere Behandlungsmassnahmen wie die Temperaturmessung, die Sauerstoffgabe, das Vorbereiten einer Injektion, einer Infusion, eines Gipsverbandes und anderes. Das Laienpersonal der Pflegegruppen erhält seine Ausbildung im Grundkurs 2. Teil, der dem Kurs des Schweizerischen Roten Kreuzes «Krankenpflege zu Hause» entspricht. Dieser wird ergänzt durch den Grundkurs 3. Teil für Pflegehilfen, der die Pflege von Patienten in geschützten Anlagen vermittelt.

Ärzten, Krankenschwestern, Arztgehilfen und Laborantinnen wird ihre Fachausbildung angerechnet und die Einführung in den Zivilschutz-Sanitätsdienst, die Arbeit in geschützten Anlagen und ärztliche und pflegerische Probleme in einem 3tägigen Einführungskurs für Ärzte und Fachpersonal vermittelt. Die Ausbildung der Ärzte wird ergänzt durch 3 Grundkurse, die ihr Wissen in Katastrophenmedizin, Notfallchirurgie und Notfallmedizin (Lebensrettende Sofortmassnahmen des Arztes) vervollständigen. Das übrige Fachpersonal erhält die Vervollständigung seiner Ausbildung durch den Besuch des Grundkurses 3. Teil für Pflegehilfen (Pflege in geschützten Anlagen).

Die Detachementschefs der San Hist und die Zugchefs der San Po als oberes Kader absolvieren einen Grundkurs für obere Kader, in dem sie auf ihre Aufgaben als Verwalter und Organisatoren vorbereitet werden. Aus diesen rekrutieren sich ebenfalls die Dienstchefs Sanität, die in den Stabskursen für Ortsleitungen weitergebildet werden.

4. Heutiger Stand der Installationen und der Ausbildung

Gesamtschweizerisch sind heute rund 35 % der San Po, rund 55 % der San Hist, rund 40 % der GOPS und NS erstellt, im Total rund 45 % der Anlagen. Allerdings weist die Verteilung innerhalb der Kantone und Gemeinden eine breite Streuung auf, indem der Erstellungsgrad von 10 bis 90 % schwankt. Der Gesamtwert der ausgelieferten Ausrüstungen für sanitätsdienstliche Anlagen erreicht 50 Millionen Franken. Für zahlreiche weitere Anlagen ist das Material durch das Bundesamt für Zivilschutz beschafft und für die Auslieferung bereit.

Die sanitätsdienstliche Ausbildung hat heute folgenden Stand erreicht:

Die Einführungskurse fachtechnischer Teil Sanitätsdienst laufen und erhalten ab 1978 ein neues, verbessertes Kursprogramm. Die Einführungskurse für Ärzte und Fachpersonal haben in den Kantonen begonnen, während die Grundkurse 1., 2. und 3. Teil für Behandlungs- und Pflegehilfen seit 1976 durchgeführt werden. Der Grundkurs für obere Kader ist konzipiert und kann ab 1979 vermittelt werden, gleichzeitig mit den Schulungskursen für Dienstchefs. Für die Grundkurse für Ärzte sind die Vorbereitungsarbeiten ebenfalls aufgenommen worden. Sie sollen ab 1980 durchgeführt werden. Die noch vor kurzem bestehenden Lücken in der Ausbildung für den Sanitätsdienst

– die Konzentration der Vorbereitungen im Bundesamt für Zivilschutz fiel erst in die letzten Jahre – können nunmehr geschlossen werden.

5. Probleme des Spitals beim vorsorglichen Schutzraumbezug und die Unterstützung durch den Zivilschutz

Wie Sie wissen, bedeutet die Kriegsmobilmachung der Armee das gleichzeitige Aufgebot des Zivilschutzes, sofern dieser nicht schon vorgängig aufgeboden werden musste. Für die Spitäler, die Sie hier vertreten, heisst dies, dass die Betriebsschutzorganisation (BSO) des Spitals einrückt. Es gilt, die spitaleigenen Schutzräume und die GOPS, immer soweit vorhanden, für den Bezug und den Betrieb vorzubereiten. Noch besser wäre es, wenn wir die im Frieden getroffenen Vorbereitungen nur noch ergänzen müssten. Das heisst für die Schutzräume des Spitals:

- vollständige Einrichtung
- Organisation von Pflege, Versorgung und Entsorgung

für die GOPS:

- Erstellen der Betriebsbereitschaft
- Ergänzung der Einrichtung durch Material aus dem oberirdischen Spital (Operationsinstrumente, Laborgeräte, Röntgengeräte und Röntgenfilme sowie Material zum Entwickeln u. a.)
- Ergänzung der Arzneimittelvorräte
- Organisation von Pflege, Behandlung, Entsorgung

Hat die Bedrohungslage sich so zuge-spitzt, dass der Bundesrat *den vorsorglichen Schutzraumbezug* verfügen muss, beginnt für die Bevölkerung das Leben im Schutzraum. Über die Auswirkungen dieses vorsorglichen Schutzraumbezuges und über die Frage, wie die lebenswichtigen Einrichtungen trotzdem aufrechterhalten werden können, will ich mich hier nicht äussern. Für Sie wichtig ist es dagegen, zu wissen, was eine solche Massnahme für die Spitäler bedeutet. Es heisst nämlich nichts weniger als die Verlegung des ganzen Betriebes in die spitaleigenen Schutzräume und soweit vorhanden in die Geschützten Operationsstellen.

Da für die Patienten auch das vorübergehende, zeitweise Verlassen der Schutzräume und Anlagen nicht möglich ist, muss vor dem Schutzraumbezug eine Aufteilung in 3 Kategorien erfolgen (Triage):

- entlassungsfähig: Entlassung nach Hause bzw. in die privaten Schutzräume
- pflegebedürftig ohne aufwendige Massnahmen: Verlegung in Spital-schutzraum

- schwerkrank oder frisch operiert: Verlegung in Geschützte Operationsstelle

Spitäler ohne GOPS müssen ihre Patienten ebenfalls verlegen können. Dabei kommt nur die Verlegung in eine bestehende GOPS, ein Notspital oder allenfalls und nur ausnahmsweise in eine Sanitätshilfsstelle in Frage. Eine solche Verlegung muss allerdings zum voraus im Rahmen des kantonalen Gesundheitswesens geregelt werden, wobei zur Planung der Verlegung die Entscheide darüber zu treffen sind, was mit Schwerverletzten und Schwerkranken zu erfolgen hat, die üblicherweise auf dem Spital basieren.

Die Spitäler mit GOPS garantieren einerseits die ärztliche Grundversorgung für ihr Einzugsgebiet (ambulante Behandlung) und übernehmen die Patienten aus den sanitätsdienstlichen Anlagen des Zivilschutzes, für die sie die Basierung gemäss kantonalem Dispositiv sind. Damit dies geordnet spielen kann, ist der Aufbau von Verbindungen mit dem kantonalen Führungsstab, dem Hospitalisationskommando und den auf ihm basierenden San Po und San Hist des Zivilschutzes ein unbedingtes Erfordernis.

Gleichzeitig gilt es die Frage der Transporte zu regeln und diese in Verbindung mit den Transportdiensten der Ortsschutzorganisationen einzuüben. Bis der Sollbestand an geplanten GOPS erreicht ist, was sicher noch mindestens 20 Jahre dauern dürfte, müssen für Spitäler, die noch nicht über eine GOPS verfügen, für die Behandlung behelfsmässige Operationsräume im Bereich der Spital-schutzräume oder in einer nahegelegenen Hilfsstelle vorgesehen werden.

Diesen Zielvorstellungen ist die personelle Dotation eines Spitals in einem solchen Augenblick gegenüberzustellen. Von der Belegschaft des Friedenspitals sind die Militärdienstpflichtigen eingerückt. Ein Teil der ausländischen Angestellten ist abgereist. Die Schutzdienstpflichtigen, die Militärdienstpflichtigen mit Aktivdienst- bzw. Kriegsdienstdispens und die männlichen Ausländer, die in einem solchen Fall verpflichtet werden können, sind in die Betriebsschutzorganisation übergetreten. Es bleiben die Militärdienst-Befreiten, die Schutzdienstpflicht-Befreiten und Angestellte, die weder militärnoch schutzdienstpflichtig sind, das heisst vorwiegend Frauen. Damit lässt sich eine GOPS aber kaum betreiben, da das Personalmanko zu gross sein dürfte. Hier hätte nun nach unserer Auffassung die Betriebsschutzorganisation des Spitals

einzuspringen und die fehlenden Personen zu ergänzen.

Aus was setzt sich nun die Betriebschutzorganisation des Spitals zusammen?

Sie umfasst alle Schutzdienstpflichtigen, die im Spital tätig sind, und daraus werden die Betriebsschutzleitung, die Schutzraumleitungen und die Einsatzformationen gebildet. Mit einem Verstärkungs-Detachment für die GOPS, dessen Grösse und Funktion nach Bedarf zu gestalten sind, gilt es im Rahmen der Betriebsschutzorganisation dafür zu sorgen, dass alles notwendige Personal, welches das Spital für den Betrieb seiner Installationen benötigt, vorhanden ist. Hier kann der Zivilschutz helfend eingreifen, indem er einerseits alle Schutzdienstpflichtigen des Spitals in der Betriebsschutzorganisation Schutzdienst leisten lässt und andererseits fehlendes Personal aus den Zivilschutzorganisationen, die auf dem Spital basieren, ergänzt.

Dabei denke ich besonders an das technische Personal für den Betrieb der Anlagen und zur Dotation der Einsatzformationen. Zur Aufgabe des Spitals gehört es, in Friedenszeiten eingespielte ärztliche und pflegerische Teams funktionsgerecht für Spital-schutzräume und GOPS vorzusehen und diese durch eigene Werbung (verheiratetes ehemaliges medizinisches und paramedizinisches Fachpersonal) zu ergänzen. Durch die Einteilung in die Betriebsschutzorganisation des Spitals werden auch dem Personal, das die Schutzdienstpflicht freiwillig

übernommen hat, die gleichen Rechte wie den Schutzdienstpflichtigen gewährt. Auch die Kontrollführung ist erleichtert, da diese in diejenige der Betriebsschutzorganisation integriert werden kann.

6. Vorbereitungen im Frieden

Spitäler, die über eine GOPS verfügen, sollten im übrigen schon heute dafür besorgt sein, dass die Liegestellen installiert werden und das Material, das nicht aus dem oberirdischen Spital verlegt werden kann, bereitgestellt wird. Nur so ist die Einsatzbereitschaft der GOPS innerhalb vernünftiger Frist gewährleistet. Zudem erhält das Spital damit eine ständig bereite, geschützte Reserve, auf die auch bei Friedenskatastrophen ausgewichen werden kann. Ein anderes Vorgehen wäre auch im Hinblick auf die grossen Anforderungen für die Ausstattung der GOPS nicht zu verantworten. Die Spitäler werden sich ferner auch heute schon darum bemühen müssen, durch Ermittlung des Personalbedarfs gemäss den Richtlinien des Zivilschutzes und der Normen des Koordinierten Sanitätsdienstes Lücken durch Antrag auf zusätzliche Dispensationen und Werbung von Freiwilligen in Zusammenarbeit mit den lokalen oder regionalen Sektionen des Schweizerischen Roten Kreuzes und des Schweizerischen Samariterbundes zu schliessen. Ist die Organisation getroffen, können Einsätze im Rahmen der Betriebsschutzorganisation unter Anrechnung an die

Zivilschutzdienstpflicht geübt und durchgeführt werden und die Betriebsbereitschaft damit sichergestellt werden.

Aber auch Spitäler, die noch über keine GOPS verfügen, kommen nicht darum herum, zusammen mit den zuständigen kantonalen Instanzen des Gesundheitswesens die Frage zu regeln, wie sie ihren Betrieb behelfsmässig in Schutzräumen oder durch Verlegung in ein Notspital weiterführen können. Auch diesen wird die Schaffung einer effizienten Betriebschutzorganisation im Sinne des Gesagten unumgänglich sein.

Dem Verstärkungs-Detachment kommt dabei gerade bei diesen Spitälern eine besondere Bedeutung zu, indem es behelfsmässig spitalintern eingesetzt, eine benachbarte San Hist des Zivilschutzes als Endbehandlungsspital betreiben oder den Betrieb eines Notspitals (zivilschutz-eigene Anlage ohne darüberliegendes Spital) zusammen mit dem Notspital-Detachment des Zivilschutzes übernehmen und dafür das notwendige Fachpersonal zur Verfügung stellen kann.

Wenn es uns ernst ist und wenn wir der uns gestellten Aufgabe gerecht werden wollen, kommen wir schliesslich nicht darum herum, die geschaffenen Organisationen und Funktionen und deren Zusammenarbeit mit den örtlichen Schutzorganisationen und den Trägern des Koordinierten Sanitätsdienstes vorerst in Planspielen und dann auch praktisch in Übungen zu schulen und damit die Fehler aufzudecken und gleichzeitig zu verbessern. Erst so lässt sich eine Verbesserung der Betriebsbereitschaft unter Verkürzung der Anlaufphase der Endbehandlungsspitäler erreichen. Und welche entscheidende Bedeutung diesen Endbehandlungsspitalern im Koordinierten Sanitätsdienst zukommt, brauche ich Ihnen nicht zu sagen.

Damit bin ich am Ende. Ich wollte Ihnen dartun, wie ich die Lösung des Sanitätsdienstes im Zivilschutz sehe und welche Schlüsselstellung ich dabei den GOPS als Endbehandlungsspitalern beimesse. Ich wollte Ihnen zeigen, was es zu tun gibt und welche Verantwortung Ihnen dabei zukommt. Ich wollte hervorheben, dass der Zivilschutz im Rahmen seiner rechtlichen und praktischen Möglichkeiten gewillt ist, bei der Lösung dieser Aufgaben entscheidend mitzuhelfen. Und so möchte ich Sie denn auffordern,

«lasst uns ans Werk gehen»,

denn vom Diskutieren allein, vom Zusehen allein, vom Nichtstun lassen sich die wenigsten Probleme lösen. Sicher nicht dieses.

