

Zeitschrift: Zivilschutz = Protection civile = Protezione civile
Herausgeber: Schweizerischer Zivilschutzverband
Band: 18 (1971)
Heft: 11

Artikel: Ärztliche Hilfe für den Katastrophenfall in den USA. Teil 2
Autor: Lowry, José H.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-365761>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.03.2025

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

Ärztliche Hilfe für den Katastrophenfall

2 in den USA

Fortsetzung und Schluss aus Nr. 10/71

Eine der wichtigsten Einrichtungen ist der Katastrophenausschuss des Spitals. Dieser Ausschuss sollte aus Personen in Schlüsselpositionen bestehen, die, falls das Spital im Falle einer Massenverletzung zu Hilfe gerufen wird, die Hauptrolle spielen. Der Verwaltungsdirektor und sein Stellvertreter, der Chefchirurg und sein Stellvertreter, der Leiter des Pflegepersonals, der Direktor der Notdienstabteilung und die Leiter des technischen Personals, des Maschinenwartungspersonals und des freiwilligen Personals sowie der Bibliothekar für medizinische Berichte sind die richtigen Kandidaten für diesen Ausschuss. Andere können hinzugezogen werden, je nach Situation und örtlichem Vorzug. In einer Katastrophenlage verrichten die Menschen dieselbe Arbeit, die sie jeden Tag tun, sie arbeiten nur schneller und mehr. Deshalb muss ein Spital seine Funktionen nicht aufgeben, die Stabmitglieder müssen nur rasch mobilisiert werden und Vorräte müssen schnell zur Stelle sein. Das erste was geplant werden muss, ist also eine Methode für die Mobilisierung des Spitalpersonals, ob es nun im Gebäude oder zu Hause ist.

Das nächste ist, für jede Tätigkeit, die rasch und in grossem Umfange durchgeführt werden muss, eine Person verantwortlich zu machen. In einer vorausgehenden Planung würde festgelegt werden, wer für jede Abteilung verantwortlich ist und wer die Ersatzperson ist, falls die erstere nicht zur Verfügung steht. Wenn dies festgelegt ist, muss die Mobilisierung der unterstützenden Dienste ausserhalb des Spitals untersucht werden. Diese Dienste sind u. a. Feuerwehr, Polizei, öffentliche Gesundheitsdienste usw. Zu ihnen gehören sogar andere Spitäler, an die Verletzte eventuell überwiesen werden müssen. Herstellerfirmen müssen eventuell alarmiert werden, um neue medizinische Materialien zu liefern, falls der Vorrat zu Ende gehen sollte.

Da die Spitäler im allgemeinen enge Beziehungen zu den Nachrichtenmedien haben, sollten Pläne gemacht werden, um im Spital eine Einrichtung für öffentliche Informationsabgabe zu gewährleisten. Wenn dies nicht im voraus durchdacht ist, wird es zu beträchtlicher Verwirrung, Verzögerung und zu Ärger kommen, letzteres besonders für den Spitaldirektor und den Verwalter, denn beide haben andere Dinge zu tun, als nur darauf zu achten, dass die Presse richtig versorgt ist. Der vierte Schritt wäre, vorzusehen, dass notfalls einige Spitalpatienten für 24 oder

48 Stunden Heimurlaub bekommen müssten. Dadurch könnte das Spital 50 Prozent der Betten frei bekommen. Dies führt zur Streichung von wahlfreien körperlichen Untersuchungen, Versuchen sowie zur Entlassung von Gesehenden, Leichtverletzten und weniger kranken Personen. So kann ein allgemeines Spital mit 200 Betten in der Lage sein, genug Patienten für kurze Zeit zu entlassen, um 75 bis 125 Betten für Katastrophenopfer frei zu bekommen. Dies ist natürlich nur eine kurzfristige Massnahme. Die meisten Katastrophenopfer würden bald nach Hause entlassen oder an andere Spitäler überwiesen werden und die Aufnahmeeinheit könnte langsam zur normalen Funktion zurückkehren.

Das nächste wäre die schriftliche Ausarbeitung des Planes und seine Ausprobierung. Letzteres bedeutet einige Arbeit. Der Plan sollte am Anfang nicht ausprobiert werden, indem drei Dutzend Ersatzpatienten vor die Hintertür geschafft werden. Anfangs sollten die Mitglieder des Katastrophenausschusses im Spital allem Personal Aufgaben und Plätze für den Notfall zuteilen. Obwohl das einfach ist, kann es doch verwirrend sein. «Sie gehen zu Raum 105 und helfen mit den Tragbahnen und Sie gehen in den Notdienstraum und schreiben Eintrittsberichte.» Solche Erklärungen machen klar, was der Einzelne im Katastrophenfall zu tun hat. Nachdem das ganze Personal in dieser Weise informiert worden ist, muss als nächstes eine Katastrophenübung angesetzt werden, um zu prüfen, ob jemand wirklich im Raum 105 war und jemand anders wirklich zum Notdienstraum ging, um dort die zu benutzende Ausrüstung zu bedienen. Nachdem diese Verfahren routinemässig festliegen, wird es notwendig, sie im Hinblick auf den Zeitplan zu üben. Im Laufe des Verfahrens werden schliesslich einige Mitglieder sterben oder aus dem Spitaldienst ausscheiden und durch neue ersetzt werden, die mit dem Katastrophenplan vertraut gemacht werden müssen. Während all dieser Übungen sollen die Mitglieder des Katastrophenausschusses die Tüchtigkeit des Personals überwachen und Probleme aufspüren, die zu Schwierigkeiten führen können. Es gibt stets jemanden, der nicht wusste, dass er eine Tür aufzuschliessen habe, oder der bei der letzten Übung, bei der etwas geändert wurde, fehlte. Die wichtigeren Aspekte dieses Planes liegen in der Verteilung des Personals auf seine Stationen. Dies sollte durch Nennung des Titels und nicht des Namens geschehen. Die Person, die mit

dem Selektionsverfahren beginnt, sollte der diensthabende Chirurg sein und nicht Herr Dr. Kurt O'Hoolihan. Herr Dr. O'Hoolihan mag bei Katastrophenausbruch abwesend sein und Vorkehrungen müssen getroffen werden, damit auch in seiner Abwesenheit ordentliche Arbeit geleistet werden kann. In diesem Zusammenhang wird oft die Frage gestellt: «Soll ein Arzt für das Spital im Katastrophenfall verantwortlich sein?» In unserem Land denken wir, dass ein Arzt für alle beruflichen und medizinischen Angelegenheiten verantwortlich sein sollte und der Administrationsleiter oder sein Stellvertreter für alle Tätigkeiten verantwortlich sein sollte, die die ärztlichen Bemühungen unterstützen. Wir sind nicht der Ansicht, dass irgendjemand im Spital seinen Funktionsbereich radikal ändern sollte. Wenn ein Spital eine wirksame Organisation sein soll, muss in täglicher Arbeit in Gruppen gewirkt werden und somit muss die Gruppenarbeit auch unter Katastrophenbedingungen bestehen. Die einzige von der Katastrophe erzwungene Veränderung liegt in dem Ausmass und in der Dringlichkeit.

Als erfolgreiche Übungen können diejenigen bezeichnet werden, in denen sich die Beteiligten mehr darauf konzentrieren, den Plan auf das laufende zu bringen, die Tüchtigkeit des Personals und die Wirksamkeit in anderen wichtigen Angelegenheiten zu verbessern, als auf die Übung selbst, der viel zu viel Aufmerksamkeit geschenkt werden könnte. Die Menschen werden den Übungen leicht überdrüssig, wenn sie ihnen Zeit für die täglichen Aufgaben wegnehmen und es benötigt eine sorgfältige Planung und Koordination von seiten des Katastrophenausschusses, um Wege zu finden, diese wichtigen Angelegenheiten ständig vor die Stabmitglieder in Schlüsselpositionen zu bringen und deren stetige Wachsamkeit zu erhalten. Vorstellungskraft hilft, um die Übung realistisch zu gestalten und das Spitalpersonal hat hier gute Gelegenheit, seine Fähigkeiten zu testen. Als Beispiel s. «Eine realistische Katastrophenübung», Internationale Zivilverteidigung, Nr. 149, November 1967. Katastrophenplanung muss Vorkehrung für die Unterstützung von anderen Stellen ausserhalb des Spitals treffen, wie die Polizei für Verkehrskontrolle und -sicherheit, die Zivilschutzämter für ihre Katastrophenkenntnis und besonderen Fähigkeiten, die Leiter des öffentlichen Gesundheitswesens, sowie andere Stellen, die dem Spital in seinen Katastrophenbemühungen zur Seite stehen könnten.

IV. Katastrophenübung im Krankenhaus

Diese Studie setzt sich aus den Erfahrungen des Autors zusammen, die er bei der Durchführung von Katastrophenübungen in den verschiedenen Spitälern der Grafschaft Milwaukee gesammelt hat. Es ist ein typisches Beispiel dessen, was getan werden kann und was tatsächlich passiert, wenn das Spiel der Vorstellung «nehmen wir an...» durch ziemlich viel Realismus ersetzt wird.

*

Mein Telefon schellt. Ein Mitglied des Katastrophenausschusses eines örtlichen Krankenhauses plant eine Katastrophenübung in ungefähr vierzehn Tagen. Ob ich bitte kommen könnte? Ja, natürlich! Vor der Übung besuche ich das Krankenhaus und mache mich mit dem Gebäude und seinen Einrichtungen vertraut. Ich vermerke die Lage der Behandlungsräumlichkeiten, der Notdiensträume, der Kantinenräume usw. Ich lese den Katastrophenplan des Krankenhauses. Meine nächste Aufgabe, ohne Wissen des Krankenhauspersonals, liegt in der Erfassung von rund zwei Dutzend Leuten, oft Teenagern, die als verletzte Opfer auftreten werden. Ich informiere sie und sage ihnen, was geschehen wird. Ich unterrichte sie über die Art ihrer Wunden und über das wahrscheinliche Verhalten einer Person mit bestimmten Verletzungen. Das Krankenhaus hat die Übung um genau 9 Uhr morgens angesetzt. Da mir jedoch der Schalk im Nacken sitzt, lasse ich die Polizeiwagen und andere Ambulanzen sowie meine Ersatzopfer gut fünfzehn Minuten vorher ins Krankenhaus schaffen, um das Krankenhaus unvorbereitet anzutreffen. In einem vorbereiteten Krankenhaus gibt es wenig Überraschungen, aber ein unvorbereitetes bietet eine realistischere Situation. Bei wirklichen Katastrophen weiss man im Krankenhaus sehr häufig bis zur Ankunft der Katastrophenopfer nichts von dem Ausbruch der Katastrophe.

Sobald die Katastrophenambulanzen am Noteingang des Spitals halten und der diensthabende Chirurg sich fragt, was geschehen ist, erscheine ich gewöhnlich, um ihm zu sagen, dass eine Katastrophe ausgebrochen ist und dass die Patienten eintreffen. Dann erst wird das Signal für Katastrophenarbeit gegeben und das Krankenhaus beginnt mit der Vorbereitung. Wenn die ersten paar Patienten eingeliefert werden, ist das Krankenhauspersonal häufig überwältigt. Anstatt ruhiger, sauberer Verletzter, die mit Schildern um den Hals hereinkommen, sehen sie schmutzige Bekleidung, Tragbahnen und Kleidung voller Blut und die Opfer schreien nach Wasser, nach Mutter und nach Hilfe. Die erste Wirkung ist verwirrend. Aber bald beginnt das Krankenhauspersonal mit der Arbeit. Die Patienten werden gesichtet. Wagen mit Ausrüstungen werden in alle Richtungen geschoben und eine grosse Menge sammelt sich vor dem Noteingang.

Das erste lästige Problem zeigt sich nun. Bei den überstürzten Bemühungen, die Patienten zu den Behandlungsräu-

men zu schaffen, vergisst das Krankenhauspersonal oft die Patienten von den Ambulanztragbahnen auf die Krankenhaustragbahnen umzubetten. Sie verschwinden einfach im Gebäude und die Ambulanz muss auf ihre Tragbahnen warten. Dies führt zu Verkehrsverstopfungen. Bevor die Ambulanz nicht abfahren kann, kann auch kein neues Fahrzeug vorfahren. Dies hält den Patientenstrom auf. Wenn die Verletzten auf Krankenhaustragbahnen in den Notdienstraum getragen werden, kann der Patientenstrom weiterfliessen. Deswegen ist es für das Spital wichtig, den Vorrat an Tragbahnen stets in der Nähe der Selektionsstationen aufzubewahren. Meine Patienten kommen nicht mit Schildern um den Hals, deswegen müssen ärztliche Berichte so früh wie möglich begonnen werden. Sehr häufig sind die Selektionsräumlichkeiten mit Personal gefüllt, dessen Aufgabe es ist, den Patienten ein Schild mit den von Selektionsverantwortlichen notwendig erachteten Informationen zu versehen. Leider kniet jedoch manchmal jemand bei einer Tragbahre, um Informationen des Patienten, wie Name, Adresse usw. entgegen zu nehmen, und das mitten in den Selektionsräumlichkeiten, so dass der Patientenstrom wieder zum Halten gebracht wird. Wir sind der Ansicht, dass die Information nicht in den Selektions- sondern in den Behandlungsräumlichkeiten gesammelt werden sollte, um einen Halt dort zu vermeiden, wo er am wenigsten möglich ist.

Die Wirkung, die diese angeblichen Opfer in den Behandlungsräumen erzeugen, ist nicht weniger beeindruckend. Wenn ein Hemd gehoben oder ein Aermel zurückgeschoben wird, sieht der Arzt eine wirkliche Wunde, die aus Plastic oder Gummi besteht und die mit Gummischläuchen, einem Reservoirbeutel und einer Pumpe versehen ist, so dass der Patient seine Verletzung zum Bluten bringen kann. Dieses Blut ist eine harmlose Zusammensetzung aus Wasser und rotem Pulver. In seiner reinen Form bildet es rosa Flecken, was bei richtigem Blut nicht der Fall ist. Deswegen füge ich Salz hinzu, das der Flüssigkeit eine bessere Blutfarbe gibt, und ich gebe Kaffeepulver bei, so dass die Flecken bräunlich, wie bei richtigem Blut, werden. Wie ich bereits erwähnte, mir sitzt der Schalk im Nacken.

Nicht alle Patienten, die an der Übung teilnehmen, haben mechanisch zu behandelnde Wunden. Gewöhnlich habe ich zwei hysterische Patienten, eine Patientin, die in alle drei Minuten einsetzenden Wehen steckt und einige Patienten, die bei Ankunft bereits tot sind. Einige lasse ich auch noch zusätzlich bei der Behandlung sterben. Diese Erscheinungen werden in die Katastrophenübungen aufgenommen, weil sie auch in wirklichen Katastrophen vorkommen. Kein Krankenhaus hätte Aussicht für Katastrophen vorbereitet zu sein, wenn die Opfer bei der Katastrophenübung mit Schildern um den Hals ruhig ihren Einzug hielten. Dies hiesse die Wirklichkeit verleugnen. In unseren Übungen haben wir Patienten, die nicht nur wie verletzte Opfer aussehen, sondern die wie solche handeln.

Nachdem alle Patienten behandelt worden sind, das Blut aufgewischt wurde und die Übung abgeschlossen ist, wird kritisiert. Hier können die Mitglieder des Katastrophenausschusses und die Krankenhausabteilungsleiter ihre Ansichten, Klagen, Komplimente und Anfragen besprechen. Auf Grund dieser Übungen und der nachfolgenden Kritik können Katastrophenpläne und Arbeitsweisen im Spital verbessert werden. Erfahrung ist ein teurer Lehrmeister. Diese Art von Erfahrung belastet den Krankenhausarbeiter emotional und körperlich. Nach einer dieser Übungen weiss man im Krankenhaus sehr gut, wie eine wirkliche Katastrophe sich auswirken könnte, und es ist deswegen besser auf sie vorbereitet. Die einzigen Konzessionen, die ich diesem erwünschten Realismus mache, sind 1. Sicherheit des Personals und 2. Wohlergehen der bona-fide-Patienten des Krankenhauses.

Nichts wird absichtlich unternommen, das irgendeine Gefahr für die Spitalarbeiter vergrössern oder schaffen würde oder das eine schädigende Wirkung auf die Patienten haben könnte. Ich habe festgestellt, dass die meisten Patienten an der Übung interessiert sind und obwohl sie währenddessen in ihren Räumen bleiben müssen, versammeln sie sich an den Fenstern und geniessen das Schauspiel. Einige chronische Herzerkrankte oder andere Patienten in kritischer Lage sollten durch meine Posen nicht gestört werden. Das obliegt jedoch der Verantwortung des Krankenhauses, obwohl ich diese Probleme stets in meiner Arbeit und Planung berücksichtige. In einer Katastrophenübung im Krankenhaus, bin ich eigentlich der Leiter eines Schauspiels. Ich informiere die Menschen und übe mit ihnen. Ich lenke ihre Handlungen; ich bin der Regisseur einer Show. Meine Rolle ist die leichteste. Ich halte es beinahe für die dankbarste, weil ich einem Krankenhaus geholfen habe, sich auf eine Katastrophe vorzubereiten. Und das ist meine «Raison d'être».

V. Gesundheitswesen und Hygiene

Die Probleme, die von jeder grösseren Katastrophe aufgeworfen werden, beschränken sich nicht nur auf Rettung und Behandlung der Kranken und Verletzten, sondern beziehen sich ebenfalls auf gemeindeweite Massnahmen für öffentliche Gesundheit und Hygiene. Es wird unzureichende Vorräte an gutem Wasser und an Nahrungsmitteln, an Kleidung und ärztlicher Ausrüstung geben. Abfallvernichtungssysteme können zerstört sein. Zunehmende Anzahl an Insekten und Nagetieren werden Gefahren für die Gesundheit vergrössern, und es kann ebenfalls viele Leichen geben, die nicht alle erreicht werden können und die unbedingt begraben werden müssen.

Knappeit an solchen nicht medizinischen Gütern, wie Petroleumprodukte, Artikel für Hausmeisterarbeit und für andere sanitäre Anlagen, Chemikalien, Schädlingsbekämpfungsmittel, Papierprodukte und die für tägliches Leben

und Umweltschutz notwendige Ausrüstung wird weiterhin zu Gefahren für Gesundheit und Krankheitsverbreitung beitragen. Solche Bedingungen sind sehr fördernd für Epidemien wie Typhoid, Typhus, Bakterienruhr, Salmonella-Infektionen, Nahrungsmittelvergiftungen, Pedikulose, Skabies usw.

Die offensichtlicheren und sofortigen besonderen Bedürfnisse auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit und der Hygiene bestehen in den Kontrollmassnahmen, sichere Nahrungsmittel und reines Wasser zu gewährleisten, vorübergehende Unterkunft zu schaffen und gegen überbelegte Schutzräume vorzubeugen. Damit verbunden gibt es emotionelle Probleme, die Arbeitskräfte des öffentlichen Gesundheitswesens und Aerzte «hors de combat» setzen können. Die erste Arbeit nach der Katastrophe wird darin bestehen, die Gesundheit der Ueberlebenden zu schützen und wiederherzustellen und eine Umwelt zu schaffen, in der der notwendige Wiederaufbau und die Genesung vonstatten gehen kann. Das bedeutet ein langfristiges durchführbares Programm.

Die ersten beiden Wochen nach der Katastrophe. Es wird wenig organisierte Gesundheits- und Aerztendienste ausser in weniger betroffenen Gebieten geben. Es wird deshalb von grösster Wichtigkeit sein, dass die Kranken und Verletzten wissen, wie sie sich selbst behandeln müssen und dass keine Verletzung so behandelt wird, dass der Patient dadurch weniger fähig ist, sich selbst zu helfen. Die Menschen müssen in der Lage sein, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse selbst zu decken, bis die örtlichen Bedingungen eine Behandlung durch kompetentes ärztliches Personal zulassen. Jeder einzelne sollte in der Lage sein, einfache Lebensrettungsmassnahmen durchzuführen, wie Blutstillung, Wiederbeatmung und Schockverminderung. Er sollte fähig sein, seinen kranken Nachbarn auf einfache aber geeignete Art zu pflegen.

Aerzte und Gruppen des Gesundheitswesens müssen sich besonders auf die Behandlung akuter lebensgefährlicher Fälle in Medizin und Chirurgie konzentrieren, und die akuten Umweltsbedingungen, die Krankheitsgefahr bergen, verbessern, wie kleine Tümpel mit stehendem Wasser, Abfall in Gebäudeschutt usw. Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen, die nicht ausser Tätigkeit gesetzt wurden, werden die ersten organisierten Gesundheitspflegeeinheiten bilden und sehr belastet sein, ja, in einigen Fällen vollkommen ausgelastet sein. Sie müssen lebensrettende Funktionen übernehmen und helfen, die Öffentlichkeit in Massnahmen zu unterrichten, die zum gesunden Leben führen.

Auf dem Gebiet der Krankheiten werden die Aerzte und Gesundheitsgruppen wahrscheinlich hauptsächlich mit der Vorbeugung gegen übertragbare Krankheiten beschäftigt sein, wie: Infektion der oberen Atemwege, Typhoid und Darminfektionen, Infektion durch Streptokokken und Staphylokokken, Diphtherie, Tetanus, ansteckende Gelbsucht, vielleicht Rickettsien-Krankheiten (je nach geographischer Lage) und, falls

biologische Waffen angewandt wurden, muss den folgenden Krankheiten in ihren verschiedenen Formen vorgegriffen werden: Pocken, Gelbfieber, Lungenpest und Tularämie, Anthrax und wiederum Rickettsien-Krankheiten.

Leider sind Vorbeugungsmassnahmen, wie Immunisierung und Chemo-prophylaxis, Behandlung mit Antibiotika usw. nur vor der Katastrophe wirksam. Nach der Katastrophe ist es normalerweise zu spät, aber die obenerwähnten Massnahmen müssen doch noch zusammen mit einer Isolierung durchgeführt werden. Immunisierung ist vor der Katastrophe wichtig, denn der darin liegende Gesundheitsschutz befindet sich nicht in den Schränken, sondern in dem Blut der Menschen, wo er unbedingt erforderlich ist. So kann leicht eingesehen werden, dass Vorplanung für eine Katastrophe wesentlich ist. Das erfordert eine Zusammenarbeit zwischen dem Teil der Gemeinde, der für die öffentliche Gesundheit und demjenigen der für Patientenbehandlung verantwortlich ist. Wir alle müssen unsere Hilfsquellen der öffentlichen Gesundheit kennen und wissen, wie sie zu benutzen sind. Die Planung wäre viel einfacher, wenn wir die Art der Katastrophe voraussehen könnten. Aber das ist uns nicht möglich. Somit müssen unsere Pläne anpassungsfähig sein.

Der erste Monat nach der Katastrophe. Hier muss hauptsächlich auf dem Gebiet der Arbeitskraft und der Industrie gearbeitet werden. Erfolgreiche Gesundheitsprogramme erfordern einen ständigen Strom von medizinischen und anderen logistischen Artikeln sowie eine geeignete Arbeitskraft. Während dieser Zeit wird durch Neuorganisation der Funktionen im Bereich der Gesundheit und Medizin den normalen ärztlichen Diensten ermöglicht, die bis dahin vorherrschende Selbstbehandlung wieder zu übernehmen. Gewicht sollte ebenfalls auf Vorbeugung und Behandlung der ansteckenden Krankheiten mit möglicher epidemischer und pan-epidemischer Ausbreitung gelegt werden. Die stetige Verbesserung der Umweltsbedingungen, wie die Kontrolle der Träger übertragbarer Krankheiten, der Wasserverschmutzung und der schlechten Abfall- und Abwasserbedingungen zusammen mit Problemen der radioaktiven Verseuchung wird mit der allgemeinen Besserung zunehmen.

Die ersten drei Monate nach der Katastrophe. Gesundheits- und medizinische Programme werden auf Bedingungen zugeschnitten, die langfristige Gefahren für die Bevölkerung und die Industrie- und Handelsbetriebe der Gemeinde darstellen. Gewicht wird auf Forschungsarbeit und Verbesserung der hygienischen Bedingungen gelegt werden, die langfristige Gefahren bergen sowie auch auf Wiederbeschaffung von notwendigen ausgebildeten Arbeitskräften in allen Bereichen der Industrie und des Handels. Es sollte als wichtig erachtet werden, dass das Erziehungswesen für die Bevölkerung und die Ausbildung in den ärztlichen Berufen rasch wieder hergestellt wird. Wenn alle diese scheinbar unüberwindbaren Probleme gelöst sind, wird es auch langsam aber

sicher wieder zu normalen Tätigkeiten auf dem Gebiet der Gesundheit und der Medizin kommen.

Die Gemeinden und ihre Gesundheitsämter müssen sich klar werden, dass die Planung vor der Katastrophe auf dem Gebiet der Gesundheit ebenso wichtig für Zivilschutzämter wie für jeden Einzelnen ist. Ein gutes Programm für die öffentliche Gesundheit ist das Hauptbollwerk eines guten Zivilschutzes.

Kontrolle von Krankheiten und deren Trägern ist nicht nur ein Problem für alle auf dem Gesundheitsgebiet Tätigen, sondern für die ganze Bevölkerung. Jeder Einzelne muss etwas von den Erkennungsmethoden, von der Identifizierung und Kontrolle der Krankheiten, von Verletzungen und den hygienischen Massnahmen verstehen.

Das Problem, das die Katastrophenopfer mit sich bringen, kann nur durch eine gemeinsame Bemühung der Aerzte, der auf dem Gesundheitsgebiet Tätigen und der überlebenden Opfer gelöst werden. Der Arzt muss sich nicht nur auf den Patienten vor seinen Augen konzentrieren, er muss auch an die Gefahren für die öffentliche Gesundheit denken und sie zu beheben suchen, wenn auch nur auf beratender Ebene. Wenn er das nicht tut und wenn kein öffentliches Gesundheitsamt vorhanden ist, kann er durch die von der Epidemie erfassten Kranken überlaufen werden. Der im öffentlichen Gesundheitswesen Tätige muss den Arzt lehren wie dieser den anderen lehrt. Der Erfolg der Katastrophenarbeit hängt von dieser Gegenseitigkeit ab.

*

Die Katastrophenmedizin, die die Grundlage für die Behandlung von einer grossen Anzahl von Verletzten bei schweren Unfällen und Katastrophen darstellt, ist gleichzeitig eine neue und unbedingt notwendige Disziplin in dem technischen Zeitalter, in dem wir leben. Aus diesem Grund hat die internationale Organisation für Zivilverteidigung diesem Fach in ihrem Tätigkeitsprogramm für das Jahr 1971 den Vorrang eingeräumt. Dieses Problem wurde bereits in verschiedenen Mitgliedsländern sorgfältig studiert; ausserdem steht es auf der Tagesordnung der nächsten Weltkonferenz für Zivilschutz. Schliesslich wurde auf der ordentlichen Sitzung des Exekutiv-Komitees im Oktober 1970 in Nancy eine technische Kommission der I. O. Z. V. gegründet und mit der Aufgabe betraut, sich in dieses Thema zu vertiefen.

Um die Arbeiten dieser Kommission zu erleichtern, hat das Sekretariat der I. O. Z. V. Fachliteratur aus den Ländern zusammengestellt, in denen diesem Sonderaspekt der Medizin bereits fortgeschrittene Studien gewidmet wurden.

Diese Fachliteratur bildet die Grundlage für die Vorbereitung von Arbeitsdokumenten für die verschiedenen geplanten technischen Tagungen und helfen, die bis heute erzielten Ergebnisse den interessierten Institutionen nahezubringen.

Die Studie von Herrn Lowry, Ausbildungschef des Zivilschutz-Amtes der Grafschaft Milwaukee, Wisconsin, über «Aerztliche Hilfe für den Katastrophenfall in den USA», die eine praktische Erfahrung des Zivilschutzes und der ärztlichen Notstandsdienste behandelt, wurde in den Nummern 187 und 188 des Mitteilungsblattes «Internationale Zivilverteidigung» in extenso veröffentlicht. Andere praktische, von Herrn José H. Lowry beschriebene Erfahrungen in den USA, wurden bereits in den folgenden Nummern des Mitteilungsblattes nachgedruckt:

Nr. 145/146: Ausbildung für die ärztliche Selbsthilfe in der Milwaukee Grafschaft, USA

Um Forschungsarbeiten über Katastrophenmedizin zu erleichtern, veröffentlicht das Sekretariat der Internationalen Organisation für Zivilverteidigung, Genf, periodisch diesbezügliche Studien im Mitteilungsblatt «Internationale Zivilverteidigung».

Die Studie von Herrn José H. Lowry (Ausbildungschef des Zivilschutz-Amtes der Grafschaft Milwaukee) über «Aerztliche Hilfe für den Katastrophenfall in den USA» behandelt eine praktische Erfahrung des Zivilschutzes und der ärztlichen Notstandsdienste.

Adresse des Verfassers: County of Milwaukee, Office of Emergency Government, Room 216, Safety Building, Milwaukee, Wisconsin 53233, USA.

Nr. 149: Eine realistische Katastrophenübung

Nr. 161: Die Schutzdienste angesichts der öffentlichen Unruhen

Nr. 165: Das psychologische Problem in Katastrophen

Nr. 169/170: Ein neuer Plan in der ärztlichen Notfallausbildung.

Literaturhinweise

Atomkraftwerke – Erfordernis oder kalkuliertes Risiko?

Unter diesem Titel ist in der «Solothurner Zeitung» zu Beginn dieses Jahres eine Artikelserie erschienen, die auf Fragen Antwort gab, welche Vor- und Nachteile aus dem Bau und dem Betrieb weiterer Atomkraftwerke der Bevölkerung erwachsen. Diese Artikelserie und die in ihr behandelten Fragen haben nichts von ihrer Aktualität eingebüsst; sie vermögen noch immer eine breite Öffentlichkeit zu interessieren.

Während die grundsätzliche Frage der Errichtung von Atomkraftwerken in der Schweiz zu Beginn des vergangenen Jahrzehnts positiv entschieden worden ist, werden durch die Projekte Gösgen und Graben bei Wangen an der Aare erstmals Bewohner des Kantons Solothurn und der bernischen Nachbarschaft direkt betroffen. Sie haben deshalb ein Anrecht darauf, im Rahmen einer umfassenden Aufklärung mit dem neuen «Nachbarn» — dem eine gewisse Skepsis entgegenzubringen durchaus berechtigt ist — konfrontiert zu werden.

Da sich diese Orientierung nicht bloss auf sporadisch erscheinende Artikel über Teilfragen der Errichtung von Atomkraftwerken beschränken sollte, veröffentlichte die «Solothurner Zeitung» im Januar und Februar 1971 eine in loser Folge erschienene Artikelserie, welche alle Fragen behandelte, die sich aus dem Bau und dem Betrieb weiterer Kernkraftwerke ergeben.

Diese Artikelserie ist nun zu einer 30seitigen Schrift zusammengefasst worden, welche zum Preise von Fr. 3.50 bei der Administration der «Solothurner Zeitung», Postfach 154, 4500 Solothurn, bestellt werden kann. sbz

Oesterreich

Kurze Zusammenfassung mit Bemerkungen über die kommentierte Ausgabe der technischen Richtlinien für Luftstoss-Schutzbauten (Heft 39)

Die kommentierte überarbeitete Ausgabe der technischen Richtlinien für Luftstoss-Schutzbauten von Oesterreich wurde in der Schriftenreihe der Forschungsgesellschaft für Wohnen, Bauen und Planen, Wien (Heft 39) anfangs 1971 veröffentlicht. Die Ausgabe ist unterteilt in zwei Abschnitte, nämlich in Grundlagen des baulichen Zivilschutzes und in die eigentlichen technischen Richtlinien.

In den Grundlagen wird ein interessanter Ueberblick über die Schutzbauentwicklung in Oesterreich vom Altertum bis heute gegeben. Zudem werden einige Aspekte von Waffenwirkungen konventioneller Waffen und Atomwaffen erläutert.

Im Abschnitt bauliche Schutzmassnahmen werden unter anderem die bauliche Zivilschutzkonzeption in Oesterreich und deren bauliche Massnahme angegeben. So rechnet Oesterreich mit folgendem Kriegsbild:

1. Einsatz von thermonuklearen Sprengkörpern auf Oesterreich wird für unwahrscheinlich gehalten, hingegen mit Einsatz im europäischen Raum ist zu rechnen. Mit taktischen A-Waffen bis zu 80 KT ist zu rechnen.
2. Der Einsatz von herkömmlichen (konventionellen) Waffen ist möglich.

3. Es kann nur mit sehr kurzen Warnzeiten gerechnet werden.

4. Die Schutzräume müssen einen Daueraufenthalt von mindestens 14 Tagen ermöglichen.

5. Für die gesamte Bevölkerung Oesterreichs ist ein einheitlicher Schutz (Grundschutz, das heisst Schutz gegen Strahlung, Splitter, Trümmer, Brand, sowie gegen B- und C-Kampfmittel nicht aber gegen Luftstossbelastung) vorzusehen. Nur in *Ausnahmefällen* sind Schutzräume mit erhöhtem Schutzzumfang, d. h. *Luftstoss-Schutzbauten*, zugelassen. Diese Ausnahmefälle sind:

- Schutzräume für militärische Festungswerke
- Schutzräume funktionell besonders wichtiger Einrichtungen
- Sammelschutzräume

Zivilschutz

ist Selbstschutz