

## Zusammenarbeit bei der Prophylaxe\*

Von Fritz Lang

Prophylaxe ist dem Arzt seit alters her ein vertrauter Begriff. Heute hört er darüber im klinischen und theoretischen Unterricht. Als junger Militärarzt lernt er häufig erstmals vorbeugende Reihenmaßnahmen in großem Umfange als aktiv Beteiligter praktisch kennen, und nachher hat er sich sein ganzes Leben lang bald mehr, bald weniger mit individuellen und kollektiven Präventiv-Vorkehren zu befassen: in seiner Privatpraxis, als Schularzt, als Fabrik- oder Werkarzt, als Beauftragter einer Lebens-, Unfall- und Berufskrankheitenversicherung, als neben- oder hauptamtlich tätiger Arzt in Gemeinde, Staat oder Bund, als Arzt an wissenschaftlichen Instituten usw.

Dieser Sektor ärztlichen Wirkens gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die Einsicht, daß es hier um äußerst wichtige Fragen geht, setzt sich langsam aber stetig in steigendem Maße durch. Dementsprechend besteht auch ein vermehrtes Bedürfnis nach Aussprache unter den auf diesem Gebiete tätigen Ärzten, so daß neben den bisher bestehenden medizinischen Gesellschaften und Vereinigungen sich in der letzten Zeit verschiedene neue Studiengruppen, Ligen und Gesellschaften gebildet haben, die sich nun vornehmlich mit medizinisch-prophylaktischen Problemen befassen wollen.

Wenn man in ärztlichen Kreisen über Prophylaxe spricht, so denkt man in allererster Linie an rein medizinische Schutzmaßnahmen, deren Erforschung und Durchführung naturgemäß dem Arzte allein zukommen. Das ist aus der historischen Entwicklung heraus ohne weiteres verständlich, wenn man an die Bekämpfung der großen Seuchen, der Wundinfektionen, des Krebses usw. denkt.

Ich möchte nun aber an dieser Stelle auf eine andere, zum Teil zu wenig beachtete Seite des ganzen Problems hinweisen. Ich meine dabei die Stellung des heutigen Arztes in der *Prophylaxe im allgemeinen*, soweit sich diese zum Ziele setzt, das menschliche Leben vor körperlichen und psychischen Schäden zu schützen und zu bewahren.

Auf dem Gebiete der *Berufskrankheitenprophylaxe* ist es für den Erfahrenen eine Selbstverständlichkeit, daß ein wirksamer Schutz nur dann getrieben werden kann, wenn der Arzt mit andern Stellen zusammenarbeitet: mit dem Ingenieur, dem Techniker, dem Chemiker, dem Physiker, dem Betriebsleiter usw. Anders als bei dem *erstgenannten*, vorwiegend rein ärztlichen *Kreise* der Prophylaxe (Seuchen usw.) müssen sich in diesem *zweiten Kreise* technische und medizinische Maßnahmen ergänzen, wobei vielfach der Technik die entscheidende Rolle zufällt. Der auf diesem Sektor Erfolg erwartende Arzt wird verpflichtet, sich in die technischen Gegebenheiten und Möglichkeiten etwas einzu-

\* Dem Oberfeldarzt, Oberstbrigadier H. Meuli, zum 60. Geburtstag

arbeiten. In gleicher Weise soll dem Techniker ein Mindestmaß von ärztlichem Denken vermittelt werden. Diese enge, sich gegenseitig befruchtende Kollaboration gilt sowohl für die Forschung wie die Lehre und die Praxis. Ist auf beiden Seiten das notwendige Verständnis für die sich komplettieren den Funktionen vorhanden, so bleiben schöne Erfolge, wie die Erfahrung zeigt, nicht aus.

Erfreulicherweise haben neben den bisherigen Institutionen, die auf die geschilderte Art vorgehen (Gewerbeärztlicher Dienst und Unfallverhütungsdienst der SUVA, Arbeitsärztlicher Dienst und Fabrikinspektorate des BIGA, verschiedene Fabrikärzte, die Zürcherische Silikose-Arbeitsgemeinschaft usw.), sich Ärzte und Techniker im weitesten Sinne zu freien Studiengruppen zusammengeschlossen. Diese pflegen nun in praktischer Zusammenarbeit einen wertvollen Erfahrungsaustausch. In der welschen Schweiz handelt es sich hier um das Groupement romand d'hygiène industrielle et de médecine du travail, unter dem Vorsitz von *J. L. Nicod*, Lausanne, in der deutschen Schweiz um die Studiengruppe für Gesundheitsschutz in Industrie und Gewerbe, unter dem Vorsitz von *F. Schwarz*, Zürich. Angesichts der Diskussionen um den Unterricht in Arbeitsmedizin möchte ich hier beiläufig sagen, was ich in und für parlamentarische Kreise wiederholt ausgeführt habe: Diese postgraduated Ausbildung und Weiterbildung auf speziellen Gebieten ist deswegen viel fruchtbarer als etwa eine Ausbildung zum spezifischen Arbeitsmediziner während des Studiums, weil der Student u. a. dafür einfach nicht die nötigen breitbasigen Voraussetzungen mitbringt. Da es sich hier nicht nur um medizinisch-biologische Fragen handelt, sondern auch um Aspekte technischer, betrieblicher, organisatorischer, sozialer, deontologischer und sogar politischer Art, fehlen ihm dazu vielfach die nötigen Anknüpfungspunkte.

Soll andererseits im Sinne des Postulates *Gitermann* im Nationalrat ein Ausbau der Berufskrankheiten-Forschung und -Prophylaxe auf eidgenössischem Boden erfolgen, so darf sich in einer solchen Institution (oder Institutionen) die Forschung und Lehre niemals nur mit der medizinischen Seite des Problems befassen. Ausländische Vorbilder mögen hier richtunggebend sein.

Ich möchte nun noch auf einen *dritten Kreis* von Prophylaxe hinweisen, wo der Arzt m. E. heute auch mitzuwirken hat: Das ist die *Unfallverhütung*. Während der erste Kreis (Seuchenprophylaxe) vorwiegend in die Domäne des Arztes fällt, während im zweiten Kreis (Berufskrankheitenprophylaxe) ihm neben dem Techniker eine namhafte Rolle zukommt, war er bei der Unfallverhütung bisher praktisch weitgehend ausgeschlossen. Gewiß, Unfallverhütung war immer und wird auch in Zukunft vor allem ein Problem der Technik bleiben. Durchschlagende Erfolge von rein technischen Schutzmaßnahmen in Betrieben, die einwandfrei von der SUVA registriert werden konnten, beweisen das.

Unfallverhütung ist aber nun doch nicht nur eine technische Angelegenheit. Immer mehr – so bei der SUVA seit einigen Jahren – bekennt man sich zur Ansicht, und zwar auch bei aufgeschlossenen Technikern, daß menschliche

Faktoren psychischer und physischer Art bei der Unfallentstehung wie bei der Unfallabwehr eine äußerst wichtige Rolle spielen. Deshalb ist es m. E. absolut gegeben, daß der Arzt auch in den Aufgabenkreis der Unfallverhütung eingeschaltet wird, respektive daß er sich selbst hier einschaltet. Daß dies bis heute so wenig der Fall war, ist im Grunde genommen erstaunlich. Denn der Arzt ist gerade dank seiner Schulung und Denkrichtung primär viel eher auf Prophylaxe eingestellt als viele Betriebstechniker, wenigstens bei ihrer bisherigen Ausbildung.

Deshalb muß der Arzt zur Mitarbeit auf diesem volkswirtschaftlich eminent wichtigen Gebiet aufgerufen werden, vorausgesetzt, daß er das notwendige psychologische Geschick und ein gewisses technisches Verständnis mit sich bringt. Dem Betriebsleiter und dem Unfallverhütungstechniker kann er etwa auf folgende Art ein wertvoller Hinweiser und Helfer sein: Analyse des Unfallherganges auf Grund der von ihm behandelten Verletzung (Kollektivschutz), Feststellung von Ermüdungserscheinungen, psychischen und körperlichen Defekten und Eigenarten, Alkoholismus und anderen Süchten usw. (Individualschutz). Gerade bei der geplanten eidg. Invalidenversicherung, wo Eingliederungsmaßnahmen Invaliden in großem Stile vorgenommen werden sollen, wird es besonders wichtig sein, ärztlich eine sorgfältige Auslese zu treffen, wenn man nicht gehäufte Unfälle riskieren will, worauf man kürzlich in Deutschland hingewiesen hat.

Diese Aufgabe wird in schweizerischen Verhältnissen in der Regel der Privatarzt, der den notwendigen Kontakt mit den Betrieben hat, durchführen können. In erhöhtem Maße trifft dies natürlich für den haupt- oder nebenamtlichen Fabrik- und Werkarzt zu. Ihm obliegen bekanntlich noch weitere medizinisch-hygienisch-prophylaktische Funktionen, die gleicherweise der Bekämpfung von Berufskrankheiten wie von Unfällen dienen. Er erfüllt hier gewissermaßen die gleichen Aufgaben, wie sie sich dem verantwortungsbewußten Truppenarzt in prophylaktischer Hinsicht ebenfalls stellen. So wie der Zivilarzt in ständigem Kontakte mit Betriebsleitern und Sicherheitsingenieuren den gewünschten Erfolg sucht, hat das der Truppenarzt und leitende Sanitäts-offizier in Zusammenarbeit mit seinem Kommandanten oder andern Dienstchefs zu tun (wobei bei diesen, genau wie bei den Sicherheitsingenieuren, ein gewisses Verständnis für die medizinischen Forderungen erwartet und verlangt werden muß).

Dieser «New Look» in der Betriebsunfallverhütung dokumentiert sich beispielsweise bei der SUVA seit mehreren Jahren durch den Einsatz von Vorträgen, Filmen, Schulungskursen und neuerdings durch die Herausgabe der «Schweizerischen Blätter für Arbeitssicherheit», in denen z. T. nun auch Ärzte zum Worte kommen, während andererseits med. Fachschriften Artikel unserer Techniker aufnehmen.

Neben den erwähnten Betriebsunfällen (BU) gewinnen die *Nichtbetriebs-*

*unfälle* (NBU) und darunter vor allem, außer den Sport-, die *Verkehrsunfälle*, eine steigende Bedeutung. Das geht u. a. aus den Angaben des Eidgenössischen Statistischen Amtes hervor: Vergleicht man die Jahre 1934 und 1954, so ergibt sich, daß das Total aller Unfalltodesfälle – exklusive Straßenverkehrstote – höchst bemerkenswert ungefähr konstant geblieben ist, während die Zahl der Straßenverkehrstoten um 54% zugenommen hat. Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei den Verkehrsunfällen das menschliche Versagen auf seiten aller Straßenbenützer die Hauptrolle spielt (vorschriftswidriges Verhalten auf der Fahrbahn, zu schnelles Fahren, nicht Vortritt lassen, unvorsichtiges Überholen, Alkohol usw.). Deshalb wurde bei der Abwehr auf diesem Sektor mit vollem Recht von jeher die psychologische Seite (Verkehrserziehung mit allen erdenklichen Mitteln) viel stärker betont als bei der Verhütung der Arbeitsunfälle. Selbstredend ist unbestritten, daß auch beim Straßenverkehrsunfall die technische Prophylaxe von ausschlaggebender Wirkung ist (zweckmäßiger Straßenbau, Stopstraßen, schwarze Listen der Gefahrenstellen und deren Beseitigung usw.).

Bei uns in der Schweiz befaßt sich seit 20 Jahren die von der SUVA und der Unfalldirektorenkonferenz (private Unfallversicherungen) finanzierte *Beratungsstelle für Unfallverhütung* (BfU) in Bern mit diesen Aufgaben. Es handelt sich hier um eine typisch schweizerische Lösung: Ohne mit gesetzlichen Kompetenzen ausgerüstet zu sein, ohne Vorschriften und Paragraphen, hat sich die auf privatrechtlicher Grundlage beruhende BfU unter der initiativen Leitung von Herrn *Joho* (Bern) durch ihre Anregungen, Beratungen und Koordinationen in außerordentlich fruchtbarer und erfolgreicher Tätigkeit auf dem Gebiete der Abwehr der NBU, insbesondere der Verkehrsunfälle, durchgesetzt. (Eine gesetzliche Pflicht zur Unfallverhütung besteht nach dem KUVG nur für die Betriebsunfälle und Berufskrankheiten, nicht aber für die NBU.)

Ebenso wie man die psychologische Seite auf diesem Sektor der Unfallabwehr früher erfaßte als bei den BU, hat man auch die Bedeutung des Arztes und der Medizin hier früher erkannt. Ich erinnere an die Eignungsuntersuchungen bei Fahrzeuglenkern, Abklärung von Unfallsituationen, systematische Untersuchungen über Alkoholwirkungen, Forderung nach Geschwindigkeitsbeschränkung auf Grund der festgestellten Verletzungen (ausschlaggebende Rolle der Geschwindigkeit – im Momente des Unfalles wird die ganze kinetische Energie am lebenden Organismus auf Null reduziert) individuelle Schutzmaßnahmen entsprechend den ärztlichen Beobachtungen (Schädelhirnverletzungen als Haupttodesursache bei Motorradfahrern, deshalb verlangter Helm-Schutz) usw. Dies gilt nicht nur für die zivilen, sondern auch für die militärischen Verhältnisse. Bei der zunehmenden Heeresmotorisierung erwachsen hier dem Militärärzten neue Aufgaben.

Deshalb seien noch kurz der *militärische Verkehrsunfall* und seine Abwehr gestreift. Im Jahre 1956 wurden in der Schweiz insgesamt 40 040 Verkehrs-

unfälle, 28 005 verletzte Personen, wovon 1028 Tote, gezählt. Die militärischen Zahlen für das gleiche Jahr lauten: 2612 Unfälle mit 430 verletzten und 10 getöteten Personen. Den Unfallverhütungsmaßnahmen wird in der Armee große Bedeutung geschenkt. In einer Weisung des EMD heißt es «Im Straßenverkehr muß strenge Disziplin gefordert und auf allen Stufen gegen Unfallursachen angekömpft werden». Seit Jahren steht die genannte BfU in engster Zusammenarbeit mit den entsprechenden militärischen Stellen. So ist deren Leiter u. a. Mitglied der kürzlich vom EMD geschaffenen Kommission, die sich mit der Verhütung von Unfällen mit Motorfahrzeugen befassen soll. Die Abteilung für Heeresmotorisierung beteiligt sich ihrerseits an den von der Schweiz. Konferenz für Sicherheit im Straßenverkehr veranstalteten jährlichen Verkehrserziehungsaktionen. So wie der zivile Straßenverkehr gerne von der Armee gut ausgebildete und disziplinierte Fahrer übernimmt, so wirken sich auf der anderen Seite auch die allgemeinen Bemühungen zur Hebung der Verkehrssicherheit zugunsten niedrigerer Unfallzahlen in der Armee aus.

Also auch hier, wie bei der Bekämpfung der BU ist eine *Verflechtung aller interessierten Kreise* dringendes Erfordernis. Und dazu gehört, wie wir gesehen haben, unbedingt auch der Arzt. Ein gegenseitiges offenes Verständnis für die Aufgaben der verschiedenen Instanzen ist erste Voraussetzung für den gemeinsam angestrebten Erfolg. Aus dieser Erkenntnis heraus hat beispielsweise die Schweiz. Gesellschaft für Unfallmedizin an ihrer Jahresversammlung 1955 Herrn *Joho* zu einem Referate eingeladen. Wer sich näher mit diesen Fragen beschäftigen will, möge sich in den sehr lesenswerten Jahresberichten der BfU umsehen. Ebenso wie diese Stelle jederzeit den Ärzten zur Verfügung steht, nimmt sie auch gerne Anregungen und Hinweise aus ärztlichen Kreisen entgegen.

#### *Zusammenfassung:*

Zivilarzt und Militärarzt müssen auf dem Gebiete der Prophylaxe mit nichtärztlichen Stellen eng zusammenarbeiten. Verständnis für die gegenseitig sich ergänzenden Funktionen ist erste Voraussetzung für den Erfolg. In einem ersten und ältesten Kreis der Prophylaxe (Seuchenbekämpfung) überwiegen die ärztlichen Aufgaben in Forschung und Durchführung; in einem zweiten Kreise (Berufskrankheitenprophylaxe) arbeiten seit längerer Zeit Arzt und Techniker zusammen; in einem dritten Kreis (Unfallverhütung) ist der Arzt mehr als das bisher der Fall war, einzuschalten. Bei der Verkehrsunfall-Abwehr hat sich diese Notwendigkeit früher abgezeichnet als bei der Betriebsunfall-Verhütung.

#### *Résumé.*

Les médecins civils et militaires doivent collaborer étroitement avec les institutions non médicales dans le domaine de la prophylaxie. Les intéressés doivent comprendre que leurs activités se complètent réciproquement, ce qui est une des conditions du succès. Dans le premier et le plus ancien secteur de la prophylaxie – celui de la lutte contre les épidémies – la recherche et l'application des mesures préventives sont principalement l'affaire du médecin; dans un second secteur – celui de la prévention des maladies professionnelles – le médecin et le technicien collaborent déjà depuis longtemps; dans un troisième secteur – celui de la prévention des accidents – il faut faire plus souvent appel au médecin que cela n'a été le cas jusqu'ici. Dans la lutte contre les accidents de la circulation la nécessité de cette coopération se fit voir plus tôt que dans la prévention des accidents professionnels.