

Unfälle im Haushalt – ein weltweites Problem

Engelina von Burg

Zusammenfassung

Vom 22. bis 26. April 1968 fand in Salzburg ein Symposium statt, das durch das Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veranstaltet worden war. Thema des Symposiums war die Unfallverhütung im Hause. Es wurde besucht von Regierungsvertretern aus allen west- und den meisten osteuropäischen Ländern, vor allem von Ärzten, einigen Soziologen und Juristen. Verschiedene österreichische Gäste nahmen als Beobachter teil. Die Schreibende vertrat das Eidg. Gesundheitsamt und die Schweiz. Beratungsstelle für Unfallverhütung und war gleichzeitig «conseillère temporaire» der WHO.

Résumé

Du 22 au 26 avril 1968 a eu lieu à Salzburg un Congrès organisé par le Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui était consacré à la prévention des accidents domestiques. Y participaient des représentants des Gouvernements de la plupart des pays de l'Europe orientale et occidentale, surtout des médecins, quelques sociologues et juristes. Des autrichiens y participaient en qualité d'observateurs. L'auteur y a représenté le Service fédéral de l'hygiène publique et le Bureau Suisse de Prévention des Accidents, et en même temps elle était «conseillère temporaire» de l'OMS.

I. Situation

1. Mortalität

Eine europäisch vergleichbare Studie über die Todesfälle war durch die WHO von langer Hand vorbereitet worden. Ziel der Studie war es, von möglichst vielen angeschlossenen Ländern während mindestens eines Jahres – d.h. für das Jahr 1966 – genaue statistische Zahlen über die tödlichen Haushaltunfälle zu erhalten. Bis dahin waren in vielen Ländern – darunter auch in der Schweiz – die tödlichen Haushaltunfälle nicht ausgeschieden worden, d.h. die Unfälle außerhalb des Verkehrs (E870–E936) wurden nicht nach dem Unfallort kodifiziert, obwohl seit der Revision des Handbuchs der internationalen statistischen Klassifikation im Jahre 1955 die Möglichkeit dazu bestanden hätte. Die Subdivision «Domizil» (.0), die den Privathaushalt und seine nächste Umgebung betrifft, wurde für diesen Zweck geschaffen, und diese gemeinsame Subdivision sollte auch die vergleichbaren Zahlen der Studie erbringen.

Trotz detaillierter Aufstellung des Planes und trotz Einverständnisses von 13 Mitgliedstaaten blieben die Resultate zu einem kleinen Teil gänzlich aus, und die übrigen Angaben können nur unter großen Vorbehalten verglichen werden. Es steht indessen folgendes fest:

- a) Die tödlichen Haushaltunfälle betragen in allen Ländern ungefähr 1–2%

aller Todesursachen. Sie vereinigen etwa $\frac{1}{5}$ aller tödlichen Unfälle des männlichen und etwa die Hälfte aller tödlichen Unfälle des weiblichen Geschlechts auf sich. Detaillierte Angaben können auf Verlangen beim Regionalbüro der WHO in Kopenhagen bezogen werden.

b) In allen Ländern Europas entfällt prozentual der weitaus größte Anteil der häuslichen Todesunfälle auf Stürze.

c) Besonders gefährdet sind ganz allgemein Kleinkinder und alternde Menschen von 65 Jahren an aufwärts (Tabelle 1, Schweiz 1966.)

Altersklassen	Zahl der Sterbefälle		Sterbefälle auf 100 000 Einwohner	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
0- 9	50	24	10,3	5,1
10-19	3	4	0,7	0,9
20-29	8	3	1,6	0,6
30-39	3	1	0,8	0,3
40-49	13	10	3,8	2,8
50-59	20	12	6,2	3,4
60-69	37	43	15,3	14,1
70-79	66	145	53,8	79,8
80 und mehr	100	360	269,5	558,1
Total	300	602	10,4	19,7

Tabelle 1 *Tödliche Unfälle im Haushalt* (Unfallursachen gemäß der internationalen Nomenklatur [8. Revision], Wohnung, Treppenhaus, Estrich, Keller, Treppenvorplatz usw. ...) Schweiz, 1966 (Eidgenössisches Statistisches Amt)

d) Mit Ausnahme der ältesten Jahrgänge ist das männliche Geschlecht gefährdeter als das weibliche.

Mit einiger Bestürzung nahm das Symposium zur Kenntnis, daß die neueste Edition der Klassifikation von der Ausscheidung der Haushaltunfälle gemäß der Unterteilung .0, die gegen viele Widerstände endlich in den meisten Ländern adoptiert worden ist, schon wieder absehen will. Nur diese Ausscheidung erlaubt es indessen, sich über das Unfallgeschehen einigermaßen ein Bild zu machen, und die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt daher gemäß der Auffassung des Symposiums den einzelnen Staaten nachdrücklich, dafür besorgt zu sein, daß die Klassifikation der Unfälle nach Unfallort und damit die gesonderte Aufzeichnung der Haushaltunfälle (.0) in den öffentlichen Statistiken beibehalten werde.

2. Morbidität

Die Unsicherheit, die schon bei den Diskussionen über die Verwendbarkeit der Mortalitätsziffern zum Ausdruck kam, verstärkte sich zusehends bei den Diskussionen über wissenschaftlich einwandfrei fundierte Morbiditäts-Studien. Der Traum, einheitliche Unterlagen zu schaffen, wurde so ziemlich begraben.

Ob die prozentuale Verteilung der Unfallarten ohne tödlichen Ausgang mit

den Todesfällen korrespondiert oder ob sie anders gelagert ist, kann nur vermutet werden. Beinahe das einzige, was man zu wissen glaubt, ist, daß auch bei den nicht tödlich verlaufenden Unfällen Kleinkinder und alte Menschen am gefährdetsten sind.

Besonders begrüßt wurde die Tätigkeit der «Tox-Zentren», die in ihrem Bereich wohl als einzige fundierte Zahlen und Zusammenhänge zu erarbeiten und zu verbreiten in der Lage sind. Gerade diese Zahlen zeigen z. B. in der Schweiz mit aller Deutlichkeit, daß die Unfallhäufigkeit bedeutend höher ist, als man gemeinhin annahm, und daß das Unfallgeschehen anders gelagert ist, als man es vermuten konnte.

Trotzdem die Unmöglichkeit, auf einen gemeinsamen Nenner zu kommen, resigniert festgehalten wurde, trat mit großem Nachdruck die Überzeugung zutage, daß epidemiologische Studien über die Morbidität dringend wünschbar und nötig seien und daß vor den unleugbaren Schwierigkeiten bei ihrer Durchführung nicht zurückgeschreckt werden dürfe. Es wurde außerordentlich bedauert, daß die Kenntnis der Ursachen des Unfallgeschehens viel zu gering sei.

Dringend wurde empfohlen, Untersuchungen kleineren Umfangs durchzuführen, auch wenn diese keinen repräsentativen Charakter aufweisen können. Daß Ziel und Zweck der Untersuchungen klar umschrieben werden müssen, versteht sich von selbst. Als nötige und mögliche Studien wurden z. B. genannt:

- Genaue «Bestandes-Aufnahmen» einer beschränkten Anzahl von Familien und deren häuslicher Umgebung. Verfolgen der Unfälle während eines bestimmten Zeitabschnittes (z. B. eines Jahres)
- Untersuchung der tatsächlichen Ursachen des Erstickungstodes bei Säuglingen
- Einfluß der Umgebung (Armut, schlechte Einrichtung, zu knapper Wohnraum usw.) auf das Unfallgeschehen
- Kosten einzelner Unfälle für die Gemeinschaft (Arbeitsausfall, Aufwendung der Behandlung usw.)
- Ursachen der Stürze alternder Menschen (unzweckmäßige Einrichtung und Ausrüstung oder deren unzweckmäßiger Gebrauch, Auswirkung schwindender Sinnesorgane, Krankheit, Alkohol usw.)

Es wurde bedauert, daß für ähnlich gelagerte Studien in einzelnen Ländern keine gleichartigen Formulare zur Verfügung stünden, die einen Vergleich und damit eine Vertiefung der Erkenntnisse ermöglichen würden. England, das sowohl in der Ursachenforschung als auch in der praktischen Unfallverhütung führend sein dürfte, erklärte sich indessen in entgegenkommender Weise bereit, seine Fragebogen und seine Erfahrung zur Verfügung zu stellen.

Besonders wurde betont, daß der «Beinahe-Unfall» oder der «Bagatell-Unfall» in den Untersuchungen nicht vernachlässigt werden dürfe, da gerade dieser es ermöglichen würde, ohne tragisches Vorspiel unfallverhütende Maßnahmen zu treffen.

Sehr umstritten war die Frage, ob es «unfall-anfällige» Menschen resp. «unfall-anfällige» Familien («accident-prone») gebe. Das Symposium wünschte diese Frage weder in positivem noch in negativem Sinne zu beantworten. Hin-gegen zählte es eine Reihe von Menschengruppen auf, die, außer den genannten Altersgruppen, besonderen Risiken ausgesetzt seien, wie sozial Vernachlässigte, Immigranten, die von der Technisierung im weiter entwickelten Gastland überfallen werden (für die Schweiz = Gastarbeiter?), Kranke und Invalide, Alkoholiker, Süchtige, Diabetiker, Gelähmte usw. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob auch hormonale Schwierigkeiten (Menstruation, Klimakterium usw.) das Unfallrisiko erhöhen könnten. Als besonders gefährdet wurde auch der «Tu-es-selbst-Mann», der «householder», bezeichnet. Mangelnde Intelligenz wurde außer in schweren Fällen nicht als besonders riskant betrachtet resp. Untersuchungen müßten dies erst beweisen.

II. Unfallverhütung

1. *Situation*

Unmißverständlich wurde festgestellt: Wir wissen zu wenig, und die Unfallverhütung mag daher da und dort nicht ihr Optimum erreichen. Aber wir wissen genug, um uns der Aufgabe trotzdem anzunehmen. Es scheint paradox, daß der größte Arbeitsplatz der Welt die nötige Aufmerksamkeit nicht findet, und es ist ein Trugschluß zu glauben, daß – ganz abgesehen vom menschlichen Leid – der volkswirtschaftliche Verlust durch Haushaltunfälle nicht ebenso groß sein könnte wie jener, der durch Betriebsunfälle entsteht. Es scheint auch paradox, daß Erkenntnisse, die in der Unfallverhütung in Betrieben und im Straßenverkehr gesammelt wurden, nicht sinngemäß auf den Haushalt angewendet werden. Tatsache ist indessen, daß sämtliche Länder zwar über eine mehr oder weniger gut ausgebaute Unfallverhütung im Straßenverkehr verfügen, daß aber – außer England und bis zu einem gewissen Grade Deutschland – niemand über eine ausgebaute Organisation für die Unfallverhütung im Haushalt verfügt, obwohl es alle als dringend nötig anerkennen.

2. *Träger der Unfallverhütung*

Das Symposium konnte sich nicht darüber einigen, ob die tragenden Organisationen staatlich oder privat zu sein haben. Das scheint jenach dem innern Aufbau des Staates, ja sogar nach der treibenden Kraft gewisser Persönlichkeiten, von Land zu Land verschieden zu sein. Tatsache ist, daß in England eine private Organisation die Unfallverhütung im Haushalt in vorbildlicher Weise betreut, allerdings mit der Unterstützung und in enger Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen.

Eine solche Zusammenarbeit schien allen Ländern erstrebenswert und richtig, sei nun die Oberinstanz der Staat oder nicht. Im allgemeinen wurde die private Organisation als beweglicher empfunden. Sie könne eingreifen und han-

deln, bevor es dem Staate mit seiner Gesetzgebung möglich sei. Von ihren Erfahrungen aus sei gleichsam der Staat zu einer eventuell notwendig werdenden Legislation aufzufordern.

In jedem Falle, wie immer der Aufbau sei, wird vor Dilettantismus gewarnt. Unfallverhütung ist kein Spielfeld für geltungssüchtige Amateure. So bildet z. B. England seine Mitarbeiter in allen lokalen Stellen, von denen es rund 1200 gibt, ständig aus und macht sie zu aktiven Verfechtern des Gedankens des sicheren Verhaltens.

Eine andere Zusammenarbeit wurde als *Conditio sine qua non* erkannt, nämlich jene verschiedener Disziplinen: Administrative oder auch rein medizinische Organisationen genügen für die Unfallbekämpfung nicht, da die Unfallursachen sowohl materiellen Unzulänglichkeiten wie menschlichem Versagen zuzuschreiben sind. Zur Lösung der Probleme muß je nachdem der Arzt, der Architekt, der Ingenieur, der Soziologe, ev. der Fabrikant, die Hausfrau usw. beigezogen werden. Wenn es je eine interdisziplinäre Aufgabe gab, dann diese! Im Rahmen dieser Feststellung wurde übrigens das mangelnde Interesse der Ärzte – von löblichen Ausnahmen abgesehen – gerügt.

Eine Zusammenarbeit auf einer andern Ebene wurde ebenfalls gewünscht, nämlich jene zwischen den einzelnen Staaten. Neue Erfahrungen, die Kenntnis neuer Gefahren, sollten von einem Staat den übrigen gemeldet werden, damit nicht unnütz Opfer gebracht werden müssen.

3. Beeinflussung der Umwelt, der materiellen Unfallursachen

Bestehendes zu ändern ist schwer. Wer sollte es übernehmen, «unfallträchtige» Häuser entsprechend zu ändern oder gar abzureißen? Was im großen nicht möglich scheint, wäre indessen im kleinen absolut möglich. Es können hier nur einige Beispiele aufgegriffen werden, um die Gedankengänge zu illustrieren: Da und dort könnte ein Treppengeländer (oder auch nur die Verlängerung bis zur untersten Stufe) die Sturzgefahr herabsetzen. Eine Einzelstufe könnte bemalt, eine Beleuchtung verbessert werden usw. (Sinnvolle Dissertationen!)

Für die Zukunft kann indessen auch im großen sehr viel getan werden. Sowohl die Architektur als die gesamte Ausrüstung und Einrichtung müßten in diesem Zusammenhang neu überdacht werden. Auch hier können nur einige Gedanken kurz skizziert werden:

- Bauvorschriften sollten nicht nur hygienische und brandtechnische Belange berücksichtigen, sondern auch unfallverhütende. Am Beispiel von Balkonbrüstungen wurde gezeigt, wie wenig viele Architekten sich überlegen, daß man z. B. die Neugier eines Kindes nicht durch undurchsichtige Mauern dämmen, seinen Bewegungsdrang aber auch nicht durch horizontale Stangen zum Klettern einladen darf usw.
- Wo Sicherheitsvorschriften bereits bestehen, sollte deren Einhaltung mit mehr Nachdruck verfolgt werden.

- Die Prüfung von Installationen und elektrischen Geräten sollte verschärft werden (die Schweiz dürfte in dieser Richtung zu den vorbildlichen Ländern gehören).
- Der Gebrauch von Chemikalien sollte ungefährlicher gestaltet und deren Aufbewahrung sicherer werden.

4. Erziehungsprogramm

Auf lange Sicht gesehen dürfte eine Gesamterziehung zu sicherem Verhalten unumgänglich sein. Ohne das menschliche Verhalten zu beeinflussen, wird es nicht möglich sein, die Unfälle auf ein tragbares Maß herabzusetzen. Diese Erziehung auf lange Sicht muß alle umfassen.

Je früher in der Jugend die Erziehung zu sicherem Verhalten beginnt (siehe Verkehrserziehung!), um so eher werden dem Menschen gewisse Automatismen eigen, die ihn vor Unfällen behüten können. Ob die «Sicherheitserziehung» in die bestehenden Schulprogramme eingebaut werden, wie es sich gerade ergibt, oder ob sie einen Teil des Lehrstoffes «Lebenskunde» ausmachen soll (wie z. B. in vorbildlicher Weise in Finnland), scheint nicht ausschlaggebend.

Auf jeden Fall sollte in jeder hauswirtschaftlichen Ausbildung die Unfallverhütung Teil des Lehrstoffes sein. Zudem wäre es an der Zeit, daß in der Ausbildung der jungen Mädchen der Tatsache, daß wir in einer technisierten Welt uns bewegen, in vermehrtem Maße Rechnung getragen würde. Die Hausfrau ihrerseits sollte in Informations-Zentren, durch Instruktionsblätter, durch Radio und Fernsehen immer wieder die Möglichkeit haben, ihr Wissen à jour zu halten, ohne daß sie sich selbst in ungebührlichem Maße darum zu bemühen hätte. Damit die Lehrer ihrer Aufgabe gewachsen sind und sie auch mit der nötigen Überzeugung übernehmen können, sollten sie selbst durch Experten eingeführt werden und alles nötige Material erhalten. Programmiertes Lehrmaterial könnte die Erziehung vereinheitlichen.

Besonders hervorgehoben wurde, daß Feststellungen der Experten für Erziehungszwecke nicht genügen, sondern daß sie so formuliert sein müssen, daß sie eine möglichst große Wirkung hervorbringen, mit andern Worten, daß tüchtige Texter, eventuell Psychologen usw., zugezogen werden. Wichtig scheint es, jedes Erziehungs- und Aufklärungsprogramm mit einem positiven Vorzeichen, also nicht abschreckend, zu gestalten. Das gilt auch für die Information Erwachsener. Das Interesse aller muß geweckt und aufrechterhalten werden. Wiederholungen scheinen nötig, wobei allerdings Veröffentlichungen stets auf dem neuesten Stand gehalten werden müssen.

Je mehr Menschen nicht nur rezeptiv den Unfallverhütungsgedanken aufnehmen, sondern sich irgendwie aktiv beteiligen (z. B. Wettbewerbe u. ä.), um so erfolgreicher dürfte die Unfallverhütung sein. Wenn möglich sollte der Effekt verschiedener Aktionen überprüft werden.

Die Beeinflussung der Verhaltensweise alter Menschen wurde als sehr frag-

würdig betrachtet. Es bleibe für sie kaum viel anderes übrig, als ihre Umgebung risikoarm zu gestalten und im übrigen Rücksicht zu nehmen.

Als Personenkreise, die am ehesten geeignet wären, die Aufklärung und Erziehung zu übernehmen, wurden genannt: Lehrer aller Stufen von der Kindergärtnerin bis zum Hochschullehrer für Ärzte und Architekten (dringend notwendig!), Ärzte, Säuglingsschwestern, Fürsorgerinnen, Gemeindeförderinnen usw. Es wurde der Wunsch geäußert, daß auch Konsumentenorganisationen sich in vermehrtem Maße des Problems annehmen möchten. Alle, die sich mit der Information und dem Training anderer befassen, müssen vorerst selbst durch Experten in die Materie eingeführt werden.

5. Und die Schweiz?

Die Schweiz hat sich bisher nur in verhältnismäßig geringem Maße der Unfallverhütung im Haushalt angenommen, und sie hat dies vor allem – wie die meisten übrigen Länder Europas – in unkoordinierter Weise getan. Seit etwa sechs Jahren hat die Schweiz. Beratungsstelle für Unfallverhütung im Einvernehmen mit SUVA und UdK die Aufgabe in beschränktem, jedoch steigendem Maße übernommen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit fehlt jedoch noch.

Seit 1965 besteht an der Universität Zürich ein Lehrstuhl für Sozial- und Präventivmedizin, und jeder angehende Mediziner hat sich nun im Verlaufe seiner Studien auch mit Fragen der Unfallverhütung auseinanderzusetzen. Die Universitäten Bern, Lausanne und Genf sind diesem Beispiel gefolgt. Es ist außerordentlich bedauerlich, daß den Architekten in ihrer Ausbildung die Zusammenhänge nicht ebenfalls in systematischer und eindrucklicher Weise dargelegt werden. Die Empfehlungen der WHO dürften vielleicht den Stein ins Rollen bringen.

Es bestehen eine Reihe von Organisationen, die «Unfallverhütung im Haushalt» gleichsam als «Nebendisziplin» betreiben, so – ohne erschöpfend zu sein in der Aufzählung – das Schweiz. Institut für Hauswirtschaft, der SEV, das Institut für Landmaschinen und Landarbeitstechnik (IMA), Pro Juventute, Gesellschaft für Präventivmedizin¹, indirekt das Tox-Zentrum und andere mehr. Eine Koordination fehlt aber wie gesagt. Es fehlen auch genügende wissenschaftliche Unterlagen und Studien. Die Schweiz hätte eine ganze Reihe von Aufgaben anzupacken, wenn sie den Stand der auf diesem Gebiete führenden Nationen, insbesondere Englands, erreichen wollte. Vielleicht wäre es nützlich, als erstes eine Untersuchung durchzuführen, die aufzeigt, wieviel Unfälle kosten und wieviel durch gezielte Unfallverhütung eingespart werden könnte, mit andern Worten, wie «billig» Unfallverhütung, gezielte Unfallverhütung, eigentlich wäre...

¹ Sondernummer: «Heimunfälle», Z. Präventivmed. 12, März/April 1967