

la moitié avaient eu leur accident en utilisant le motorcycle. Chez un tiers d'entre eux, l'usage de la main a été définitivement perdu en raison de destructions nerveuses étendues, notamment d'avulsions radicales qui n'offrent que de maigres chances réparatrices dans l'état actuel de la science médicale. Or, l'âge moyen de ces patients était de 21,2 années. La prévention de ces invalidités qui frappent une population au début de son activité économique et au moment de l'épanouissement, impliquerait des mesures telles qu'elles ne sont pas envisageables, ni dans un proche futur, ni surtout dans un système démocratique.

8. Conclusion

Il a été dit et redit que la valeur de l'homme dépendait de son cerveau et de ses mains. Les accidents de la circulation affectent ces deux organes alors que les accidents de travail et de loisirs, les accidents domestiques touchent surtout les mains.

Dans les ateliers, les chantiers et les usines, des mesures préventives plus efficaces semblent avoir été appliquées. En revanche l'introduction dans la vie domestique de toutes sortes d'appareils censés augmenter le confort et le plaisir recèlent des potentialités vulnérantes qu'il nous a semblé utile de signaler dans cet article en formulant l'espoir que la maturation propre à l'homme lui permettra de protéger dans le futur son intégrité corporelle en apprenant l'usage raisonné et prudent de certains de ces «gadgets» qui sont parfois utiles et nécessaires, parfois amusants, mais malheureusement virtuellement dangereux.

Résumé

L'auteur étudie brièvement les causes des accidents mutilants de la main survenant dans la vie professionnelle domestique et lors de

loisirs, à la lumière de l'expérience recueillie dans deux services cliniques traitant la majorité des cas graves du canton de Vaud. Il constate que certaines mutilations professionnelles, notamment celles provoquées par les calandres et les presses, ont tendance à disparaître, alors que se multiplient les lésions liées à l'usage de tondeuses à gazon, fraiseuses à neige et autres appareils et outils utilisés dans la vie privée. Il relève les graves conséquences pour le membre supérieur des accidents de circulation impliquant les véhicules à deux roues et esquisse quelques idées concernant la prévention de certains accidents.

Zusammenfassung

Gedanken zur Ätiologie und Klinik einiger verstümmelnder Handverletzungen und zu ihrer Vorbeugung

Der Autor untersucht die Ursachen und einige klinische Aspekte der verstümmelnden Handverletzungen, denen er in zwei handchirurgischen Zentren des Kantons Waadt begegnet ist. Die schweren Läsionen durch die berufliche Benützung von hydraulischen und ähnlichen Pressen sowie von Bügelwalzen wurden seit fünf Jahren eher seltener. Dagegen treten schwere, zerstörende Läsionen, verursacht durch Grasmäher, private Schneeschleudern und verschiedene Haushalt- und Bastelapparate, eher häufiger auf.

Verkehrsunfälle erzeugen selten destruktive Handverletzungen, haben aber, besonders bei Motorradunfällen mit Plexuszerrungen, gravierende Auswirkungen auf die Handfunktionen.

Einige Ideen über die Vorbeugung gewisser Unfälle werden dargelegt.

Summary

Etiological and Clinical Considerations on some Mutilating Injuries of the Hand and their Prevention

The author presents shortly the causes and some clinical aspects of mutilating injuries of the hand based on the experience gathered in two of the major hand-surgery centers of the State of Vaud (population 550,000). It is noted that injuries at work with hydraulic presses and hot-pressing machines tend to diminish drastically, while more and more often mutilating lesions are caused by lawn-mowers, "do-it-yourself" and domestic gadgets. While direct mutilating injuries to the hand are seldom seen in traffic accidents, the high incidence of brachial plexus injuries in young motorcycle drivers cripples the hand beyond repair. Some ideas concerning prevention are ventured.

Das spätere Schicksal von Schwerverletzten

W. Glinz¹, R. Ruckert², P. Affentranger³
Chirurgische Klinik B, Universitätsspital Zürich⁴

1. Einleitung

Ein rascher Transport von der Unfallstelle ins Spital, adäquate Notfallbehandlung, kaum eingeschränkte Verlegungsmöglichkeiten vom kleineren erstbehandelnden Spital ins Zentralspital und vor allem die anschliessende Intensivbehandlung ermöglichen heute in zahlreichen Fällen, selbst schwerstverletzte Unfallopfer am Leben zu erhalten. Die Frage nach dem späteren Schicksal solcher Schwerverletzten bleibt

jedoch offen. Merkwürdigerweise gibt es darüber kaum Untersuchungen [1]; lediglich das Spätschicksal von Patienten mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen wurde ausführlich untersucht [5–10, 12].

Wieweit sind solche schwerstgeschädigte Patienten, die dank der aufwendigen Akutbehandlung dem Tode entrissen wurden, wiederhergestellt? Wie finden sie sich in ihrer alltäglichen Umgebung wieder zurecht, und wie ist ihre Eingliederung?

Diese Arbeit soll das Behandlungsergebnis und das Schicksal gerade schwerstgeschädigter Unfallpatienten fünf bis sechs Jahre nach dem Trauma analysieren. Da zu erwarten war, dass einer schweren Hirnverletzung prognostisch eine ganz andere Signifikanz zukommt

¹ PD Dr. med., Leitender Arzt.

² Dr. med., Assistenzarzt.

³ Dr. med., Arzt für allgemeine Medizin, CH-6173 Flühli.

⁴ Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich.

als den übrigen Verletzungen, wurde diese Frage nach der Spätprognose bei zwei verschiedenen Patientenkollektiven untersucht.

Einerseits wurden die Patienten der Chirurgischen Klinik B am Universitätsspital Zürich untersucht, die in den Jahren 1968 und 1969 an drei oder mehr Körperregionen schwere Verletzungen erlitten und in deren Folge Intensivtherapie benötigten, mit Ausschluss von Schädel-Hirn-Verletzten und Paraplegikern. Andererseits wurden verunfallte Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma oder Paraplegie, die 1973 und 1974 auf der Intensivbehandlungsstation dieser Klinik zur Aufnahme kamen, untersucht.

2. Organisation und Patientengut der Station für Schwerverletzte und Intensivbehandlung am Universitätsspital Zürich

Im Gegensatz zu andern chirurgischen Zentren befasst sich an der Chirurgischen Klinik B des Universitätsspitals Zürich ein Behandlungsteam mit allen Verletzungen des Patienten [2]. Der Schwerverletzte wird also nicht gemäss seiner verletzten Organe auf eine Vielzahl von Spezialisten «aufgeteilt», wenn auch selbstverständlich die Vertreter sämtlicher Spezialgebiete eines Universitätsspitals als Konsiliarärzte jederzeit zur Verfügung stehen.

Auf der Station für Schwerverletzte und Intensivbehandlung der Chirurgischen Klinik B kamen so beispielsweise im Jahre 1980 354 Schwerverletzte nach vorgenommener Erstbehandlung zur Aufnahme, zum grössten Teil Mehrfachverletzte. 102 Schwerverletzte haben eine Schädel-Hirn-Verletzung allein, weitere 157 in Kombination mit andern Verletzungen erlitten. 265 Patienten mussten zeitweise beatmet werden. Die Letalität während der Zeit der Intensivbehandlung betrug 18%.

Als Unfallursache stehen die Verkehrsunfälle an erster Stelle (199 Patienten). Arbeitsunfälle waren bei 22 Patienten, Suizidversuche bei 36, Sportunfälle bei 13 und andere Unfallursachen bei 56 Patienten der Grund zur Hospitalisation.

3. Nachkontrolle fünf bis sechs Jahre nach dem Unfall

Wir vergleichen in der Folge die in der Einleitung erwähnten zwei Patientengruppen mit besonders schweren Verletzungen. Von den 119 schwerverletzten Patienten der Jahre 1968 und 1969 mit Verletzungen von drei oder mehr Körperregionen ohne Schädel-Hirn-Trauma und Paraplegie sind 38 (32%) während des Spitalaufenthalts gestorben. Da im weitem Verlauf zusätzliche 4 Patienten (nicht an Unfallfolgen) verstarben, und bei 5 Patienten (wegen Rückkehr ins Ausland) keine Kontrolle möglich war, konnten 72 Schwerverletzte (89% der Kontrollgruppe) fünf bis sechs Jahre nach dem Unfall nachkontrolliert werden (Tab. 1) [1, 3]. Dabei wurde der Grad der Wiedereingliederung in Familie und in Gesellschaft, vor allem aber in den Beruf (Arbeitsfähigkeit, Rente) untersucht. Zudem wurden allfällige unfallbedingte Beschwerden und pathologische Restbefunde erfasst.

Patientengut der Studie	119
Spitalletalität	38 (32%)
Nachkontrollgruppe	81
Spätletalität	4
Keine Kontrolle möglich	5
Nachkontrolliert	72 (89% der Kontrollgruppe)

Tab. 1. Nachkontrolle von Patienten mit Verletzungen an drei oder mehr Körperregionen

Dabei ergab sich, dass von den nachkontrollierten 72 Patienten 43 (60%) völlig ohne unfallbedingte Beschwerden waren, dass eine volle Eingliederung ohne Schwierigkeiten erfolgte und 100% Arbeitsfähigkeit bestand (Gruppe I, Tab. 3). Bei 16 (22%) weiteren Patienten war die Eingliederung letztlich gelungen, sie waren voll arbeitsfähig, es bestanden aber zeitweise unfallbedingte Beschwerden (Gruppe II).

Die Unterschiede zwischen den Patienten der Gruppe I und II sind gering. Bei beiden Patientenkollektiven ist die Wiedereingliederung in Familie, Gesellschaft und Beruf uneingeschränkt geglückt.

Nur bei 13 Patienten (18%) war die volle Eingliederung misslungen; es bestand eine dauernd vorhandene Arbeitsunfähigkeit, und die Verunfallten erhielten eine Rente (Gruppe III).

Posttraumatische Amputationen sind bei drei Patienten die Ursache der Invalidität geworden. Eine Invalidität war bei diesen Schwerverletzten von vorneherein nicht zu umgehen, wie auch bei einem weiteren Patienten mit Hörverlust nach Schädelbasisfraktur. Bei sieben Patienten liegt der Invalidität eine Beckenfraktur als Hauptverletzung zugrunde, oft kombiniert mit Frakturen der untern Extremitäten oder mit Knieverletzungen. Bei einem weiteren Patienten bestand eine Bewegungseinschränkung im Schultergelenk nach Acromionfraktur, bei einem weiteren eine Unfallneurose bei gleichzeitiger Narbenhernie nach Laparotomie.

Erwartungsgemäss sind die Ergebnisse nach schweren Schädel-Hirn-Verletzungen und nach Paraplegie viel schlechter. Von den 154 Patienten mit solchen Verletzungen der Jahre 1973 und 1974 sind während des Spitalaufenthalts 70 (45%) verstorben (Tab. 2).

Patientengut der Studie	154
Spitalletalität	70 (45%)
Nachkontrollgruppe	84
Spätletalität	6
Keine Kontrolle möglich	12
Nachkontrolliert	66 (79% der Kontrollgruppe)

Tab. 2. Nachkontrolle von Patienten mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen oder Paraplegie

6 Patienten starben nach der Spitalentlassung, meist an Unfallfolgen, und bei weiteren zwölf Patienten war wegen Rückkehr ins Ausland keine Kontrolle möglich. 66 Patienten (79 % der Kontrollgruppe) konnten fünf bis sechs Jahre nach dem Trauma nachkontrolliert werden (Tab. 3).

	Patienten mit Verletzungen an drei oder mehr Körperregionen ohne Schädel-Hirn-Trauma und Paraplegie	Schädel-Hirn-Verletzte und Paraplegiker
Kontrollierte Patienten	72	66
I. Keine unfallbedingten Beschwerden, völlig wiederhergestellt. Eingliederung ohne Schwierigkeiten, Arbeitsfähigkeit 100 %	43 (60 %)	19 (29 %)
II. Zeitweise unfallbedingte Beschwerden, Eingliederung letztlich voll, Arbeitsfähigkeit 100 %	16 (22 %)	17 (26 %)
I.+II. Ohne Rente	59 (82 %)	36 (55 %)
III. Zeitweise oder permanent unfallbedingte Beschwerden, Eingliederung nur teilweise oder misslungen, andauernde Arbeitsunfähigkeit, Rente	13 (18 %)	30 (45 %)

Tab. 3. Resultate der Nachkontrollen von Schwerverletzten fünf bis sechs Jahre nach Unfall

Von ihnen waren 19 (29%) völlig beschwerdefrei und weitere 17 (26%) zwar mit zeitweise unfallbedingten Beschwerden, aber immerhin letztlich voll eingegliedert und voll arbeitsfähig. Damit waren doch mehr als die Hälfte (36 Patienten) voll eingegliedert und erhielten keine Rente. 30 Patienten (45%) waren andauernd voll oder teilweise arbeitsunfähig und erhielten eine Rente: In 17 Fällen betrug diese 100%, viermal 75%, in acht Fällen 50% und bei einem Patienten 35%.

4. Schlussbemerkungen

Angesichts der schweren Unfallverletzungen, die die Patienten, die auf unseren Intensivstationen behandelt wurden, erlitten haben, scheint es für den Laien fast unglücklich, dass solche Patienten ohne schwerwiegende Spätfolge überleben können. Manche dieser Verunfallten sterben denn auch während der Spitalbehandlung an ihren Verletzungen.

Überlebt der Schwerverletzte jedoch die akute Lebensgefährdung, dann ist die Prognose selbst bei multiplen Verletzungen ohne Schädel-Hirn-Trauma überraschend günstig: 82% der überlebenden Schwerverletzten sind heute wieder in ihrer Familie, in ihrem Beruf und in ihrer Umgebung voll eingegliedert und voll arbeitsfähig. Selbst von der Gruppe der Schädel-Hirn-Verletzten und der Paraplegiker sind – sofern sie den Unfall überlebt haben – immerhin noch 55% in diese Gruppe mit gutem Spätresultat einzuordnen.

Die Frage, ob die von der heutigen Medizin betriebene, sehr aufwendige Akutbehandlung für solche Patienten berechtigt ist, muss aufgrund dieser Resultate eindeutig positiv beantwortet werden. Die Langzeitprognose eines Schwerverletzten mag am Anfang der Intensivbehandlung noch ungewiss sein und der Sinn der teils weitgehenden, teils aggressiven diagnostischen und therapeutischen Massnahmen allen Beteiligten fraglich erscheinen. Unsere Ergebnisse zeigen aber, dass jede Anstrengung gerechtfertigt ist und erstaunlich gute Spätresultate dazu immer wieder ermutigen.

Zusammenfassung

Das spätere Schicksal von Schwerverletzten

Überleben Schwerverletzte die akute Lebensgefährdung, ist die Prognose selbst bei multiplen Verletzungen günstig: 82% der überlebenden Patienten mit Verletzungen von drei oder mehr Körperregionen, die Intensivpflege benötigten, sind fünf bis sechs Jahre nach dem Unfall wieder voll integriert und voll arbeitsfähig und erhalten keine Rente. Beim gleichzeitigen Vorliegen einer Schädel-Hirn-Verletzung oder einer Paraplegie ist nicht nur die Spitalletalität höher, sondern auch die Spätprognose schlechter; immerhin waren doch 55% dieser Patienten im Zeitpunkt der Nachkontrolle fünf bis sechs Jahre später voll arbeitsfähig und ohne Rente.

Résumé

Le destin à long terme des polytraumatisés graves

Lorsque des blessés graves passent le cap de la phase aiguë pendant laquelle leur vie est en danger, le pronostic devient favorable même en cas de blessures multiples.

81% des patients présentant des blessures de trois ou plusieurs parties du corps, ayant nécessité des soins intensifs, sont cinq à six ans plus tard de nouveau bien intégrés et tout à fait aptes au travail et ne reçoivent aucune rente.

En cas de traumatismes crâniens associés ou de paraplégie, non seulement la mortalité à l'hôpital est plus élevée mais le pronostic à long terme est aussi plus mauvais.

Pourtant, 55% de ces patients, lors d'un contrôle cinq à six ans après l'accident, travaillaient à plein temps et ne recevaient pas de rente.

Summary

The Fate of Critically Injured Patients

The prognosis of patients with multiple injuries is very favourable once the critically injured have survived the acute life threatening period. Five to six years after the accident 82% of the surviving patients with injuries of three or more body areas who needed intensive care are fully capable of work and are not receiving any financial compensation.

In severe head injuries or in paraplegia, letality during hospitalization is higher and late prognosis worse: nevertheless, five to six years after the accident 55% of these patients are working fulltime and do not receive any compensation.

Literatur

- [1] Affentranger, P., Schwerverletzte in der akuten Spitalphase und ihr Spätschicksal nach fünf bis sechs Jahren, Diss. Zürich 1976.
- [2] Buff, H. U., Der Notfallpatient in Gefahr, in Buff, H. U., Glinz, W., (Hrsg.), Notfallchirurgie, Perimed Verlag, Erlangen, 1976.
- [3] Glinz, W., Affentranger, P., The fate of patients with severe multiple injuries, five years after intensive care, Bull. soc. intern. chir. 34, 545–548 (1975).
- [4] Glinz, W., Intensivbehandlung beim Schwerverletzten, Med. Klin. 72, 725–730 (1977).
- [5] Heiden, J. S., Small, R., Caton, W., Weiss, M. H., Kurze, Th., Severe head injury and outcome: A prospective study, in Popp, A. J., (Ed.), Neural trauma (Roven Press, New York 1979).

- [6] *Heiskanen, O., Sipponen, P.*, Prognosis of severa brain injury, *Acta Neurol. Scandinav.* 46, 343–348 (1970).
- [7] *Jennett, B., Teasdale, G., Braakman, R., Minderhoud, J., Heiden, J., Kurze, T.*, Prognosis of patients with severe head injury, *Neurosurgery*, 4, 283–289 (1979).
- [8] *Levin, H. S., Grossman, R. G., Rose, J. E., Teasdale, G.* Longe-termin neuro-psychological outcome of closed head injury, *J. Neurosurg.* 50, 412–422 (1979).
- [9] *Lewin, W., Marshall T. F., Roberts, A. H.*, Long-termin outcome after severe head injury, *Brit. Med. J.* 2, 1533–1538 (1979).
- [10] *Lewin, W., Roberts, A. H.*, Long-termin prognosis after severe head injury, *Acta Neurochirurgica Suppl.* 28, 128–133 (1979).
- [11] *Sölch, O., Schyra, B.*, Das Spätergebnis der schweren Schädel-Hirn-Verletzung, *Msch. Unfallheilk.* 75, 141–155 (1972).
- [12] *Zingher, E., Huber, A.*, Das Schicksal Schwerverletzter bei der Rentenfestsetzung, *Zschr. Unfallmed. Berufskrankh.* 1/2, 80–87 (1979).

Mitteilungen / Communications

Prix de cardiologie – Kardiologie-Preis

La Fondation suisse de cardiologie attribue chaque année un prix de 5000 francs pour récompenser un ou plusieurs travaux de recherche scientifique dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies cardio-vasculaires. Ce prix est attribué à un chercheur suisse travaillant en Suisse ou à l'étranger, ou à un étranger travaillant en Suisse. C'est la Commission scientifique de la Fondation suisse de cardiologie qui désigne le lauréat. Les candidats envoient, jusqu'au 30 avril 1982: 1. le travail ou les travaux qu'ils soumettent à l'appréciation du jury, 2. une bibliographie, 3. un bref curriculum vitae, à la Schweizerische Stiftung für Kardiologie – Commission scientifique de la Fondation suisse de cardiologie, case postale 176, 3000 Berne 15.

Forschungsbeiträge der Schweizerischen Stiftung für Kardiologie

Die Schweizerische Stiftung für Kardiologie gewährt finanzielle Unterstützung für Forschungsprojekte auf dem Gebiet der *Herz- und Gefässkrankheiten*. Gesuche um Forschungsbeiträge sind bis zum 30. April 1982 (Poststempel) in fünf Exemplaren an die nachstehende Adresse zu richten, wo auch die Gesuchsformulare bezogen werden können: Schweizerische Stiftung für Kardiologie, Postfach 176, 3000 Bern 15.

Contributions pour la recherche de la Fondation suisse de cardiologie

La Fondation suisse de cardiologie assure un soutien financier à des projets de recherche dans le domaine des *maladies cardio-vasculaires*. Les demandes de subsides doivent être adressées, en cinq exemplaires, jusqu'au 30 avril 1982 (date du cachet postal) à l'adresse ci-dessous, où l'on peut aussi se procurer les formules nécessaires: Fondation suisse de cardiologie, case postale 176, 3000 Berne 15.

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)

fürhte einen Ideenwettbewerb mit dem Thema: «Wie kann ich dazu beitragen, dass der Gehörschutz getragen wird?» durch. Anlass zu diesem Wettbewerb gab, dass vier von fünf oder 200000 der 250000 in gehörgefährdendem Lärm arbeitenden Suva-Versicherten den notwendigen Gehörschutz nicht tragen. Es wurden total 193 Arbeiten eingereicht, wovon 64 Arbeiten aus-

geschlossen werden mussten, da sie nicht den Wettbewerbsbedingungen entsprachen. Unter dem Vorsitz von Heinrich Isler, Verwaltungsrat der Suva, beurteilte das Preisgericht die eingegangenen Arbeiten und verteilte die Preissumme von Fr. 25000.–. Die ersten fünf Preise gingen an:

1. Preis Fr. 5000.– Paul Wüthrich, Bern
2. Preis Fr. 4000.– Théo Monnin, Peseux
3. Preis Fr. 3000.– Alfred Lächli, Hochwald
4. Preis Fr. 2000.– Wolfgang Schwieder, Zürich
5. Preis Fr. 1000.– Dany Rhyner, Bern

Total wurden 31 Arbeiten prämiert; vier weitere Arbeiten sind angekauft worden.

Gesundheitspolitische Informationen der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik: Heft 5, Dezember 1981, enthält wiederum eine Fülle von Material. Fast 100 Titel sind auf 35 Seiten berührt. Verantwortlicher Redaktor: Dr. Gerhard Kocher, Jonas-Furrer-Strasse 21, 8046 Zürich.

Unicef, das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, veröffentlicht einen Bericht «Zur Situation der Kinder in der Welt 1981/82. Einige Auszüge lauten wie folgt:»

«Das Leben eines Kindes ist weniger wert als 100 Dollar. ... Wären für die meistbenachteiligten Kinder der Welt je 100 Dollar investiert worden, so wäre es möglich gewesen, ihnen die Lebensgrundlagen zu sichern und den Tod von 17 Millionen Kleinkindern zu vermeiden. Beispielsweise war nur eines von zehn dieser Kinder gegen die sechs häufigsten Kinderkrankheiten geimpft. Die Kosten, um alle Kleinkinder zu impfen, belaufen sich auf etwa 5 Dollar pro Kind. Die Kosten, es nicht zu tun, belaufen sich pro Jahr auf etwa 5 Millionen Todesfälle. ... Im letztjährigen Bericht «Zur Situation der Kinder in der Welt» vertrat Unicef die Ansicht, dass es möglich sei, bis zum Ende dieses Jahrhunderts die Säuglingssterblichkeit auf 50 zu senken (Todesfälle auf 1000 Lebendgeburten im ersten Lebensjahr), die durchschnittliche Lebenserwartung auf etwa 60 Jahre oder mehr zu erhöhen und jedem Kind mindestens vier Schuljahre zu gewähren. Das würde bedeuten, dass sich das Tempo der Entwicklung verdoppeln und verdreifachen müsste – eine Vorstellung, die man im gegenwärtigen wirtschaftlichen Klima als naiv bezeichnen kann. Unicef ist jedoch fest entschlossen, an dieser vermeintlichen Naivität festzuhalten. ... Dass die Lebensbedingungen der Kinder die Bevölkerungsbewegung beeinflussen, hängt damit zusammen, dass erst die Abnahme der Kindersterblichkeit und somit verbesserte Gesundheitspflege und Bildungsangebote das Interesse und die Möglichkeiten für Familienplanung und

verantwortliche Elternschaft auslösen. Die Verringerung der Säuglingssterblichkeit in benachteiligten Ländern auf 50 von 1000 Lebendgeburten (im Vergleich heutiger Stand: weniger als 20 in Europa, mehr als 100 in Asien und Afrika) würde somit eine Abnahme der Geburtenzahl von jährlich 12 bis 20 Millionen nach sich ziehen. Es ist daher eine irrtümliche Ansicht, dass die Verminderung der Säuglingssterblichkeit zusätzliche Probleme durch die Beschleunigung des Bevölkerungswachstums schafft. ... Zu den zweifellos positiven Erfahrungen von Unicef gehört die Aus- und Weiterbildung von Personen, die im direkten Kontakt mit der Bevölkerung für die Durchführung der Programme verantwortlich sind. Ihre Tätigkeit umfasst die verschiedensten Sparten: Sie stehen ihrer Gemeinschaft als Mütterberaterinnen, Hebammen, Brunnenwächter, Ernährungsberater, Fachleute für Gartenbau, Fisch- und Kleintierzucht, als Leiter von Gemeinschaftszentren, als Lehrer und Kindergärtnerinnen und in noch vielen weiteren Funktionen zur Verfügung. ... Das Programm «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» ist beispielsweise ohne diese Art von Arbeitsteilung nicht durchführbar. Sie erfordert allerdings oft sehr grosse Umstellungen, und zwar nicht nur im Hinblick auf alteingespielte Strukturen und Hierarchien innerhalb eines Fachgebietes, sondern auch, weil die Ausbildung Ortsansässiger wesentliche Tätigkeiten und Entscheidungsbefugnisse dezentralisiert. Dass der Mut zu solchen Veränderungen in vielen Ländern gefunden wird, beweist die Tatsache, dass Unicef allein im Verlauf der letzten zwölf Monate dazu beitragen konnte, über 750000 Menschen auszubilden, die nun auf lokaler Ebene öffentliche Funktionen zugunsten von Kindern ausüben.»

Auskünfte: Schweizerisches Komitee für Unicef, Werdstrasse 36, 8021 Zürich.

Tagungen / Congrès

28. österreichische sozialmedizinische Tagung

14.–20. März 1982, Bad Hofgastein, Salzburg, Kurhaus. Auskunft: Österreichische wissenschaftliche Gesellschaft für prophylaktische und Sozialmedizin, A-1090 Wien, Berggasse 4.

Schweizerischer Krankenhauskongress / Congrès suisse des hôpitaux (VESKA - Fortbildungskurs/Cours de perfectionnement VESKA)

28.–30. September/28.–30 septembre 1982, Einsiedeln