Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 26 (1970)

Artikel: Früherfassung von Behinderungen

Autor: Frischknecht, W.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-307844

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.12.2025

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

Früherfassung von Behinderungen

W. Frischknecht, St. Gallen

Schätzungen im In- und Ausland haben ergeben, dass in der Schweiz über eine halbe Million Menschen, oder etwa 8% unserer gesamten Bevölkerung, eine körperliche, geistige oder Sinnesschädigung haben, die zu einer Behinderung führen könnte. Behinderung bedeutet immer wieder etwas anderes, je nach dem Gesichtspunkt, unter dem sie betrachtet wird. Jede Behinderung trifft einen einmaligen Menschen in einer besonderen Umwelt.

Wenn wir im folgenden von Behinderungen sprechen, so meinen wir, im Sinne der Invalidenversicherung, immer eine Leistungsbehinderung. Erst die kommende Gebrechenstatistik der IV wird genauere Zahlen ergeben über die vielfältigen Formen körperlicher Behinderungen. Vorläufig rechnen wir in der Schweiz mit folgenden Zahlen: Ungefähr 10% aller Schulkinder benötigen eine Sonderschulung, geistig behindert sind ca. 5–6%, sprachbehindert ca. 1,5%, gehörbehindert 2‰, sehbehindert 1‰, motorisch behindert 1‰. Auffallend viele Kinder sind mehrfach behindert. Ferner zeigen immer mehr Schulkinder so starke Verhaltensstörungen, dass bis zu 4% deswegen nicht in einer Normalschule erzogen werden können.

Ziel der modernen Spitalpädiatrie und der modernen ambulanten Pädiatrie ist es nun, dass sich das Kind im Uterus und dann nach der Geburt bis zum Abschluss der Wachstumsphase optimal entwickelt.

Dies spiegelt sich sehr deutlich wider in der Foto-Ausstellung «Das behinderte Kind und seine Umwelt», die wir 1967 in St. Gallen geschaffen haben für die Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie. Diese Wanderausstellung wirkte stimulierend auch in Bern, Luzern, Solothurn, Zürich, Winterthur, Altstätten, Lausanne und wird auch nach Neuchâtel, Sion, Fribourg und Genf gelangen.

Unsere Arbeitsgemeinschaft hat sich aus medizinischer, pädagogischer und fürsorgerischer Sicht folgende Aufgaben gestellt: 1. Medizinische Früherfassung angeborener Störungen im Säuglingsalter. 2. Optimale Förderung des behinderten Säuglings und Kleinkindes. 3. Dezentralisierte, regionale Rehabilitierung, damit das Kind möglichst lange in seiner Familie aufwachsen kann. 4. Allgemeine mitmenschliche Anteilnahme: Eingliederung, nicht Ausgliederung. 5. Gezielte Prophylaxe und Forschung auf medizinischem, pädagogischem und fürsorgerischem Sektor. 6. Koordination zwischen Arzt, Pädagoge und Fürsorger.

Warum wird heute so grosser Wert auf die Früherfassung von Behinderun-

gen gelegt? Nach Auffassung der Psychologen lernt der Mensch besonders während der ersten 5 Lebensjahre, wie man lernt. In keiner späteren 5-Jahres-Periode lernt der Mensch je wieder so viel Neues hinzu. Nicht nur die Familie, sondern auch der Staat haben alles Interesse daran, dass die frühe Kindheit optimal gestaltet wird. Uralt ist das Sprichwort: Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr!

Wie ist nun die heutige Umwelt des Kindes? Der moderne Sozialstaat hat die Entwicklungsmöglichkeiten der Talente und der Behinderungen gewaltig vergrössert. Die Tragfähigkeit der Familie leidet unter der Mobilität des modernen Erwachsenen, unter dem Übergang von der Grossfamilie zur Kernfamilie, unter Wohnraumnot, unter der Hast und der Bequemlichkeit der Technik.

Medizinisches Halbwissen, vermittelt durch Fernsehen und Presse, verängstigt viele Mütter und stört ihre Fähigkeit, das Kind geduldig zu erziehen in der Geborgenheit der Familie. Immer mehr Mütter flüchten, vor dieser scheinbar immer schwerer werdenden Aufgabe, in die Berufstätigkeit der verheirateten Frau. Besonders krass sehen wir das Zerbröckeln der Familie bei Fremdarbeitern, die ihre Säuglinge und Kleinkinder nur über das Wochenende nach Hause nehmen und dann kompensatorisch diese Kinder bodenlos verwöhnen, statt zu erziehen. Es scheint, dass wir den langen Marsch durch die Organisationen nicht mehr aufhalten können: Säuglingsheim, Tagesheim, Kinderkrippe, Kindergarten, Frühschule, Tagesschule, Internat. Der Pädiater weiss auch, dass ein Zusammenhang besteht zwischen einem schlecht geführten Kinderheim und einem Gefängnis. Aufsehenerregend ist es, wenn in einer deutschen Strafanstalt ⅓ Legastheniker angetroffen wurden.

Uns freipraktizierenden Ärzten stellen sich heute vor allem zwei Fragen: 1. Können wir eine möglichst lückenlose Früherfassung von Behinderungen erreichen? 2. Können wir die Tragfähigkeit der Familie erhöhen?

1. Wir sind in der Schweiz knapp versorgt mit 30 Kinderpsychiatern, 300 Kinderärzten und ca. 3000 Allgemeinpraktikern (inkl. 800 Internisten). 1964 habe ich an der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie in Winterthur die Triage der Risikokinder zur rechtzeitigen Rehabilitation zur Diskussion gestellt und gefordert, dass die Mütterberatungsstellen, die Säuglingsfürsorgerinnen und die Hebammen mithelfen sollten bei der Früherfassung der Geburtsgebrechen.

1970 haben wir begonnen, die kantonalen Ärztegesellschaften der Kantone St. Gallen, Appenzell und Glarus zu aktivieren durch ein Merkblatt (s. Beilage) und durch Demonstration der vorgeschlagenen Routineuntersuchungen am Säugling und Kleinkind. Da die Eltern scheinbar gesunde Säuglinge nur wegen der DiTePer-Impfungen Ende des 3., 4. und 6. Monats zum Familienarzt oder Kinderarzt bringen, muss diese Gelegenheit benützt werden zur gleichzeitigen Früherfassung von Behinderungen. Angestrebt wurde damit eine möglichst breite Erfassung der Rachitis, der Eisenmangelanämie, der Hüftluxation, der motorischen, mentalen und sensorischen Behinderungen.

Merkblatt für den Allgemeinpraktiker

I. Routine-Untersuchungen anlässlich der DiTePer-Impfungen:

1. Rachitis:	Kraniotabes, Spasmophilie, Katarakt	1. DiTePer
2. Anämie:	Hb (cave Cöliakie, Pyurie, Otitis media)	3.–4. Monat
3. Bauchlage:	Kopfheben mit Stützen auf Ellbogen (Gatter)	
4. Rückenlage:	Abduktion im Hüftgelenk (bei maximal gebeugtem Knie beidseits bis 4 Querfinger Knie-Unterlage-Distanz normal) Adduktorenspasmus: Verdacht auf Hüftluxation oder Diplegia, Hemiplegia, Tetraplegia spastica	

---

1. Moro-Reflex, Handgreifreflex, asymmetr. ton. Halsreflex: alle neg.	2. DiTePer
2. Fallschirmreaktion abwärts (Beine tragen Gewicht)	4.–5. Monat
3. Palmares Greifen 2händig	
4. Rachitis, Anämie, Bauchlage, Rückenlage – Nachkontrollen	

---

1. Sitzen (Kopfkontrolle, Kyphose? Skoliose?)	3. DiTePer
2. Vierfüssler (Rumpfkontrolle)	6.–7. Monat
3. Scherengriff 1händig	
4. Landaureflex (schwebende Bauchlage: Kopf retroflektiert) pos.	
5. Fallschirmreaktion (Arme seitwärts, vorwärts): Sprungbereitschaft	
6. Kopfdrehen nach Stimme der Mutter, «fremdet»	
7. Akustischer Kontakt (Otitis media?), visueller Kontakt (Strabismus)	
8. Kauen, Pinzettengriff (meistens erst ab 10. Monat)	

II. Routineuntersuchungen bei Pockenimpfung, bei Infektionen usw.:

1. Kopfumfang, Gewicht, Länge (Mikrozephalie, Hydrozephalus)	1.–5. Jahr
2. Leistungen: Kennwort POLTIBAK =	

P = Physischer Habitus (Minus-Plus-Dystrophie, Deformierungen): Orthopädie!
O = Obere Extremitäten (Handfertigkeit, manuelle Selbständigkeit, Selbsthilfe)
L = Lokomotion (Gang, Lauf, Hüpfen, Kriechen – Hilfsmittel, Hilfsperson für Treppe?)
T = Toilette (Enuresis, Enkoprese, kontinent mit Hilfsmittel? mit Hilfsperson?)
I = Intelligenz grob schätzen aus dem Verhalten
B = Benehmen (gehemmt, enthemmt, unberechenbar, Absenzen? Dämmerzustände? Epilepsie?)
A = Augen (Strabismus mit oder ohne Amblyopie, Brille?)
K = Kommunikation (Gehör, Sprachverständnis? Pädo-Audiologie? Sprache ab 3. Jahr sich ständig entwickelnd, sonst abklären)

III. Kurative, präventive und rehabilitierende Aufgaben

der praktischen Medizin sind nicht zu trennen.

Während der ersten 5 Lebensjahre sollte der frei praktizierende Arzt, aber auch der Spitalarzt, bei jeder ärztlichen Hilfeleistung routinemässig die Leistungen des Kleinkindes schnell überprüfen mit Hilfe des POLTIBAK-Systems. Die Morbidität (Infektionen!) in den ersten 5 Lebensjahren ist derart gross, dass praktisch jeder Säugling, jedes Kleinkind mehrmals den Hausarzt, den Kinderarzt oder die Poliklinik braucht. Statt nur die Otitis oder die Angina oder die Gastroenteritis zu behandeln, muss der Arzt das Kind möglichst total in seiner Umwelt intuitiv erfassen, innert 5–10 Minuten das POLTIBAK-System mit Hilfe der Mutter oder Kinderpflegerin durchtesten und bei Leistungsbehinderung das Kind dem Kinderarzt zur weiteren Abklärung überweisen. Dem Kinderarzt stehen viele Spezialisten zur Rehabilitierung zur Verfügung.

Besonders wichtig ist, dass man die Risikokinder nach dem POLTIBAK immer wieder kurz durchtestet. Zu den Risikokindern gehören als soziale Gruppe neben den Früh- und Mangelgeburten alle Kinder ohne tragfähige Familie, weil hier ja der kritische Blick der Eltern, oder Grosseltern, oder Geschwister fehlt.

Das POLTIBAK-System eignet sich aber auch sehr gut zur Schnellsichtung der Leistungen im Schulalter und bei Jugendlichen. Ich habe damit schon manche gefährdete Teenager rechtzeitig, mit einem Berufsziel, vor Verwahrlosung bewahrt. Braune Finger, gerötete Augen und Kleidergeruch verraten dem Familienarzt schon viel über allfällige Drogengefährdung. 1961–1970 haben 900 Jugendliche zwischen 12 und 20 Jahren das städtische Amt für vorbeugenden Jugendschutz der Polizeiverwaltung der Stadt St. Gallen beansprucht, also 100 Teenager pro Jahr in einer Stadt von 80000 Einwohnern. Prophylaxe und Früherfassung sind aber wohl nicht Aufgabe der Polizei, sondern vielmehr des Arztes. Ich wage zu behaupten, dass heute das POLTIBAK-Testen sozial wichtiger ist als Tuberkulinteste.

Das POLTIBAK-Leistungsprofil basiert auf dem sogenannten Pulheems-System von Fletscher (1949), wie es in der englischen Armee benützt wird. Ich habe das System stark vereinfacht in der «Praxis» 1963 publiziert und seither ausprobiert bei den zerebral Gelähmten, dann bei den Geistesschwachen und zuletzt bei jeder ärztlichen Hilfeleistung. Auf dem Merkblatt finden sie POLTIBAK auf ein Minimum reduziert. Vielleicht bietet das POLTIBAK-System einmal dem Computer die Grundlage für eine grobe Speicherung von Behinderungen und zwar nicht nur in der Pädiatrie, sondern auch in der «Mediatrie» und der Geriatrie.

Auf Grund 20jähriger Erfahrung als frei praktizierender Kinderarzt, als Leiter eines Säuglings- und Kinderheims mit Schwesternschule und einer Beratungsstelle für zerebral gelähmte Kinder komme ich zum Schluss, dass sich kurative, präventive und rehabilitierende Aufgaben zwanglos kombinieren lassen und zwar innert kürzester Frist und mit einem minimalen Kostenaufwand: Bis dat qui cito dat.

2. Viel schwieriger lässt sich die zweite Frage beantworten, ob wir frei praktizierende Ärzte die *Tragfähigkeit der Familie* erhöhen können. Als Meinungs-

bildner («opinion leaders») überzeugen wir nur dann, wenn wir wahre Familienärzte bleiben, weiterhin Besuche zu Hause machen, wenn wir nicht immer die 5-Tage-Woche für uns beanspruchen, wenn wir rechtzeitig den Eltern ein Rehabilitierungsprogramm für ihr gefährdetes Kind bieten können. Eine Aufwertung der ambulanten Pädiatrie in der heutigen Gesundheitspolitik wird nötig.

Zusammenfassung

Bis heute benötigen ca. 10% aller Schulkinder eine Sonderschulung. Besonders gefährdet sind Frühgeburten, Mangelgeburten sowie Säuglinge und Kinder ohne tragfähige Familie. Durch individuelle Vorsorgeuntersuchungen gelingt dem frei praktizierenden Arzt die Früherfassung der Rachitis, der Eisenmangelanämie, der Hüftluxation, der motorischen, sensorischen, mentalen und sozialen Behinderungen. Mit Hilfe der Kinderärzte und der Rehabilitierungsspezialisten kann für jedes Kind ein Rehabilitierungsprogramm aufgestellt und durchgeführt werden.

1970 wurde ein Merkblatt allen praktizierenden Ärzten der Kantone St. Gallen, Appenzell und Glarus verteilt und entsprechende Instruktionen gegeben: phasenspezifische Routineuntersuchungen gleichzeitig mit den Impfungen im Alter von 3, 4 und 6 Monaten. Anwendung des POLTIBAK-Systems ab 1. Altersjahr (bei jeder ärztlichen Hilfeleistung). Kurative, präventive und rehabilitierende Aufgaben sind nicht zu trennen in der praktischen Medizin.

Résumé

Actuellement, 10% des enfants nécessitent une éducation spéciale à l'école. Particulièrement exposés sont les enfants nés avant terme, les nouveau-nés déficitaires ainsi que les bébés et les enfants de familles déficientes. Par un examen préventif individuel, le médecin praticien est en mesure de déceler précocement le rachitisme, l'anémie ferriprive, la luxation de la hanche ainsi que les déficits moteurs, sensoriels, mentaux et sociaux. Avec l'aide des pédiatres et des spécialistes en réhabilitation, l'on peut pour chaque enfant établir et réaliser un programme de réhabilitation.

En 1970 on a distribué à tous les médecins praticiens des cantons de St-Gall, Appenzell et Glaris une feuille avec des directives qui ont aussi été expliquées pour les examens de routine propres à chaque phase de développement, avec en même temps les vaccinations à faire à l'âge de 3, 4 et 6 mois. Application du système selon PELTICYC à partir de la première année (lors de chaque consultation). La médecine curative, préventive et de réhabilitation ne peuvent être dissociées dans la pratique.

Riassunto

Fino ad oggi, circa il 10% degli allievi hanno bisogno di un insegnamento speciale. Particolarmente esposti a questo pericolo sono: i parti prematuri,

i parti deficienti, come pure i neonati ed i bambini senza sostenimento da parte della famiglia. Grazie a degli esami preventivi individuali, il medico pratico è nella possibilità di diagnosticare precocemente il rachitismo, l'anemia sideropenica, la lussazione dell'anca, come pure le imperfezioni motoriche, sensoriche, mentali e sociali. Grazie all'aiuto dei pediatri e degli specialisti della riabilitazione è possibile di stabilire e fare eseguire un programma di riabilitazione per ogni bambino.

Nel 1970 si distribuì un foglio pro memoria a tutti i medici pratici dei cantoni di San Gallo, Appenzello e Glarona con le seguenti istruzioni: esame sistematico specifico contemporaneamente alla vaccinazioni in età di 3, 4 e 6 mesi; applicazione del sistema «POLTIBAK» a partire dal primo anno di età (in ogni caso di assistenza medica). Nel campo della medicina pratica, i compiti curativi, preventivi e di riabilitazione non possono essere separati.

Summary

At present about 10% of all school children need special schooling. Especially endangered are those prematurely born, the small-foredates group, and infants and children from inadequate families. By individual preventive examinations, the practical doctor can make an early diagnosis of rickets, iron deficiency anaemia, hip luxation, and motoric, sensory, mental and social handicaps. With the help of the child specialist and the rehabilitation specialist, a program of rehabilitation can be set up for every child.

In 1970 a notice was distributed to all practical doctors in the cantons of St. Gallen, Appenzell and Glarus, describing the phase specific routine examination simultaneously with inoculation at the age of 3, 4 and 6 months. Use of PULTIBEC system from the first year of life (for all medical treatment). Curative, preventive and rehabilitative measures cannot be separated from each other in practical medicine.

FRISCHKNECHT, W.: Das POLTIBAK-Leistungsprofil für invalide Kinder und Jugendliche. Schweiz. Rundsch. Med. (Praxis) *52*, 1112 (1963). – Aufgaben der praktischen Medizin gegenüber dem behinderten Kind. Ther. Umschau *25*, 113 (1968). – Probleme der ambulanten Pädiatrie. Ther. Umschau *27*, 419 (1970). – Legasthenie als soziales Problem. Schweiz. Rundsch. Med. (Praxis) *59*, 80 (1970).

Adresse des Autors: Dr. med. W. Frischknecht, Kinderarzt FMH, CH-9000 St. Gallen.