

Einige Ueberlegungen zur "leichten frühkindlichen Hirnschädigung"

Autor(en): **Städeli, H.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fachblatt für schweizerisches Heim- und Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers**

Band (Jahr): **46 (1975)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-806456>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Einige Ueberlegungen zur «leichten frühkindlichen Hirnschädigung»

Im Laufe der letzten Jahre ist sowohl in der Fachpresse als auch in Zeitungen und Zeitschriften sehr viel über die sog. *leichte frühkindliche Hirnschädigung geschrieben worden*. «Der Hirnschaden» ist zu einem Schlagwort eskaliert worden mit den unangenehmen Folgen des allgemeinen Halb- und Nichtwissens und einer allgemeinen Verunsicherung. Zu dieser Verunsicherung hat auch die volkstümliche Bezeichnung «frühkindliche Hirnschädigung» geführt. Der Laie hat sich darunter beispielsweise Hirndefekte vorgestellt und andere abenteuerliche Vorstellungen entwickelt.

Bei der sogenannten leicht frühkindlichen Hirnschädigung handelt es sich nie um einen grobanatomischen Hirnschaden. In der Fachliteratur finden sich viele Krankheitsbezeichnungen für dieses Krankheitsbild: Hirnfunktionsstörung (im englischen *minimal brain dysfunction*), frühkindliches exogenes Psychosyndrom, frühkindliches hirnorganisches Psychosyndrom um nur einige wenige zu nennen.

1. Ursachen

1.1. Die frühkindliche Hirnschädigung wird durch einen *vorübergehenden oder dauernden Sauerstoffmangel im unreifen Gehirn verursacht*. Man nimmt an, dass ein Sauerstoffmangel zwischen dem 6. Schwangerschafts- und den ersten Lebensmonaten (bis spätestens zur Vollendung des ersten Lebensjahres) an der leichten frühkindlichen Hirnschädigung die Schuld trägt. Je nach Schwere und Dauer des Sauerstoffmangels wie auch der individuellen Hirnreifung und Hirndifferenzierung entstehen die Symptome der leichten Hirnschädigung (in der Folge werden wir nur von dieser Form sprechen) bis zur schweren Schädigung, welche mit massiven Ausfällen im Intelligenzsektor (verschiedene Schwachsinnformen) oder/und der Motorik (cerebrale Kinderlähmung) einhergeht.

1.2. Es lässt sich nie mit Sicherheit voraussagen, welche Schädigung zu einem schweren und welche Schädigung zu einem leichten «Hirnschaden» führt. Ursachen des schädigenden Sauerstoffmangels können (aber müssen nicht) bei der Geburt vorkommen, zum Beispiel als Folge von Sturzgeburten, bei Früh- oder Mangelgeburten, verlängerten Geburten, Eklampsie und Präeklampsie, Uebertragungen, Lageanomalien. Die Bedeutung der Zangengeburt als Ursache der frühkindlichen Hirnschädigung wird sehr oft überschätzt.

Die häufigsten postnatalen Schädigungen entstehen durch die sogenannten Spätasphyxie (unbeob-

achtete Atemnot infolge Unreife des Atemzentrums einige Stunden bis Tage nach der Geburt), Virusinfektionen in den ersten Lebensmonaten oder Krämpfe. Der viel zitierte Sturz von der Wickelkomode ist nur in seltenen Fällen Ursache einer frühkindlichen Hirnschädigung.

Die grösste Unsicherheit besteht hinsichtlich der Ursachen der pränatalen Schädigung des unreifen Hirnes vom 6. Schwangerschaftsmonat an. Meistens handelt es sich um Störungen im embryonalen Blutkreislauf, seltener um Infektionskrankheiten. Neuerdings spielt auch Drogenmissbrauch der Mutter für die Entstehung einer derartigen Schädigung eine Rolle. Ob Schwangerschaftsblutungen und schwere seelische Belastungen der Mutter mitverursachend sein können, ist ungewiss.

Nochmals möchte ich betonen, dass die aufgeführten (und viele andere) Komplikationen in der Spätschwangerschaft, während der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten zu einer Hirnschädigung führen können, aber nicht führen müssen.

1.3. *Was bewirkt nun dieser Sauerstoffmangel auf das noch unreife Gehirn?* Auch hier tappen wir noch weitgehend im dunkeln. Wir sind sicher, dass es sich um eine diffuse, aber weitgehend reversible Schädigung handelt, wobei ich persönlich die Vermutung hege, dass es sich um eine Reifungsverzögerung der Hirnzellen und damit verbunden um eine Ablaufstörung in den Wahrnehmungs- und häufig auch in den motorischen Funktionen handelt.

2. Diagnose

Die Verwirrung und der Streit über das Vorkommen bzw. die Häufigkeit der frühkindlichen Hirnschädigung erklärt sich aus der Tatsache, dass bei dieser Störung die Umwelt eine viel entscheidendere Rolle spielt, als dies bei andern geistigen oder organischen Störungen der Fall ist. Es gibt deshalb Autoren, die das Vorliegen einer frühkindlichen Hirnschädigung rundweg bestreiten und die Symptomatik nur auf die Umwelt zurückführen möchten. Demgegenüber finden wir Autoren, die hinter jeder Frühverwahrlosung eine Hirnschädigung wittern. Der Grund hierfür liegt unter anderem darin, dass in leichteren Fällen und bei günstigen Umweltbedingungen zwischen dem 10. bis 12. Altersjahr die frühkindliche Hirnschädigung mehr oder weniger ausheilen kann (und dies infolge der ungeheuren Plastizität des unreifen kindlichen Hirnes). Es ist aber nicht zu bezweifeln, dass es das Krankheitsbild der leicht frühkindlichen Hirnschädigung gibt und dass diese

Krankheit sowohl spezifisch medizinische als auch spezifisch heilpädagogische, eventuell auch psychotherapeutische Massnahmen erfordert. Die *Diagnose* wird, wie bereits erwähnt, durch die erhöhte Umwelthanfälligkeit des leicht hirngeschädigten Kindes (und gerade dies ist für die Diagnose ein wichtiges Symptom) erschwert. Die Diagnose ist oft verschleiert und kann nur durch eine eingehende kinderpsychiatrische Untersuchung, welche eine ausführliche Anamnese, eingehende körperliche und neurologische Untersuchung (inkl. EEG-Untersuchung) und ausführliche Testuntersuchung (durch einen mit der Symptomatik der Störung vertrauten Testpsychologen) gestellt werden. Es ist ein Kunstfehler, die Diagnose einer leichten frühkindlichen Hirnschädigung nur aufgrund einer Anamnese oder der Verhaltensstörung oder der körperlichen Untersuchung oder Testbefunde allein zu stellen.

3. Die Symptomatik

Wenn wir nun auf die *Symptomatik der leichten frühkindlichen Hirnschädigung* eingehen wollen, so müssen wir streng die hirnfunktionell bedingten Grundsymptome von den stark umweltsabhängigen psychischen Symptomen unterscheiden.

3.1. Die hirnfunktionell bedingten Grundsymptome

Die Grundsymptome entstehen durch die — infolge der zentralnervösen Störung bedingten — gestörten Abläufe auf dem Gebiet der Wahrnehmung und Bewegung, welche zu Störungen in der Merkfähigkeit, im Denken, Lernen und Handeln führen können. Alle oder ein Teil dieser Abläufe zeichnen sich durch eine mangelnde Prägnanz aus, sie entbehren der qualitativen Ausprägung, der Durchstrukturierung und Formstabilität. Ebenso sehr können die Triebe, Affekte und Stimmungen ungenügend gesteuert, integriert und differenziert werden, und infolge dieser Wahrnehmungs-, Affekt-, Trieb- und Stimmungsauffälligkeiten ist das Kind auch unfähig, mit den kleinkindlichen Ängsten fertig zu werden und muss sich deshalb vermehrt an die Mutter oder einen Mutterersatz klammern. Der zuletzt geschilderte Störungsbereich im Trieb-, Affekt-, Stimmungsleben und in der mangelhaften Angstverarbeitung verursacht die schillernde Vielfältigkeit der Symptome. Denn gerade diese seelischen Bereiche sind bei jedem Kind stark umweltabhängig, beim hirngeschädigten jedoch in einem noch viel ausgeprägteren Masse als dies beim Gesunden der Fall ist. Ein weiteres Grundsymptom des hirngeschädigten Kindes ist nämlich die extreme Reizüberempfindlichkeit und Abhängigkeit von der Umwelt.

Die geschilderten Ablaufstörungen in den *Wahrnehmungsfunktionen* (ich möchte hier noch einmal betonen, dass es sich um Ablaufstörungen und nicht um Ausfälle in den Wahrnehmungsfunktionen handelt — dies ist der Grund, weshalb bei

günstigen Umweltsbedingungen mit der Reifung des Gehirns die Störung mit 10 bis 12 Jahren «ausheilen» kann) führen zu folgenden Symptomen:

3.1.1. Störung in der Merkfähigkeit

Die geistig intellektuelle Leistungsfähigkeit bedarf einer rasch und differenziert Eindrücke aufnehmenden Merkfähigkeit. Infolge der geschilderten Ablaufstörung ist die Merkfähigkeit bei hirngeschädigten Kindern besonders dann herabgesetzt, wenn Teilinformationen rasch und sehr dicht erfolgen. Das kranke Kind ist dann nicht mehr fähig, alle Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten. Dies wird noch dadurch erschwert, dass verschiedene Informationen infolge der mehr oder minder ausgeprägten akustischen oder optischen Differenzierungsschwäche verzerrt aufgenommen werden. (Bei der gesprochenen Sprache können Dehnungen und Schärfungen sowie auch ähnliche Laute nicht voneinander unterschieden werden, bei der geschriebenen Sprache kann häufig infolge der gestörten Raumempfindung oben und unten, links und rechts nicht mehr genügend unterschieden werden, so dass beispielsweise die Buchstaben b und d, p und q kaum voneinander differenziert werden können.)

Die Folge dieser immer in einem mehr oder minder starken Ausmass vorhandenen Differenzierungsschwäche ist eine mehr oder minder schwere Legasthenie (wobei wieder vor der Verallgemeinerung gewarnt werden muss, dass jede Legasthenie Folge einer Hirnstörung sei). Die gestörte Merkfähigkeit äussert sich deshalb hauptsächlich in der Schule, vor allem beim Diktatschreiben, beim mündlichen Rechnen, bei komplexeren Erklärungen des Lehrers. Deshalb muss das Kind eine gegebene Information nochmals erfragen, und wenn es dies immer tun muss, wird es recht häufig entmutigt, getraut sich nicht mehr zu fragen und zieht sich ins Schneckenhaus zurück. Recht häufig erkennt der Lehrer die Merkfähigkeitsstörung nicht, sondern nur deren Folgen. Je nach der Eigenart des Kindes und seinem Milieu äussern sich diese Folgen in passivem Sichzurückziehen (das Kind ist «faul» und gleichgültig, interesselos und phantasielos), in extremen Fällen lutscht es oder nässt sogar wieder ein. Ein anderes Kind macht sich durch Stören, Aggressivität, Dreinreden bemerkbar. In beiden Fällen ergibt sich sehr rasch ein neurotischer Teufelskreis. Das sich zurückziehende Kind wird durch Vorwürfe und Schelte noch ruhiger, passiver, das unruhige, störende Kind noch störender und aggressiver.

3.1.2. Die Konzentrationsfähigkeit

Infolge der bereits erwähnten optischen und akustischen Differenzierungsschwäche muss das Kind ein Vielfaches an Konzentration aufbringen, um dem Unterricht folgen zu können. Die Folge hiervon ist, dass das Kind relativ rasch ermüdet, dem Unterricht nicht mehr folgen kann und infolgedes-

sen unkonzentriert wird. Dies ist der Grund, weshalb diese Kinder in der ersten Schulstunde dem Unterricht gerade noch folgen können, in den folgenden Stunden aber unkonzentriert sind. Die Konzentration wird sodann noch durch eine weitere Ursache beeinträchtigt. Infolge der mangelnden Hirnreifung sind die Kinder viel reizempfindlicher, als dies beim hirngesunden Kind der Fall ist. Sie werden deshalb durch jeden Reiz (sei es ein vorbeifliegender Vogel, Lärm auf der Strasse oder in der Schulstube) abgelenkt und damit in der Konzentration beeinträchtigt. Hirngeschädigte Kinder brauchen deshalb einen möglichst ruhigen, ungestörten Unterricht, um dem Lehrstoff auch nur einigermaßen folgen zu können.

3.1.3. Das Arbeitstempo

Wir finden hier Kinder, die entweder zu langsam oder zu hastig arbeiten. Die Kinder sind infolge ihrer optischen Differenzierungsschwäche verunsichert, sie werden deshalb beim Schreiben oder überhaupt in schriftlichen Aufgaben immer wieder unsicher, ob das geschriebene Wort auch richtig sei. Deshalb kommt es zu Verbesserungen und Verschlimmbesserungen, was natürlich das Arbeitstempo stark hemmt. Recht häufig wird durch das Gefühl, nicht genügend leisten und mit der Leistung nicht zufrieden sein zu können, das Arbeitstempo noch mehr beeinträchtigt.

Andere Kinder gewöhnen sich infolge der gestörten Merkfähigkeit an, sehr rasch zu schreiben oder zu reagieren, denn sie haben beispielsweise bei drei kurz aufeinanderfolgenden Informationen recht häufig die erste bereits vergessen, wenn sie die letzte hören. Deshalb bemühen sie sich, jede Information sofort umzusetzen, ohne auf den Satzzusammenhang zu achten, was dann jeweils beim Diktatschreiben dazu führt, dass Wortteile, ganze Worte oder Satzteile ausgelassen werden, weil das Kind die für es zu kurz aufeinanderfolgenden Informationen nicht alle wiedergeben kann.

3.1.4. Ausdauer und Belastungsfähigkeit

Aus dem bereits Gesagten ist verständlich, dass das hirnorganisch kranke Kind weniger belastungsfähig und weniger ausdauernd ist als das hirngesunde.

3.2. Motorische und sprachliche Symptome

Recht häufig finden wir auch eine *gestörte Entwicklung der Motorik und der Sprache*, was zur motorischen Behinderung (*débile moteur*) oder zu Sprachstörungen, wie Agrammatismus, Stammeln oder Poltern, führen kann. Fast immer ist auch die Zeichenfähigkeit gestört (die Zeichnungen sind primitiver, als dies dem Alter des Kindes entspricht, phantasieärmer, starrer). Im Spiel sind diese Kinder wenig ausdauernd, häufig ziellos,

motorisch unruhig, voll unproduktiven Beschäftigungsdranges. Das Phantasieleben ist häufig chaotisch, ungesteuert, aggressiv und destruktiv.

3.3. Die umwelts- und persönlichkeitsabhängigen psychischen Symptome

3.3.1. Die erschwerte Umstellfähigkeit führt bei unsicheren Kleinkindern zu Panikreaktionen in neuen Umgebungen, bei grösseren Kindern zu pedantischem zwanghaftem Verhalten, zähflüssigem und verlangsamttem Denken.

3.3.2. Das Affekt- und Triebverhalten wie auch die Gestimmtheit der frühkindlich hirngeschädigten Kinder sind zum Teil sowohl von der Umwelt als auch von der persönlichen Eigenart des Kindes abhängig. Die *Gefühle* sind entweder gehemmt, werden verleugnet oder dann zeigt sich eine massive Gefühlslabilität mit ungesteuerten Gefühlsausbrüchen. Im *Triebleben* finden wir alle Uebergangsstufen von der Apathie bis zu trieb- und dranghaftem Verhalten, die *Stimmungen* wechseln von euphorischer bis zu depressiver Gestimmtheit. Nicht selten werden auch massive Verstimmungszustände beobachtet (reizbare, mürrische depressive Verstimmungen).

3.3.3. Alle hirnorganischen kranken Kinder können ihre *Angstgefühle* nur schlecht meistern. In einer Umwelt, die keinen Halt und keine Sicherheit bietet, wird die schwere Angst verleugnet und «weggeschoben», die Kinder agieren deshalb und wirken distanzlos, motorisch getrieben oder sie sind aggressiv und jähzornig. In einer stark beschützenden Umwelt hingegen versuchen diese Kinder, ihre unstrukturierten Affekte, die vagen Verstimmungen und ungesteuerten Triebe und ihre unstrukturierten Ängste abzuwehren. Diese Kinder wirken äusserlich ängstlich, scheu, unsicher, gehemmt, blockiert und zeigen nur zu Hause gelegentliche uneinflussbare Gefühls- und Triebdurchbrüche. Die Phantasiewelt dieser Kinder ist (weil ja die aggressiven und destruktiven Gefühle und Triebe abgewehrt werden) in der Regel sehr destruktiv.

3.4. Die Begabung

Die *Begabung* der hirnorganisch leich geschädigten Kinder ist meistens durchschnittlich bis gut, weshalb das fast regelmässig auftretende relative oder absolute Schulversagen besonders schmerzlich empfunden wird und Anlass zu schweren Insuffizienz- und Schuldgefühlen gibt. Diese Insuffizienz- und Schuldgefühle werden durch die Umwelt mit der berühmten Feststellung: «Es könnte schon, wenn es nur wollte» verstärkt. Dabei ist die Situation für das kranke Kind häufig gerade umgekehrt: «Es wollte schon, wenn es nur könnte» (nämlich es möchte sich besser konzentrieren können, weniger ermüdbar, weniger merkfähigkeitsgestört, weniger ungesteuert und weniger leistungsschwach sein). Infolge der Wahrnehmungs-

störungen ist auch die Orientierung in Raum und Zeit meistens gestört und der Umgebung schwer verständlich (weil die allgemein irrtümliche Auffassung besteht, dass ein intelligentes Kind ein ungestörtes Raum- und Zeiterleben haben sollte).

4. Die Behandlung

Die *Behandlung* der leicht hirngeschädigten Kinder muss sich in *erster Linie an der hirnfunktionell bedingten Grundstörung orientieren*.

4.1. Heilpädagogische Behandlung

Die *Behandlung ist denn auch in erster Linie heilpädagogisch*. Jedes schwerer gestörte hirnkranken Kind sollte — was ja leider nicht der Fall ist — spezifisch geschult werden. In ruhigen Kleinklassen, bei einem ebenso ruhigen, aber konsequenten und sicheren Lehrer sollte dieser unter Berücksichtigung der erhöhten Ermüdbarkeit, Ablenkbarkeit und Merkfähigkeitsstörung vor allem die optische und akustische Differenzierung, die Orientierung im Raum und Zeit üben und dem Kind vor allem das erschütterte Selbstvertrauen stärken (durch die Erzielung von — dem Kinde möglichen — intelligenzentsprechenden Leistungen). Stille, zurückgezogene Kinder sollten ermutigend herbeigeholt und aktiviert werden, unruhige, störende, aggressive Kinder sollten durch eine ruhige bestimmte Führung beruhigt und durch geeignetes Körpertraining in der Selbstbeherrschung geschult werden. In Heimen ist auf eine genügende Freizeit- und vor allem Spielmöglichkeit zu achten, auch hier sollte in kleinen Gruppen auf die erhöhte Reizempfindlichkeit acht gegeben werden und durch heilpädagogische Massnahmen vor allem im Malen, Gestalten die verschütteten schöpferischen Fähigkeiten geweckt werden. Verstimmte, gereizte Kinder sollten in Ruhe gelassen werden, bis sie aus ihren Verstimmungen herauskommen können. An sonderpädagogischen Massnahmen haben sich die *Logopädische Behandlung* durch eine mit der Hirnphysiologie vertraute Logopädin, bei motorischen Störungen eine *psychomotorische Therapie* gut bewährt. Immer aber hat die heilpädagogische Betreuung in der Schule oder im Heim und die *gezielte Beratung der Eltern und Betreuer* zum besseren Verständnis des Kindes vor jeder anderen Massnahme den Vorrang. Die gezielte Beratung und Betreuung von Eltern und Erziehern ist eine wichtige und unabdingbare Voraussetzung für die heilpädagogische Betreuung des kranken Kindes und muss auch immer wieder neu überprüft und den Fortschritten des Kindes angepasst werden. Sie ist also wesentlicher Bestandteil der heilpädagogischen Betreuung.

4.2. Psychotherapie

Eine *Psychotherapie* ist nur in ausgewählten Fällen, bei gesicherter Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrer sinnvoll. Sie hat die Aufgabe dem Kind

zu helfen, mit seinen schweren Ängsten, ungesteuerten Affekten und Trieben besser fertig zu werden. Eine Psychotherapie ist aber nur bei einem gut ausgebildeten Psychotherapeuten zulässig.

4.3. Medikamentöse Behandlung

Eine *medikamentöse Behandlung* kann in vielen Fällen erfolgreich sein, sie hat immer nur die Funktion, die heilpädagogischen Bemühungen zu unterstützen. Es ist dabei oft schwierig, das richtige Medikament zu finden, nicht selten gelingt die richtige medikamentöse Einstellung erst im 2. oder 3. Anlauf. Die Medikation sollte dabei nur solange erfolgen, bis das Kind in der Schule und zu Hause oder im Heim sich von seinen neurotischen Begleitstörungen aufgefangen hat.

Immer ist die Zusammenarbeit von Arzt mit Eltern und Pädagogen eine Voraussetzung zur erfolgreichen medikamentösen Behandlung.

5. Prognose

Die *Prognose* ist meistens günstig, wenn wir rechtzeitig die geeigneten Massnahmen treffen können. Die Prognose ist aber nur günstig bei rechtzeitiger und fachgerechter Behandlung. Immerhin kommt es beim heutigen Schulsystem auch bei richtiger Behandlung immer wieder vor, dass die Sekundarschule trotz genügender Intelligenz wegen der sprachlichen Schwäche (infolge der Ueberbewertung der sprachlichen Fächer und der Anwendung von Sprachlabors, die für diese Kinder ausgesprochen ungünstig sind) nicht besucht werden kann.

In unbehandelten oder ungenügend behandelten Fällen finden wir nach dem 12. Altersjahr zwar kaum noch hirnfunktionell bedingte Störungen; aber die jahrelange Neurotisierung infolge der Ueberforderung, den ständigen Misserfolgen, den Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen und den gespannten Eltern—Kind-Beziehungen hat zu schweren Verhaltensstörungen geführt, welche sich unter anderem in Haltlosigkeit, jugendlicher Delinquenz Erregbarkeit, Gemütsarmut, Aggressivität, sexueller Triebhaftigkeit äussern können und leider immer noch allzu oft als «Psychopathie» diagnostiziert werden (die Diagnose einer abgeklungenen frühkindlichen Hirnschädigung ist bei diesen Patienten noch schwieriger zu stellen, als dies beim jüngeren Kind der Fall ist).

Diese kurze Uebersicht sollte dem Leser Anregungen vermitteln und den Fachmann, der mit hirngeschädigten Kindern zu tun hat, auffordern, sich intensiver mit diesen Problemkindern auseinanderzusetzen.

Literatur:

HARBAUER, LEMPP, NISSEN, STRUNK: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1971.

LEMPP, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Verlag Huber, Bern, Stuttgart, 1964.

LEMPP, R. und WACKER, H.: Anamnestische und katanamnestische Untersuchungen über die Folgen von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und ihre Bewertung. In Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, Band V, 1967.

MUELLER-KUEPPERS, M.: Das leicht hirngeschädigte Kind. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1969.

STAEDELI, H.: Die leichte frühkindliche Hirnschädigung. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1972.

STUTTE, H. und KOCH, H. (Hrsg.): Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1970.

Anschrift des Verfassers:

Dr. H. Städeli, Chefarzt am ostschweiz. Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, St. Gallen

Wer gehört ins Altersheim?

Soll ein Altersheim Pensionäre aufnehmen, welche noch jung und rüstig sind, oder soll es denen reserviert bleiben, die nicht mehr in der Lage sind, einen eigenen Haushalt zu führen oder keine passende Wohnung mehr finden können? Können sich überhaupt noch jüngere, rüstige Pensionäre in einem Altersheim wohlfühlen?

Diese Fragen werden heute oft gestellt, sowohl von Betagten als auch von Heimeltern und Trägerschaften von Altersheimen. Wir möchten auf diese Fragen eingehen, indem wir in dieser Nummer verschiedene Meinungen zu Worte kommen lassen: Dem Zweckartikel der Heimordnung der Stadt Zürich stellen wir die Meinung eines Heimleiters gegenüber, dem Seufzer eines «jungen» Pensionärs das Lob einer Pensionärin. Aus psychiatrischer Sicht behandelt Frau Dr. med. und phil. Cécile Ernst das Thema. Red.

In der Heimordnung für die Altersheime und Alterswohnheime des Wohlfahrtsamtes der Stadt Zürich wird in Art. 1 der Zweck der Heime wie folgt umschrieben:

«Die Altersheime bieten betagten Einzelpersonen und Ehepaaren, die über keine zweckmässige Wohngelegenheit verfügen oder keinen eigenen Haushalt mehr führen wollen, Unterkunft und Verpflegung.»

Die Alterswohnheime bieten betreuungs- und zeitweise pflegebedürftigen, dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesenen betagten Einzelpersonen und Ehepaaren Unterkunft, Verpflegung und Betreuung.»

Wer gehört ins Altersheim?

Aus der Sicht eines Heimleiters

Herr M ist schon mehr als 70 Jahre alt. Mit seinem Herr M. ist schon mehr als 70 Jahre alt. Mit seinem

in den beiden Restaurationsbetrieben, die noch ihm gehören, die Abrechnungen mit den Geranten vorzunehmen. Abends kehrt er zurück ins Altersheim. Vor wenigen Wochen, nachdem er aus der Zeitung von einem Autounfall mit tödlichen Folgen gelesen hatte, verkaufte er spontan sein eigenes Auto und fährt nun regelmässig mit dem «Goldküstenexpress» in die Stadt.

Gehört dieser Mann ins Altersheim?

Die Dame ist 75 Jahre alt, die noch regelmässig an der Volkshochschule Sprachkurse besucht, eine Seniorengruppe leitet und betreut, zu ihren Kindern reist, um Baby-Sitter-Dienste des Nachts zu übernehmen und jährlich ein bis zwei Monate unterwegs ist. So vor anderthalb Jahren auf einer Reise nach Japan.

Gehört diese Dame ins Altersheim?

Bevor die Frage «Wer gehört in ein Altersheim?» beantwortet werden kann, muss die Gegenfrage gestellt werden: «Welche Aufgaben hat das Altersheim für die Oeffentlichkeit zu erfüllen?» Soll das Altersheim nur jenen betagten Mitmenschen dienen, die gebrechlich sind, ihren Haushalt nicht mehr selber besorgen können, keine Bekannten und Verwandten haben, die diesen Dienst allenfalls übernehmen könnten? Also kurz, all denen, die der Betreuung, der Pflege und der Fürsorge bedürfen. Oder soll das Altersheim auch jenen Betagten offenstehen, die ohne äusseren Grund ihre bisherige Wohnung aufgeben möchten, noch kerngesund sind und geistig rege, welche bereit sind, eine neue Lebensphase anzutreten und gerne die Annehmlichkeiten eines Altersheims mit den besonderen Dienstleistungen schon frühzeitig in Anspruch nehmen?

Zurzeit beurteilen wir die Aufnahmekriterien doch immer nur aus der Sicht der überfüllten Wartelisten und mit dem Hintergrund der beschränkten Aufnahmemöglichkeiten. Wenn aber der Bau von