

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 21 (1985)

Heft: 8

Artikel: Orthopädie-technische Versorgung im Rahmen der Rehabilitation
Schädelhirnverletzter

Autor: Winkler, W.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930110>

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: 21.07.2025

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

Orthopädie-technische Versorgung bei cerebralen Bewegungsstörungen

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Prothesen und Orthesen (Fortsetzung)

Orthopädie-technische Versorgung im Rahmen der Rehabilitation Schädelhirnverletzter

W. Winkler

Einleitung:

Für die Bundesrepublik Deutschland wird die Häufigkeit von rehabilitationsbedürftigen Schädelhirn-Verletzungen auf 30 000 pro Jahr geschätzt (5,8). Darin sind auch schwere Commotionen und alle Fälle mit Rehabilitationsbedürftigkeit aufgrund von Begleitverletzungen enthalten. Für die Schweiz schätzt G. Lutz die Häufigkeit von schweren rehabilitationsbedürftigen Schädelhirn-Traumen bei Patienten in erwerbsfähigem Alter auf 420 pro Jahr. Diese Zahl ist nicht nur wegen der Beschränkung auf jene Patienten in erwerbsfähigem Alter so niedrig, sondern vor allem auch dadurch, dass alle Fälle mit Commotio cerebri und diejenigen mit tödlichem Verletzungsausgang nicht enthalten sind. Andere Statistiken, die die Gesamtzahl aller Schädelhirnverletzten in der Schweiz errechnen liessen, gibt es keine.

Im Nachbehandlungszentrum sind in den letzten Jahren durchschnittlich 200–220 Patienten pro Jahr mit einer Contusio cerebri, meist sogar vergesellschaftet mit anderen Verletzungen, zur Rehabilitation hospitalisiert worden. Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die Erfahrungen mit ihnen.

Definition

Die folgende Einteilung und Definition war von jeher Anlass heftiger Diskussionen. Dennoch hat sie sich bis heute erhalten und wird auch allgemein verwendet. Es erscheint mir deshalb notwendig, an dieser Stelle darauf hinzuweisen. Für eine differenziertere Betrachtungsweise verweise ich auf die Literaturangaben.

Von einer *Commotio cerebri* spricht man, wenn die Bewusstlosigkeit nicht länger als 15 Minuten und/oder ein evtl. posttraumatischer Dämmerzustand nicht länger als 60 Minuten dauert (7).

Amnesie und vegetative Störungen sind obligat, morphologisch ist die *Commotio cerebri* dagegen «spurlos» (3, 5, 7).

Von einer *Contusio cerebri* kann dann gesprochen werden, wenn die Bewusstlosigkeit länger als eine Stunde dauert, und/oder der posttraumatische Dämmerzustand länger als 24 Stunden (7).

Die *Contusio cerebri* ist morphologisch fassbar und ist begleitet von cerebralen Herd- bzw. Allgemeinsymptomen. Besteht wegen der Dauer der Bewusstlosigkeit oder des Dämmerzustandes eine Grenzsituation, kann die Diagnose retrospektiv immer dann gestellt werden, wenn in neuropsychologischen Untersuchungen Ausfallserscheinungen diagnostiziert werden können, welche mit dem Unfallgeschehen korrelieren (siehe später unter posttraumatischen psychischen Schäden).

Zwar ist die *Contusio cerebri* bei Betrachtung der Intensität des Traumas ein von der *Commotio cerebri* weiterführender Begriff, dennoch ist sie nicht einfach der «stärkere Bruder» der *Commotio cerebri*. Es sind bei besonderen Verletzungsarten auch Hirnkontusionen ohne Bewusstlosigkeit möglich (3, 6).

Von einer *Compressio cerebri* spricht man, wenn ein intracranieller Überdruck eine zusätzliche Schädigung der Hirnsubstanz bewirkt. Diese Situation tritt z.B. bei der Ausbildung eines subduralen Hämatoms, einer Liquorstauung oder des Hirnödems ein.

Gelegentlich finden sich noch andere Begriffe wie *Concussio cerebri* oder *Conquassatio cerebri*. Es sind Ausdrücke, die offene Hirnverletzungen evtl. mit Quetschung bezeichnen, jedoch heute kaum mehr gebraucht werden. Schliesslich noch folgendes: Jede Schädelverletzung, die mit einem Liquorausstritt einhergeht – und sei er noch so gering und sei er auch erst verspätet aufgetreten – wird als infiziert und offen bezeichnet.

Das Schadensbild

Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen oder angeborenen Leiden ist die Spastizität – unser Thema – bei den Schädelhirn-Verletzten nie die alleinige und auch nicht die dominierende Symptomatik. Die Betrachtung der Therapiemöglichkeiten bei ihnen muss die anderen Schädigungen miteinbeziehen. Das macht es notwendig, dass ich sie wenigstens in einer extrem kurzen Übersicht anspreche.

In der Akutphase stehen Schock, Atemstörungen, intracranielle Blutungen und ganz allgemein der intracranielle Hochdruck sowie die begleitenden Verletzungen im Vordergrund. Es handelt sich um Störungen der vitalen Funktionen, die Behandlung ist in diesem Stadium ein chirurgisch/anaesthesiologisches Problem, wir lassen es für unsere weiteren Betrachtungen ausser acht.

Bei den Spätfolgen unterscheiden wir:

Direkte organische Läsionen

Der Defekt in der knöchernen Schädeldecke, die Störungen infolge Kieferfraktur oder Schielen wegen Verschiebungen in der Augenhöhle können auch in der Spätphase noch von Bedeutung sein, also auch dann, wenn die erste Frakturbehandlung beendet ist.

Neurologische Ausfälle

Ihre Ausprägung ist recht unterschiedlich. Sie können als eine klassi-



Abb. 1:
Patient beginnt selbständig zu gehen, wobei er den Rollstuhl als Gehhilfe verwendet.

sche Hemiplegie mit Spastizität erscheinen, können aber an einer Extremität als spastische und schlaffe Lähmung nebeneinander auftreten. Es gibt auch Bilder, die durch Ataxie auffallen und solche, die wie eine Paraplegie erscheinen. Die neurologischen Ausfälle können aber auch die Hirnnerven betreffen und somit z.B. zu Gesichtsfeldeinbusse, Doppelbilder oder zu Schluckstörungen führen. Ganz allgemein ist jedoch zu sagen, dass die neurologische Symptomatik die schlussendliche Invalidität nicht allein bestimmt.

Posttraumatische psychische Schäden

Die bleibenden psychischen Störungen, die sich bei Schädel-Hirn-Traumatikern finden, können in zwei grosse Gruppen eingeordnet werden. Die eine betrifft die kognitiven Störungen, die andere die Wesensveränderungen. Beide sind zu trennen von den psychischen Störungen, welche unmittelbar im Anschluss und in der ersten Zeit nach dem Unfall auftreten, wie z.B. die Bewusstlosigkeit oder das psychotische Durchgangssyndrom.

Die *kognitiven Störungen* (d.h. Störungen des Wahrnehmens und des Erkennens) lassen sich durch geeig-

nete Tests objektivieren und äussern sich z.B. in einer Agnosie (Störung im optisch-räumlichen Wahrnehmen), Acalculie (Störung im Bereiche des Rechnens), Apraxie (Störung im Handlungsablauf) und anderen. Die *Wesensveränderungen* zeigen sich in der Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Umwelt und äussern sich z.B. in Antriebslosigkeit, mangelnder Ausdauer oder aber in aufbrausendem Verhalten oder Selbstüberschätzung.

Die Störungen im psychischen Bereich bestimmen in den meisten Fällen letztendlich das Ausmass der Invalidität. Sie sind für den Rehabilitationsverlauf deshalb von grösster Bedeutung.

Posttraumatische vegetative Symptomatik

Sie kann in den ersten Wochen und Monaten sehr ausgeprägt sein, sollte jedoch im Laufe dieser ersten Monate nach dem Trauma an Intensität recht wesentlich einbüssen. Bleiben sie in einem gewissen Ausmass bestehen, gewinnen sie im subjektiven Empfinden des Patienten schliesslich das Übergewicht. Das führt dazu, dass der Patient sich zwar über Kopfschmerzen und Lichtüberempfindlichkeit beklagt, nicht aber über seine Merkfähigkeitsstörungen. Kommt es zu einer solchen Verschiebung der subjektiven Klagen, weg von den objektiven psychischen Störungen hin zu den vegetativen Symptomen, spricht man von posttraumatischer Encephalose.

Posttraumatische Epilepsie

Hier unterscheidet man ebenfalls Frühfälle von Spätanfällen. Bei letzteren handelt es sich um die eigentliche traumatische Epilepsie. Anfälle, die in den ersten Tagen nach dem Unfall auftreten, signalisieren nicht unbedingt eine späte traumatische Epilepsie. Tritt jedoch ein epileptischer Anfall nach 2 – 3 Monaten auf und wiederholt sich dieser, so ist

die Prognose für die Ausheilung dieser Epilepsie wenig günstig.

Durch ein Schädel-Hirn-Trauma kann eine bereits bestehende Bereitschaft zur Ausbildung einer Epilepsie auch verstärkt werden. Epileptische Anfälle, welche Jahre nach dem Unfall auftreten, muss man vor allem unter diesem Aspekt sehen.

Die Epilepsie behindert den Patienten in zweierlei Hinsicht. Einerseits durch die Anfälle, andererseits durch die Medikation, welche durchwegs spürbaren Einfluss auf die Agilität der Patienten hat.

Beispiele technischer Versorgung bei Schädelhirn-Traumatikern

Die Rolle der technischen Orthopädie ist infolge dieser unterschiedlichen und vielseitigen Symptomatik klein. Es ist deshalb richtig, dass ihre Fachleute nicht als erste zur Rehabilitation beigezogen werden. Ganz abgesehen davon, dass das Feld der technischen Orthopädie nicht exakt definiert ist und die einzelnen Hilfen in manchen Kliniken von der Ergotherapie, an anderen vom Pflegedienst und schliesslich wieder an anderen vom Orthopädie-Techniker geleistet werden. Ich halte mich im folgenden nicht an solche Eingrenzungen.

Rollstuhl

Mancher Schädelhirn-Traumatiker ist, wenn er zu uns zu ersten Rehabilitationsmassnahmen eintritt, noch nicht gehfähig. Wir bringen ihm aber keine Therapie ans Bett, er muss sich zur Therapie hinbewegen. Er erhält dazu einen Rollstuhl. Anfangs wird man ihn auch noch mit dem Rollstuhl begleiten müssen, damit er den Ort findet. Er hat, indem er sich mit diesem fortbewegen muss, um zu bestimmten Zeiten in der Therapie zu erscheinen, bereits eine grosse Aufgabe zu bewältigen und ermüdet dabei auch sehr rasch. Der Rollstuhl ist für ihn somit nicht nur Fortbewegungsmittel, sondern auch Therapiegerät. ▷

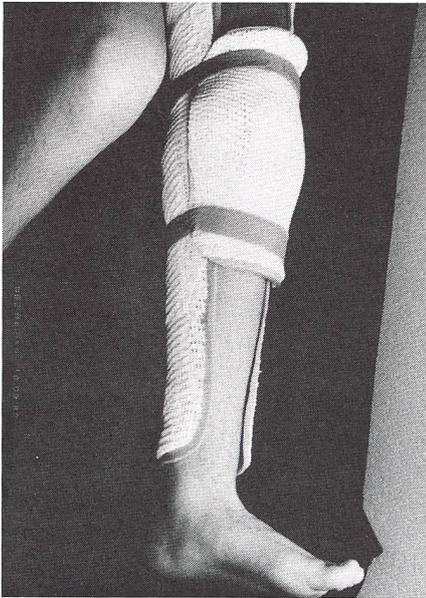
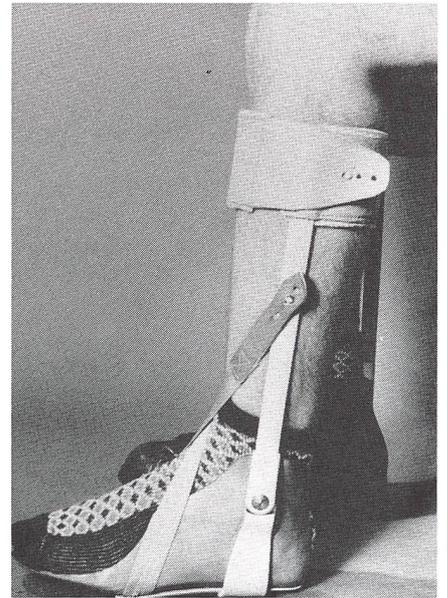


Abb. 2:
Hinterschiene aus Hexcelite mit einfachen Velcro-Verschlüssen gefertigt, da erwartet werden kann, dass sie nur vorübergehend eingesetzt werden muss.



Abb. 3a und 3b:
Zwei Modelle einer Unterschenkel-Orthese, die bei schwerer Spastizität des Fußes eingesetzt werden. Wichtig ist, dass der Fuß nicht mit einem elastischen Gummiband gehoben wird, sondern das Widerlager zum Fuß starr ist.



Später, wenn der Patient eine erste Standfestigkeit auf den Beinen gefunden hat, dient er ihm als Gehhilfe (Abb. 1).

Sitzschale

Wenn Raumempfinden, Kraft oder die Spastizität es dem Patienten verwehrt, eine nützliche Zeitdauer im Rollstuhl sitzend zu verbringen, muss durch Kissen und Pelotten versucht werden, die Sitzfähigkeit zu verbessern. Ist aufgrund des bisherigen Verlaufes zu erwarten, dass diese Störungen sich nicht genügend rasch zurückbilden, muss man eine Sitzschale einsetzen.

Vorderarmstöcke

Sie kommen sehr selten zum Einsatz und haben eigentlich hauptsächlich dann ihre Berechtigung, wenn eine Ataxie infolge Kleinhirnbeteiligung vorliegt. Die Krücken werden dann nicht als eigentliche Stütze verwendet, sondern weit abgespreizt vor sich her getragen. Sie dienen so der Sicherheit.

Die cerebelläre Ataxie kann langzeit-

lich gut kompensiert werden, die Stöcke sind also nur vorübergehend einzusetzen.

Hinterschienen

Für die ersten Schritte können dem Patienten Hinterschienen hilfreich sein. Sei es, weil er quasi vergessen hat, wie man das Knie streckt oder sei es, weil er infolge einer Spastizität das Knie nicht richtig strecken kann. Wir konnten beobachten, dass sich in diesen speziellen Fällen die Spastizität sehr gut durch die Verwendung von starren Schienen durchbrechen lässt. Es handelt sich dabei also praktisch immer um eine vorübergehende Massnahme, welche oft nur wenige Wochen notwendig ist. Es ist damit eine Beschleunigung der Mobilisation erreichbar (Abb. 2).

Unterschenkel-Gehapparate

Selten braucht der Schädelhirn-Traumatiker wegen ausgeprägtem spastischem Spitzfuß eine starre Orthese. Es genügen oft auch leichte Hilfen wie eine Absatzerhöhung in einem Schuh mit hohem Schaft oder

eine Unterschenkel-Orthese nach Lehneis. Ist die Tendenz zum Spitzfuß und vor allem zum Supinieren so gross, dass der Halt mit diesen Massnahmen nicht gewährleistet werden kann, braucht es den starren Unterschenkelapparat. Es lohnt sich ihn einzusetzen, denn unsere Beobachtungen legen den Schluss nahe, dass es durch den Einsatz dieser Schienen gelingt, im Zeitraum von 1–2 Jahren die Spastizität günstig zu beeinflussen (Abb. 3a, 3b).

Helme

Nicht selten kann der Schädelkalottendefekt erst dann operativ gedeckt werden, wenn die therapeutischen Bemühungen im Rahmen der Rehabilitation bereits schon im Gange sind. Es ist selbstverständlich, dass wir trachten müssen, den bis zur Deckung leicht verletzlichen Kopf zu schützen (Abb. 4).

Kommunikationshilfen

In einen etwas noch weiteren Rahmen gehören die technischen Kommunikationshilfen. Sprachstörungen

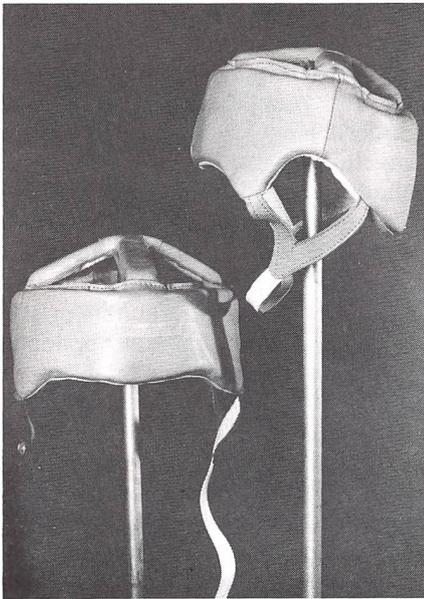


Abb. 4:
Helme als Kopfschutz, insbesondere bei Beteiligung des Patienten in Gruppengymnastik.

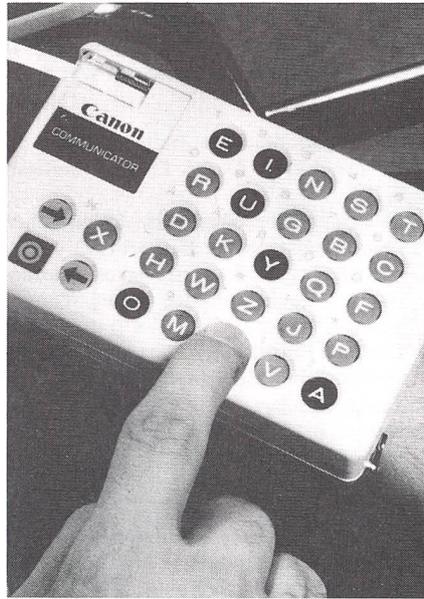
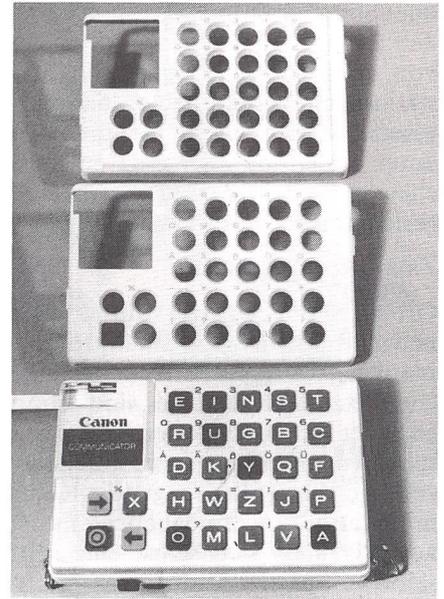


Abb. 5a und 5b:
Kommunikator, der es dem Patienten erlaubt, schriftlich sein Anliegen vorzubringen. Die Tasten können je nach Geschicklichkeit des Patienten durch verschiedene tiefe Schablonen geschützt werden, so dass Fehlbedingungen vermieden werden.



(Aphasien und Dysarthrien) sind eine relativ häufige Schädigung, sie werden in der Literatur in 35 % der schweren Schädelhirnverletzungen beobachtet (6). Es ist jedoch gerade für den Einsatz der Kommunikationshilfen notwendig, die Unterscheidung zwischen Aphasien und Dysarthrien streng vorzunehmen. Nur die Dysarthrien (und Aphonien) können aus einem Kommunikator Nutzen ziehen. Für Leute mit Aphasien ist der Kommunikator keine Hilfe. Leider sind sie gegenüber der anderen Gruppe in der Mehrzahl (Abb. 5a, 5b).

Diskussion

Alle hier ausgeführten Hilfen müssen in den meisten Fällen nur vorübergehend eingesetzt werden. Das ist bei einigen wie z.B. dem Helm selbstverständlich, bei anderen wie dem Unterschenkelapparat vielleicht überraschend. Die Verlaufsbeobachtung unserer Fälle ist jedoch in dieser Hinsicht eindeutig. Wir können heute sagen, dass die positive Beeinflussung

der Spastizität, welche bisher nur im Zusammenhang mit dem Einsatz der Leibacher-Orthese (4) beschrieben wurde, auch bei Verwendung eines Unterschenkelapparates mit starren Anschlägen oder Riemen beobachtet werden kann.

Gerade diese Erfahrung wirft aber die Frage auf, ob nicht die Bobath-Therapie alleine, ohne die Unterstützung von Orthesen ausreicht. Dieses Faktum kann diskutiert werden, aus unserer Erfahrung geht jedoch hervor, dass es nicht angeht, die Verwendung der einen oder der anderen Methode zu einer ausschliesslichen Regel zu machen. Es können ja neben der reinen neurologischen Schädigung auch psychische Störungen wie eine Rechts-/Linkswahrnehmungsstörung oder eine Apraxie beteiligt sein und in der neurologischen Symptomatik quasi verschwinden. Es hat sich gezeigt, dass durch den Einsatz von Orthesen gerade solche zusätzliche Störungen erst aufgedeckt werden können. Es lohnt sich daher, einfache Orthese zu versuchen. Für ihren Einsatz lässt sich

wenigstens eine Regel geben. Diese besagt, dass die grösseren Gelenke (wie Knie, Hüfte) in Fällen mit Ataxie nicht durch Orthese überbrückt werden dürfen. Diese Patienten brauchen die ausführenden Balancebewegungen, um das Gleichgewicht zu behalten. Orthesen, die diese behindern, würden dem Patienten den letzten Rest von Gleichgewicht rauben. Allenfalls kann man für sie Vorderarm-Krücken abgeben, die sie dann weit abgespreizt vor sich her tragen.

Zwar wird die Diskussion um die Bobath-Therapie (1, 2) häufig recht leidenschaftlich geführt, die Argumentation, welche dabei verwendet wird, hat jedoch keineswegs etwas Aussergewöhnliches an sich. Es geht auch bei dem Einsatz anderer Mittel um die Frage, ob dadurch nicht therapeutisch wirksame Mechanismen gestört werden. Aus diesem Grund wird der Einsatz eines Rollstuhls oder des Kommunikators ebenfalls mit Argwohn beobachtet. Man fürchtet, dass dadurch der Stimulus für intensives Gehtraining

oder Sprachtraining genommen werden könnte. Wir schlagen deshalb vor, dass diese Hilfen nur unter stationären Verhältnissen dann eingesetzt werden, wenn Gehübungen unter Anleitung oder eine entsprechende Sprachtherapie gleichzeitig gesichert sind.

Zusammenfassung

Orthopädie-technische Mittel können im Rahmen der Schädelhirntraumatiker-Rehabilitation am Rande eingesetzt werden. Sie sind dann geeignet Schädelkalottendefekte zu schützen, Gehübungen zu unterstützen und gelegentlich sogar die Kommunikation zu ermöglichen. Es ist auffällig, dass sich selbst eine sehr schwere Spastizität auf lange Sicht durch den Einsatz von starren Orthesen positiv beeinflussen lässt. Da zudem Gehübungen mit Unterschenkel-Orthesen im Falle einer Spastizität wesentlich rascher und ausdauernder durchgeführt werden können, und durch den Einsatz solcher Orthesen auch Aufschluss über die wahre Natur einer Bewegungsstörung gewonnen werden kann, lohnt sich deren Einsatz. Man muss sich

jedoch immer bewusst sein, dass solche Mittel in den meisten Fällen nur vorübergehend benötigt werden.

Literatur:

- 1 Bobath B.: Abnorme Haltungsreflexe bei Gehirnschäden. Georg Thieme, Stuttgart 1976.
- 2 Bobath B.: Die Hemiplegie Erwachsener. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973.
- 3 Bodechtel G.: Differentialdiagnose neurologischer Krankheitsbilder. Georg Thieme Verlag 1974.
- 4 Gračanin F.: Instruktions-Handbuch für den Gebrauch der Ljubljana FEPO. Wilh. Jul. Teufel, Stuttgart.
- 5 Kazner E., Th. Grumme: Wertigkeit und Realisierbarkeit diagnostischer Verfahren beim Schädel-Hirn-Trauma. Chirurg 53. 447-482 (1982).
- 6 Kretschmer H.: Neurotraumatologie. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1978.
- 7 Mumenthaler M.: Neurologie für Ärzte und Studenten. Georg Thieme Verlag 1969.
- 8 Toennis, W., R.A. Frowein, F. Loew, W. Grote, R. Hemmer, W. Klug, H. Finckemeyer (1968): Organisation der Behandlung schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen. Arbeit und Gesundheit Heft 79. Thieme, Stuttgart.

Quelle:

Aus dem Nachbehandlungszentrum der SUVA Bellikon (Chefarzt Dr. G. Lutz, Arbeitsbereich technische Orthopädie (Leitender Arzt Dr. W. Winkler). ●

Schweizerische Stiftung für das cerebral gelähmte Kind

G. Grossglauser

Ich wurde gebeten im Rahmen dieses Kurses die Aktivitäten der Schweizerischen Stiftung für das cerebral gelähmte Kind zu beleuchten. Diesem Wunsche komme ich gerne nach und blende kurz in die Anfangszeit unserer Stiftung zurück. Bis im Jahre 1960 standen Eltern von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen oftmals mit ihren Nöten und Sorgen alleine da. Ende der 60iger Jahre haben sich dann vorerst einige Elterngruppen gebildet. Allenthalben fehlte es jedoch zur Realisierung der so notwendigen Beratungs- und Behandlungsstellen, Sonderschulen und Wohnheimen an finanziellen Mitteln. Dazumal fehlte auch eine wirksame Unterstützung der Invalidenversi-

cherung, die erst in den nachfolgenden Jahren ihre volle Aktivität entwickelte.

Im Jahre 1961 wurde die Schweizerische Stiftung für das cerebral gelähmte Kind gegründet und übernahm vorerst die Aufgabe, eine breite Öffentlichkeit über die spezifischen Probleme der Behinderten und auch ihrer Eltern zu informieren. Gleichzeitig wurden auch die ersten Aktionen zur Mittelbeschaffung eingeleitet. Im Gründungsjahr 1961 sammelte unsere Stiftung bereits erfolgreich Fr. 800 000.—; heute sind es jährlich zwischen 2 – 2,5 Mio. Franken, die durch die jährlich stattfindende Postchecksammlung zusammengetragen werden können.

Zentrale Punkte unserer Aktivität waren am Anfang in erster Linie Bau- und Betriebsbeiträge für Institutionen mit vor- und schulpflichtigen Kindern. Heute ist es die individuelle Einzelhilfe, wobei natürlich auch die Schaffung von Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für Schwerbehinderte, Jugendliche und Erwachsene nicht ausser acht gelassen wird. Die uns vom Schweizervolk treuhänderisch zur Verfügung gehaltenen Spendenmittel werden dort eingesetzt, wo in Folge gesetzlicher Bestimmungen die Invalidenversicherung oder die Privatassekuranz keine oder zu geringfügige Hilfe anbieten kann. Obwohl die Invalidenversicherung nicht weg-zudenkende Unterstützungen anbietet, wird es nach wie vor Aufgabe der privaten Invalidenhilfe bleiben, besondere Probleme lösen zu helfen.

Nun, meine sehr verehrten Damen und Herren, möchte ich Sie kurz über die aktuellste Tätigkeit unserer Stiftung, nämlich die konkrete Einzelhilfe, orientieren. Ich nehme einerseits an, dass die Schweizerische Stiftung für das cerebral gelähmte Kind für Sie keine Unbekannte ist und vielleicht eine unserer Stärken, nämlich rasche, unkomplizierte und konkrete finanzielle Hilfe zu leisten, dazu beigetragen hat, dass wir zu dieser Tagung eingeladen wurden. Wenn wir gegenüber dem Behinderten und seinen Angehörigen sehr aufgeschlossen sind, sind wir dies auch gegenüber Ihnen, aber verständlicherweise mit einer gesunden, kritischen Färbung gemischt. Ich zeige nun gern auf, in welcher Form wir zum Beispiel dem einzelnen Behinderten oder seinen Angehörigen Unterstützung gewähren können.

Die seit 1977 lancierte Aktion «Pflegebetten im privaten Wohnbereich» verzeichnete in diesem Jahr ein kleines Jubiläum. Das in seinem Niveau elektronisch verstellbare und mit Holz verschaltete Pflegebett steht heute in über 500 Haushaltungen bzw. Familien und bildet eine zentrale Entlastung in der täglichen Pflege der Schwerstbehinderten. Mit diesem