

# Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern<sup>1</sup>

R. Tobler, M. Rentsch<sup>2</sup>

## 1. Vorbemerkungen

Vorsorgeuntersuchungen haben die Früherkennung von Krankheiten zum Ziel und gehören zur sekundären Prävention. Ihrer Darstellung aus der Sicht des Kinderarztes seien Überlegungen zur Prävention in der Pädiatrie an sich, zu Besonderheiten in der kinderärztlichen Praxis und zur Bedeutung der Mütterberatung vorangestellt.

### *Prävention in der Pädiatrie*

Prävention bedeutet Vorsorge vor Krankheit bei scheinbar Gesunden und wirft – besonders für die sekundäre Prävention – die Frage nach der Grenze zwischen gesund und krank auf. *Hungerland* [9] sagt in seiner Abschiedsvorlesung über «die Utopie des Normalen und die normale Utopie»: «Leider gibt es aber im Bereich der Medizin keine allgemein anerkannte Interpretation des Ausdrucks normal. Das kann man schon daraus erkennen, dass Ausdrücke wie Durchschnitt, Mittelwert, Medianwert, Regelwert, häufigster Wert, gesund, natürlich oder ideal anstelle von normal verwendet werden... In der Klinik gilt im allgemeinen der Mensch als gesund oder normal, bei dem nichts Krankhaftes festgestellt werden kann. Heute hat man die Diagnostik ausserordentlich verfeinert, was nicht bedeutet, dass man sich den Patienten länger ansieht oder ihn länger anhört, sondern viel mehr, dass man möglichst viele Körpersäfte, Exkrete oder Körpergewebe untersucht. Deshalb ist es heutzutage wesentlich schwieriger, als Gesunder normal zu erscheinen... Die Gefahr, nicht normal zu erscheinen, wächst, da man sogenannte leichte Abweichungen um so eher feststellen muss, je begrenzter das Gebiet ist, das der betreffende Spezialist bearbeitet.» Wesentliches der Grenze zwischen gesund und krank wird nicht sichtbar, wenn der Mensch auf ein biologisches, im Labor messbares, auf ein zusätzlich psychologisches und testierbares oder auf ein soziales Wesen reduziert wird; zum Menschen gehört nicht nur additiv, sondern alles durchdringend, das «Wohnen des Unsichtbaren, Übernatürlichen» [19]. Es hat zentralen Anteil an dem, was gesund und krank unterscheidet. Grenzfindung zwischen Gesundheit und Krankheit und damit der Ansatz zur Prävention muss sich dieser Komplexität des Menschen – auch der ganzen Wirklichkeit des Kindes mit Körper, Seele und Geist – bewusst bleiben.

Das hindert nicht, dass für die Praktikabilität Einschränkungen nötig sind auf Einzelaspekte des Menschen. Menschliches Erkenntnisvermögen wird immer nur einen Aspekt des Menschen auf einmal erfassen und anderes gezwungenermassen ausklammern müssen. Das ist nicht Grund zur Resignation, sondern zur Selbstbescheidung [18].

Beim Kind sind Wachstum, Entwicklung und Reifung wesentliche Merkmale, die in die Möglichkeiten der Prävention, aber auch in die Schwierigkeiten der Grenzfindung zwischen normal, bzw. gesund, verzögert oder abweichend, bzw. krank, mit einbezogen werden müssen.

### *Besonderheiten der kinderärztlichen Praxis*

Der Kinderarzt fragt sich, was programmierte Vorsorgeuntersuchungen für seine Patienten Neues bringt. Sind sie administrative Komplikation oder Bereicherung der bisherigen Tätigkeit?

Die Eltern kommen mit ihrem Kind wegen Symptomen in die Sprechstunde, die sie beunruhigen und die der Kinderarzt behandeln soll. Das ist kurative Medizin. Aus Besonderheiten einer kinderärztlichen Sprechstunde entwickeln sich regelmässig präventivmedizinische Fragestellungen:

- Da man sich nicht nur auf das von den Eltern präsentierte und vom Kind unzuverlässig mitgeteilte Symptom verlassen kann, muss jede Untersuchung das ganze Kind miteinbeziehen. Krankheiten werden erkannt, bevor manifeste Symptome auftreten. Abweichungen von Wachstum, Entwicklung sowie Verhalten des Kindes und seiner Familie zum Beispiel beurteilt der Kinderarzt ungefragt anlässlich der Untersuchung von anderen Symptomen mit und kann sie frühzeitig erfassen.
- Die Mutter hat einen siebenten Sinn, durch den sie im engen Kontakt mit dem Kind fehlerhafte Entwicklung oder kommende Krankheit früher fühlt, als der Arzt sie nachweisen kann. Die primäre Rolle der Eltern in jeder Früherkennung ist wichtig; ihre Beobachtungen sind ernst zu nehmen. Das gilt auch für Beobachtungen der Mütterberatungsschwester.
- Prävention am Anfang des Lebens ist am wirkungsvollsten. Die Eltern bringen ihre Kinder oft mit der Bemerkung in die Sprechstunde: «es sei zwar nichts Ernstes, man wolle sich aber später nichts vorwerfen lassen», und leiten damit die Früherkennung ein. Das Kind lässt – wenigstens bis zum Schulalter – über sich verfügen.

Der Kinderarzt steht einer Gesamtsituation gegenüber, in der kurative Medizin, primäre und sekundäre Prävention ein Ganzes bilden und in gleicher Weise zu seinem Auftrag gehören. Programmierte Vorsorgeun-

<sup>1</sup> Gestützt auf ein Referat anlässlich der Fortbildungstagung «Prävention in der ärztlichen Praxis» der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, Bern, 24./25. März 1983.

<sup>2</sup> Dr. med. R. Tobler, Spezialarzt für Kinderkrankheiten FMH, Thunstrasse 39, CH-3005 Bern.

Dr. med. M. Rentsch, Spezialarzt FMH für Säuglings- und Kinderkrankheiten, Kreuzstrasse 7, CH-3052 Zollikofen.

tersuchungen bringen deshalb keine grundsätzlichen Neuerungen. Sie verhelfen aber zu einer zweckmässigen, alterszentrierten Systematisierung seiner Untersuchungen und zur Verbesserung der Untersuchungsmethoden und werden – in der Form des vorzustellenden Programms – von den beteiligten Kinderärzten als positiv beurteilt [21]. Voraussetzung sind Zeit des Arztes und die Benutzung seiner Sprechstunde durch die Eltern; 3 von 22 Ärzten erachteten die Beteiligung als mangelhaft [21].

**Bedeutung der Mütterberatung**

Die Möglichkeiten des Kinderarztes werden ergänzt durch die *Mütterberatungszentren*. 109 solche Zentren mit 159 besonders ausgebildeten Mütterberatungsschwestern sind in einem kantonal ungleich dichten Netz über die Schweiz verteilt (Tab. 1). Die Mütterberatungsschwestern machen in dem von ihnen erfassten Gebiet – über zwei Drittel der Geburten – bei allen Säuglingen aufgrund einer Meldung des Zivilstandsamtes im ersten Lebensmonat einen ersten unentgeltlichen Hausbesuch. Sie sind meist vom Träger der Beratungsstelle – einem Gemeindeverband mit Pro-Kopf-Beiträgen – im Dienstvertrag angestellt. Durch Hausbesuch und Führung von familiennahen Beratungsstellen ist die Erfassung der Säuglinge – im Fernziel der Kleinkinder bis zum Schulalter – zur Prävention ausgedehnt gewährleistet.

Die *Säuglingsfürsorge* entstand um die Jahrhundertwende zur Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit. In den Vorlesungen von Hensch [8] über Kinderkrankheiten von 1887 steht auf der zweiten Seite: «Von jeher hat die überaus grosse Mortalität dieser Lebensperiode – des frühen Kindesalters – die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Welt und die allgemeine Teilnahme auf sich gelenkt. Von 1000 Geborenen stirbt etwa der fünfte Teil im ersten Lebensjahr, während die allgemeine Mortalität sich etwa 25:1000 verhält. Das ungelöste und kaum lösbare Problem, die eigentliche kausale Indikation, bleibt hier die Hebung der bezeichneten Missstände (genannt waren im vorangehenden Text verdorbene Luft, unangepasste Ernährung, Kälte, Hunger), gegen welche die Medizin als solche ohnmächtig ist.» In Berlin starben 1906 63 Säuglinge von 1000, die an der

Anzahl Mütterberatungszentren Stand 1. April 1981						
Bern	34	Solothurn	9	Wallis	5	
Zürich	22	Graubünden	8	Schwyz	4	
Aargau	18	Luzern	8	Neuchâtel	3	
St. Gallen	11	Tessin	8	Jura	3	
		Thurgau	7	Freiburg	3	
Baselland			2	Appenzell UR		1
Glarus			2	Basel-Stadt		1
Schaffhausen			2	Genève		1
Zug			2			

Tab. 1

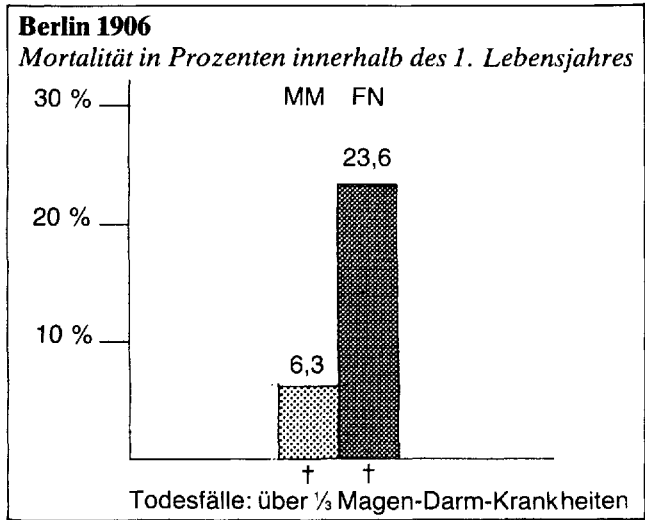


Abb. 1

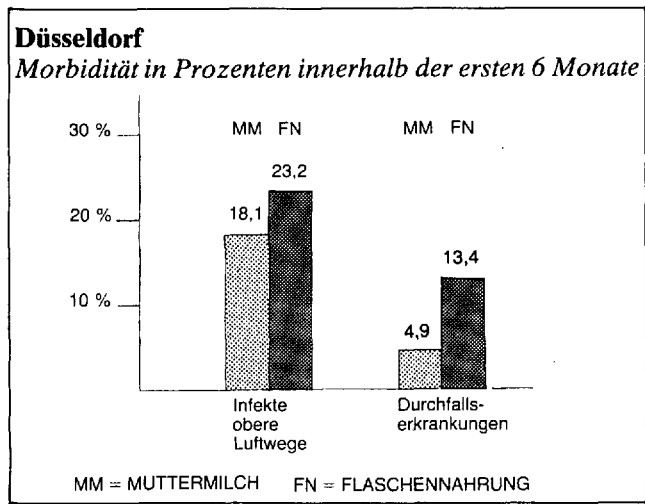
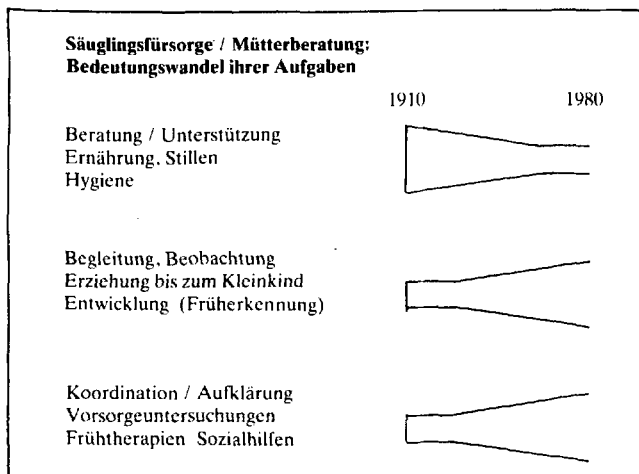


Abb. 2

Brust ernährt, 236 von 1000, die durch Tiermilch ernährt waren (Abb. 1). Die Prävention setzte am damals wesentlichsten Punkt, nämlich an einer intensiven Stillberatung, einer Förderung der Hygiene und an der Gründung von Milchküchen an. Der Erfolg von R. Budin, 1892 in Paris, durch die «Consultation de nourrisson goutte de lait» war eindrücklich: Die Stillhäufigkeit stieg auf 94 %, die Mortalität nahm von 17,8 auf 4,6 % ab. Ein solcher Erfolg war bahnbrechend auch für die Entwicklung der Mütterberatung als offene Säuglingsfürsorge seit 1901 in der Schweiz. Die Wirksamkeit als Präventionsstellen, unterstützt durch viele andere bedeutsame Faktoren, ist an der heute niedrigen Säuglingssterblichkeit abzulesen. Die Präventionsaufgaben der Mütterberatungsstellen sind unseres Erachtens nicht überholt. Ernährungsberatung zum Beispiel gehört weiterhin in ihren Aufgabenbereich; der Einfluss richtet sich nicht mehr auf die Mortalität, sondern auf die Morbidität [17] und ist weniger spektakulär (Abb. 2). Die Aufgabenbereiche [14] sind differenzierter auf die heutigen Bedürfnisse ausgeweitet worden und umfassen zusätzlich als Unterstützung der Eltern unter anderem Erziehungsberatung – in angestrebter Koordination mit pädagogi-



Tab. 2

schen Berufen – Beobachtung des Kindes zur Früherfassung von Wachstums-, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen und Aufklärung zur Benutzung ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen (Tab. 2).

Richtig eingesetzt und ausgebildet, sind Mütterberatungszentren oder Quartierkrankenschwestern (Genfer Modell) [3] eine wirksame Stütze der Prävention im Säuglings- und Kleinkindesalter geblieben, um die wir im Ausland beneidet werden. Ihre Arbeitsweise ergänzt die präventive Tätigkeit des Arztes und konkurrenziert sie nicht.

## 2. Vorstellung eines Programms für Vorsorgeuntersuchungen

Nach diesen Vorbemerkungen wird ein Programm für Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt und an Beispielen im Detail erläutert, das als Arbeitsheft von der Vereinigung kantonaler Kinderärzte<sup>3</sup> und der Gesellschaft der Kinderärzte von Basel und Umgebung<sup>4</sup> zusammen mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern<sup>5</sup> zusammengestellt wurde und seit Herbst 1977 von 22 Berner Kinderärzten regelmässig als Pilotstudie durchgeführt wird.

### Allgemeine Bemerkungen zum Programm

Vorsorgeuntersuchungen sind gezielte Untersuchungen in festgelegten Abständen zur Entdeckung von Anomalien und Entwicklungsstörungen, die ohne solche Untersuchungen nicht rechtzeitig erkannt würden und deren Prognose durch frühzeitige Therapie verbessert werden kann.

### Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen haben besondere Voraussetzungen [4, 5]

- Ein umfassendes «Check-up» kommt wegen der beschränkten Belastbarkeit des Kindes nicht in Frage. Es ist zudem in den nötigen, entwicklungsbedingten kurzen Zeitabständen nicht durchführbar.
- Gewisse Entwicklungsalter sind als kritische Perio-

den entscheidend für Weichenstellungen. Das gilt zum Beispiel für die Sinnesphysiologie und die Sozialentwicklung. Durch solche empfindliche Perioden wird der Zeitplan der Untersuchung wesentlich beeinflusst.

- Einzelne Krankheiten von besonderer Wichtigkeit – wie zum Beispiel das Karzinom bei Erwachsenen – gibt es kaum. Die Vielfalt von Untersuchbarem ist gross; Häufigkeit allein ist zum Beispiel kein Kriterium. Seltenheiten können möglicherweise besser früh erfasst und wirksamer früh behandelt werden als etwas Häufiges und gehören dann ins Programm. Die Grenzziehung einer praktikablen und effektiven Auswahl ist schwierig, und die Meinungen darüber ändern sich:

- Soll nur Messbares und damit auch leichter Evaluierbares einbezogen werden, soll messbar gemacht werden, was eigentlich nicht messbar ist, oder soll man, was nicht messbar ist, als für die Prävention irrelevant weglassen?
- Sollen Befunde, die aufgrund eines bestimmten Vorsorgeuntersuchungsprogramms verpasst wurden – zum Beispiel Harnwegsinfekte oder Anämie –, zu einer Ausweitung des Programms führen?
- Soll ausschliesslich eine kleine Gruppe mit hohem Risiko durch Spezialisten auf Einzelfragen hin untersucht werden, trotz der Erfahrung, dass ausserhalb dieser Risikogruppe Wichtiges verpasst wird?

Vorsorgeuntersuchungen sollen Praktikables für eine grosse Population auswählen und haben sich dabei auf Effektives einzuschränken; sie ersetzen die Vollständigkeit einer klinischen Untersuchung beim einzelnen Kind nicht. Das Risikokzept sollte Spezialgruppen mit vorwiegend wissenschaftlicher Fragestellung vorbehalten werden.

Aufgrund der gemachten Überlegungen schränkt sich das pädiatrische Programm ein [12, 22]. In der Reihenfolge von messbaren, methodisch exakt fassbaren Kriterien zu solchen, bei denen Bewertung und Erfahrung eine grössere Rolle spielen, umfasst es:

### Pädiatrisches Vorsorgeprogramm

1. Screening auf Stoffwechselkrankheiten und Hypothyreosen.
2. Missbildungen (Hüftgelenksluxation, Fussdeformation, Herzfehler, Haltungsanomalien u. a.)
3. Wachstumsstörung in Länge, Gewicht und Kopfumfang
4. Störungen in der Entwicklung der Sinnesorgane
  - a) Augen (Strabismus, Amblyopie, Refraktionsanomalie)
  - b) Ohren (Gehörstörung)
  - c) Sprach- und Sprechstörungen
5. Cerebrale Bewegungsstörung
6. Geistige Entwicklungsstörung
7. Verhaltensstörung, soziale Entwicklungsstörung

Tab. 3

### Zeitpunkt der Untersuchungen

Der Zeitpunkt der Untersuchungen ist aus Tabelle 4 ersichtlich.

<sup>3</sup> E. Joss, M. Rentsch, R. Tobler.

<sup>4</sup> T. Gysin, J. P. Kapp.

<sup>5</sup> J. C. Vuille.

**Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchungen**

1. Untersuchung:  
1. Lebenswoche (Kinderarzt der Neugeborenenabteilung)
2. Untersuchung:  
1. Lebensmonat (durch Mütterberatungsschwester)
3. Untersuchung:  
3. Lebensmonat (durch Hausarzt, meist Kinderarzt),  
zusammen mit erster Di-Te-Per-Polio-Impfung
4. Untersuchung:  
6. Lebensmonat  
zusammen mit dritter Di-Te-Per-Polio-Impfung
5. Untersuchung:  
9.–12. Lebensmonat
6. Untersuchung:  
18.–24. Lebensmonat  
zusammen mit Di-Te-Polio-Rappelimpfung  
oder mit Masern-(Mumps-)Impfung
7. Untersuchung:  
4.–5. Lebensjahr

Tab. 4

Die erste Untersuchung erfolgt in der ersten Lebenswoche durch einen Kinderarzt der Neugeborenenabteilung. Die Kontrolle im ersten Lebensmonat wird im Kanton Bern durch die Mütterberatungsschwester durchgeführt. Hauptgewicht dieser Untersuchung ist der erste Kontakt mit der Familie, hauptsächlich mit der Mutter. Sie hat zum Ziel, Fehlverhalten der Mutter möglichst frühzeitig zu erfassen und zu korrigieren und auf die Untersuchung des Arztes hinzuweisen.

Anlässlich der ersten Impfung (Ende des 3. Lebensmonats) macht der Arzt die Eltern darauf aufmerksam, dass er das Kind in regelmässigen Abständen untersucht, um Anomalien und Entwicklungsstörungen rechtzeitig zu erkennen. Er überreicht den Eltern ein «rotes Portefeuille», welches eine Tabelle über den Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchungen sowie einen Impfplan (Tab. 5) enthält.

Dieses Portefeuille, auch «rotes Büchlein» genannt, dient den Eltern auch zur Aufbewahrung der Impfkarte, der Blutgruppenkarte und anderer wichtiger Dokumente. Das Büchlein ist zu jeder Untersuchung mitzubringen und wird jeweils mit Datum und Stempel versehen. Es werden keine Befunde eingetragen oder mitgegeben. Anlässlich der dritten Impfung erfolgt die 6-Monats-Kontrolle, während welcher den Eltern ein Termin für die 9–12-Monats-Kontrolle mitgegeben wird, wodurch ein fast vollzähliges Erscheinen zu diesem Zeitpunkt erreicht werden kann.

Die 18–24-Monats-Kontrolle fällt wieder mit einer Impfung zusammen. Die Kontrollen mit 4–5 Jahren werden in der Regel gut befolgt. Rund 90% erscheinen bei uns regelmässig zu den Untersuchungen.

*Der Zeitaufwand der Untersuchungen*

Der ungefähre Zeitaufwand schwankt zwischen 10 und 20 Minuten. Für die 4–5-Jahres-Kontrolle werden 30 bis 45 Minuten benötigt. Je nach Organisation, Übung und Erfahrung, ob eine Arztgehilfin Teile von Vorsor-

**Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen<sup>1</sup>**

Alter	Impfungen	Bemerkungen
0 Monat	BCG intracutan	fakultativ
3 Monate	DTP intramuskulär, Polio oral	D obligatorisch in einigen Kantonen
4 Monate	DTP i.m. und Polio oral	
5 Monate	DTP i.m. und Polio oral	
18 Monate	Masern (Lebendimpfstoff) s.c. oder i.m. DT i.m. und Polio oral	oder besser kombiniert: MMR (Masern, Mumps und Röteln) s.c. oder i.m.
5 bis 7 Jahre	DT i.m., Polio oral und BCG intrakutan	BCG nur bei tuberkulin-negativen Kindern
15 Jahre	Röteln (Mädchen) s.c. oder i.m. Mumps (Knaben) s.c. oder i.m.	falls nicht früher bereits die kombinierte Impfung Masern, Röteln, Mumps (MMR) verabreicht wurde
	dT i.m. und Polio oral BCG intrakutan	nur tuberkulinnegative
Erwachsene	T i.m. alle 10 Jahre (bei tetanusverdächtigen Verletzungen: Rappel ab dem 5. Jahr nach der letzten Impfung)  Polio oral alle 5 Jahre  BCG intrakutan  Röteln s.c. oder i.m.	falls T+d Toxoid verwendet wird, wähle man dasjenige mit einem geringen Anteil Diphtherietoxoid (z. B. Di-Te-Anatoxal für Erwachsene) gesamtschweizerisch koordinierte Aktionen nur tuberkulinnegative, exponierte Personen (Ärzte, Pflegepersonal) nur bei jungen Frauen ohne Antikörper

**Impfstoffe und Verabreichungsart**

BCG: Bacille Calmette-Guérin (lebende abgeschwächte Tuberkelbakterien), intracutan

D/d: Diphtherietoxoid, intramuskulär (D = Impfstoff für Kinder, d = Impfstoff für Erwachsene)

T: Tetanustoxoid, intramuskulär

P: abgetötete Pertussiserreger, intramuskulär

Polio: Poliomyelitis-Schluckimpfung, Typen I, II, III nach Sabin, oral

Masern, Röteln, Mumps: attenuierte Lebendimpfstoffe (kombiniert = MMR), subcutan oder intramuskulär

<sup>1</sup> Aus «Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen» Nr. 26/27/30, 1981.

Tab. 5

geuntersuchungen durchführt oder nicht, können die Zeiten wesentlich schwanken. Eine sorgfältige und umfassende Untersuchung und Beratung braucht viel Zeit. Wenn wir uns die nötige Mühe nehmen, den Eltern alle unsere Befunde mitteilen (normale und pathologische oder fragliche) und sie am Schluss klar und verständlich beraten, werden sie gerne wieder zu den weiteren Untersuchungen erscheinen. Vorsorgeuntersuchungen sollten nur von Ärzten durchgeführt

werden, die daran Freude und Interesse haben und bereit sind, die nötige Zeit aufzuwenden und auch die nötigen Opfer zu bringen.

**Organisatorische Massnahmen**

Um die Kinder gründlich in aller Ruhe untersuchen zu können, empfiehlt sich hierfür eine Spezialsprechstunde. Dies besonders dann, wenn der Arzt nur über eine Sprechstundenhilfe verfügt. Andernfalls ist es kaum möglich, eine zuverlässige Hörprüfung durchzuführen, da jeder Lärm (Telefon, Notfälle) nicht nur das Kind, sondern auch den Arzt ablenken. Verfügt man über genügend Räume, zwei oder mehr Gehilfinnen, so ist eine Untersuchung ohne weiteres jederzeit möglich. Bedingung ist aber, dass im Untersuchungsraum Stille und Ruhe herrscht.

Um rationell und speditiv arbeiten zu können, sollten genügend Räume und die notwendigen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Zum Messen lohnt sich die Anschaffung von 1 oder 2 Messtischen. Säuglinge und Kleinkinder bis zum Ende des 2. Lebensjahres werden liegend gemessen. Mit einer automatisch anzeigenden Säuglingswaage dauert ein Wiegevorgang nur 2 bis 3 Sekunden mit einer Genauigkeit von 5 g. Eine fein abgestimmte Dämpfung des Zeigerausschlages ermöglicht auch bei unruhigen Kindern eine exakte Anzeige. Zur Gehörprüfung ist ein Kinderaudiometer sehr zu empfehlen. Zur Erfassung von Sehestörungen lohnt sich die Anschaffung eines Bilderwürfels, eines Stycar-Buchstabentests, eines Lang-Stereotests und eventuell eines Rodenstock-Sehtestgeräts.

**Praktischer Ablauf der Untersuchungen**

Es ist wichtig und von Vorteil, die Untersuchungen nach einem bestimmten Schema vorzunehmen, um nichts zu vergessen. «In meiner Praxis werden die Kinder von der Arztgehilfin gemessen und gewogen und die Masse (Länge, Gewicht und Kopfumfang) in die Krankengeschichte samt Sollwerten und Perzentilen eingetragen. Bei den 4- bis 5jährigen prüft sie das Gehör (audiometrisch) und den Visus mit dem Rodenstock-Sehtestgerät (ab 4 Jahren) oder mit dem Stycar-Buchstabentest (ab 3 Jahren) und führt den Denver-Suchtest durch.» (Siehe unten.)

«In der Folge verschaffe ich mir einen Allgemeindruck des Kindes und untersuche bei den 3, 6 und 9 Monate alten Säuglingen als erstes das Gehör und die Augen, da sie zu diesem Zeitpunkt meist noch ruhig sind und gut mitmachen (Vorgehen siehe unten). Hernach erfolgt die Auskultation des Herzens (Frequenz, Rhythmusstörungen, Geräusch) und der Lungen, gefolgt von der motorischen Entwicklung (Hypotonie, Hypertonie, Asymmetrien, Paresen).

Hierauf untersuche ich von unten nach oben beginnend die Zehen (Polydactylie, Syndactylie), die Füße (Klumpfuß, Sichelfuß), die Beweglichkeit der grossen Gelenke, Kontrolle der Hüftabduktion (Luxation, Dysplasie), des Genitals (Lage und Grösse der Hoden, Hypospadie, Epispadie, Meatusstenose), schaue nach

Programme de vaccinations de routine <sup>1</sup>		
Age	Vaccination	Remarques
0 mois	BCG i.d.	facultative
3 mois	DTP i.m. Polio p.o.	D obligatoire dans quelques cantons
4 mois	DTP i.m. et polio p.o.	
5 mois	DTP i.m. et polio p.o.	
18 mois	rougeole (vaccin vivant) s.c. ou i.m. DT i.m. et polio p.o.	ou mieux: MMR (rougeole, rubéole et oreillons) s.c. ou i.m.
5 à 7 ans	DT i.m., polio p.o. et BCG i.d.	BCG seulement chez les enfants qui ont une réaction négative à la tuberculine
15 ans	rubéole s.c. ou i.m. (jeunes filles), oreillons s.c. ou i.m. (jeunes gens) Polio p.o., dT i.m. BCG i.d.	dans le cas où la vaccination combinée rougeole, rubéole et oreillons (MMR) n'a pas été déjà faite seulement chez ceux qui ont une réaction négative à la tuberculine
Adultes	T i.m. tous les 10 ans (en cas de blessure suspecte de tétanos; rappel chez les personnes vaccinées depuis 5 ans ou plus) Polio p.o. tous les 5 ans BCG i.d. Rubéole s.c. ou i.m.	Si l'on utilise l'anatoxine T + d, choisir celle avec une faible teneur en anatoxine diphtérique (p. ex. Di-Te-Anatoxal pour adultes) campagnes coordonnées dans l'ensemble du pays seulement personnes exposées (médecins, personnel soignant) qui ont une réaction négative à la tuberculine seulement chez les jeunes femmes sans anticorps

**Vaccins et mode d'administration**

BCG: Bacille Calmette-Guérin (bactéries vivantes atténuées) intradermique (i.d.)

D/d: anatoxine diphtérique, intramusculaire (i.m.) (D = vaccin pour enfants; d = vaccin pour adultes)

T anatoxine tétanique, intramusculaire (i.m.)

P agent de la coqueluche (tué) intramusculaire (i.m.)

Polio: vaccin poliomyélitique oral, types I, II, III selon Sabin, voie orale (p.o.)

Rougeole, rubéole, oreillons: vaccins vivants atténués (combinés = MMR), sous-cutané ou intramusculaire (s.c. ou i.m.)

<sup>1</sup> Tiré du «Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique» N° 26/27/30, 1981.

Leisten- und Nabelhernien, Nabelentzündungen oder -veränderungen, palpieren das Abdomen (Tumor), die Nierenlogen (Hydronephrose, Tumor), Leber und Milz (Hepatomegalie, Splenomegalie), beurteile die Thoraxform (Trichterbrust, Hühnerbrust, Rosen-

kranz), die Wirbelsäule (fixierte oder nichtfixierte Skoliose), suche nach einer Schwellung im M. sternocleidomastoideus (Schiefhals), Plexuslähmung, Halsfisteln, Ohr- und Gehörgangsmisbildungen. Suche nach Craniotabes, Cranosynostosen, Makro- und Mikrocephalie. Inspektion der Mundhöhle (Makroglossie, Kiefer-Gaumen-Spalte).»

**3. Diskussion der einzelnen Untersuchungskriterien**

Im folgenden seien die einzelnen Untersuchungskriterien in der Reihenfolge des Programms diskutiert.

*Verhaltensstörungen*

Verhaltensstörungen früh zu erfassen wäre wichtig. Man versucht sie aufzugliedern – um sie fassbarer bzw. messbarer zu machen –, zum Beispiel in Entwicklungsrückstände intellektueller und affektiver Art, in Entwicklung von antisozialen Charakterzügen und psychosomatischen Strukturbildungen mit je beliebigen Unterteilungen [23]. Symptome wie Schlaf- und Essstörungen, Enuresis und Encoprese gehören dazu. Generell gültige Grenzen zwischen gesund und krank sind weder für Arzt noch für Psychologe oder Heilpädagoge zu ziehen; sie hängen wesentlich von den

**Psychosoziale Situation**

1 Woche 1 Monat	Verhalten der Mutter im Wochenbett Beziehung der Eltern zum Neugeborenen Soziale Situation	Eltern unreif uninteressiert ablehnend unsicher, ängstlich perfektionistisch Risiko für Kindesmisshandlung
	Massnahmen: Gespräch mit Eltern Abklärung der Situation engmaschige Kontrolle durch Arzt Mütterberatungsschwester, Sozialarbeiter	
3 Monate 6 Monate 9-12 Monate	Verhalten Mutter-Kind, Vater-Kind, Familiensituation Kind akzeptiert? Apathie, Schreckhaftigkeit Ernährungsstörung, Entwicklungsrückstand	Problematische Eltern-Kind-Beziehung, Eltern unreif, uninteressiert unsicher ängstlich
18-24 Monate 4-5 Jahre	Familiensituation Kind integriert Kind zeigt Eigenständigkeit Initiative Trotzen	Vernachlässigung Beziehungsstörung Eltern: ablehnend intolerant überbehütet Kind apathisch überregbar überängstlich

Tab. 6

Umständen des einzelnen Kindes und von Wertvorstellungen des Untersuchers ab. In jedem Alter gelten zudem andere, entwicklungsbedingte und nicht untereinander vergleichbare Kriterien. Programmierte Angaben sind nur Gedächtnishilfe. Die pädagogische Fortbildung des Arztes und der Mütterberatungsschwester sowie Elternschulung sind, ohne Überschätzung ihrer Möglichkeiten [15], wesentlich (Tab. 6).

*Störungen der geistigen Entwicklung*

Die Früherkennung von geistigen Entwicklungsstörungen ist ebenso wichtig und fast so schwierig. Um Vergleichsmöglichkeiten für Retardierungen zu erhalten, ist eine exakte Dokumentation der sogenannten normalen frühkindlichen Entwicklung, zum Beispiel in Form des Denver-Testes mit 105 Items in einer Perzentilenverteilung, nötig. Solche «Meilensteine» berücksichtigen aber den Entwicklungsrhythmus und vor allem Reife und Qualität nicht, wie das Kind etwas ausführt. Die Qualität ist selbst bei Aufgliederung in beliebig viele Items nicht quantitativ fassbar. Ganz spezifische Fähigkeiten und Defizite eines einzelnen Kindes gehen verloren. Wenn man sich dieser Einschränkung bewusst ist, leisten «Meilensteine» als Beobachtungsansatzpunkte trotzdem wertvolle Hilfe. Illingworth [10] fand bei sechs Monate alten Säuglingen eine gute Übereinstimmung seiner Beurteilung ihrer geistigen Entwicklung mit der späteren Beurteilung im Schulalter. Früherkennung ist möglich; sie setzt erfahrene Untersucher voraus und ist für einen rechtzeitigen Entscheid zur Früherziehung anzustreben (Tab. 7).

*Motorische Entwicklung*

Durch die Beurteilung der motorischen Entwicklung müssen Frühzeichen einer cerebralen Bewegungsstörung so rechtzeitig festgestellt werden, dass die Frühtherapie nach Bobath vor dem Alter von 6 bis 8 Monaten einsetzen kann. Diese Früherfassung ist nicht einfach [11]; es gibt keine beweisenden Frühsymptome der CP. Wir suchen nach Hinweisen auf Besonderheiten der motorischen Entwicklung, die auffallen und weitere Kontrollen, allenfalls den Beginn der Behandlung, benötigen. Früherfassung heisst nicht Frühdiagnose. Erfasste Besonderheiten können sich später als Symptome der cerebralen Bewegungsstörung oder als normale Varianten einer individuellen Entwicklung erweisen. Erst mit 4 bis 5 Jahren sind Zeichen einer minimalen CP und feinmotorische Störungen als Teil eines POS genauer erfassbar und vor allem dann zu suchen (Tab. 8).

*Seh- und Hörstörungen<sup>6</sup>*

Mit der Früherfassung von Sehstörungen wollen wir Sehschwächen und Strabismen erfassen. Die wichtigste Untersuchung des Sehvermögens ist diejenige mit 3 Monaten. Das Fixieren und das visuelle Verfolgen

<sup>6</sup> Nach R. H. Largo [13].

**Psychische Entwicklung**

3 Monate	<p>Wann erstes Lächeln                  Auf Zuwendung und Spielen mit dem Kind kann seine Aufmerksamkeit geweckt werden.                  Auf Zuspruch reagiert das Kind mit Lächeln                  Betrachten der meist offenen Hände                  Fixiert einen auffälligen Gegenstand (roter Wollknäuel) und verfolgt ihn mit den Augen über die Mittellinie</p>
6 Monate	<p>Verfolgt im Raum umhergehende Personen mit dem Blick                  Wendet sich einer Geräuschquelle oder Stimmen zu                  Schaut fallendem rotem Wollknäuel nach</p>
9 Monate oder 12 Monate	<p>Fremden: unterscheidet das Gesicht der Mutter von anderen Gesichtern                  Macht Nachahmespiele, zum Beispiel auf den Tisch klopfen                  Widersteht der Wegnahme eines Spielzeuges                  Spielt verstecken                  Sagt «Papa» oder «Mama»                  Macht verschiedene Nachahmespiele                  Schlägt Klötzchen zusammen                  Gibt auf mündliche Aufforderung einen Gegenstand                  Legt auf Aufforderung mit Geste den Gegenstand in einen Behälter</p>
18 Monate oder 24 Monate	<p>Isst selber mit dem Löffel                  Führt einfache Aufträge aus                  Spricht ausser «Mama», «Papa» noch drei Worte                  Zeigt Schuhe... «Zeig mir deine Schuhe» oder anderes                  Kritzelt mit Bleistift auf Papier, nachdem dies vorgemacht wurde                  Nimmt Rosinen von Unterlagen und gibt sie in ein Fläschchen nach Demonstration                  Führt die mit 18 Monaten geforderten Aufgaben ohne Schwierigkeiten aus, ferner                  Kippt Rosinen aus Flasche (nach Demonstration)                  Zieht Kleidungsstücke aus                  Wäscht und trocknet sich die Hände</p>

Tab. 7

**Motorische Entwicklung**

1 Woche	<p>Beobachtung in Bauch- und Rückenlage                  Tonus schlaff, erhöht, wechselnd, asymmetrisch                  Spontane Bewegungen schwach, lebhaft, seitengleich überregt.                  Krämpfe                  Tonische Haltemuster, Moro-reflex, Greif-reflex, Stellreaktion</p>
3 Monate	<p>Hält Kopf in Bauchlage wenigstens 1 Minute hoch                  Abstützen auf beide Vorderarme                  Beim Heranziehen zum Sitzen wird Kopf auf halbem Weg gehalten, und die Beine werden aktiv flektiert                  Bewegt eine in die Hand gegebene Rassel</p>
6 Monate	<p>Dreht sich vom Rücken auf den Bauch                  Palmares Greifen (beide Hände prüfen)                  Greift nach Gegenständen ausserhalb seiner Reichweite                  Moro-reflex verschwunden                  «Sprungbereitschaft» (vorwärts auf Arme). Fallschirmreaktion abwärts                  Richtet seinen Kopf beim Hochheben am Rumpf in die Vertikale und korrigiert seitliche Kippungen</p>
9 Monate oder 12 Monate	<p>Sitzt mit gutem Gleichgewicht längere Zeit, stützt sich auch nach hinten ab                  Berührt mit Zeigefinger Einzelheiten am Spielzeug                  Stellt sich selber auf, wenn an den Händen gehalten. Übernimmt sein eigenes Gewicht und steht auf der ganzen Fusssohle inklusive Ferse                  Gibt Klötzchen von einer Hand in die andere                  Zieht sich selber zum Stehen hoch                  Läuft an den Händen gehalten oder an den Möbeln entlang                  Pinzettengriff</p>
18 Monate oder 24 Monate	<p>Baut Turm aus drei Würfeln                  Läuft rückwärts                  Kann Treppe hinauf- und hinuntersteigen, wenn es sich festhält                  Wirft Ball                  Führt Aufgaben von 18 Monaten ohne Schwierigkeiten aus                  Wirft Ball über Hand                  Spielt Fussball</p>
4-5 Jahre	<p>Geht richtig eine Treppe (einen Fuss pro Tritt)                  Trägt ein mit Flüssigkeit gefülltes Glas, ohne es auszuschütten                  Hüpf auf einem Bein                  Kann beim Strichgang einen Fuss vor den andern setzen                  Steht 5 Sekunden auf einem Bein</p>

Tab. 8

werden geprüft, indem ein Gegenstand langsam vor dem kindlichen Gesicht vorbeigeführt wird. Ein normalsichtiges Kind kann einen Gegenstand über einen Bereich von über 180 Grad verfolgen. Kann ein Säugling einen Gegenstand mit seinen Augen verfolgen, dann ist sein Sehvermögen mit Sicherheit ausreichend für eine normale grob- und feinmotorische Entwicklung. Mit 3 Jahren kann eine zuverlässige monokulare Visusprüfung mit dem Stycartest durchgeführt werden.

Dem Kind werden auf eine Distanz von 3 Metern Buchstaben in abnehmender Grösse gezeigt, die es auf einer Vorlage identifizieren muss.

**Strabismus:** Mit der Früherfassung des Strabismus soll eine Amblyopie vermieden und binokulares Sehen ermöglicht werden. Mit dem Strabismus nicht zu verwechseln sind Konvergenzspasmen, die bei hungrigen, schreienden, aufgeregten und müden Säuglingen in den ersten 3 bis 6 Monaten zu beobachten sind. Epicanthusfalten und breite Nasenwurzel können einen Pseudostrabismus vortäuschen.

Beim Hirschbergttest oder Lichtreflextest sitzt der Untersucher in 1 m Abstand vom Kind und lässt es ein Licht fixieren. Bei normaler Augenstellung werden die Reflexbildchen symmetrisch, bei Strabismus asymmetrisch abgebildet.

Die zuverlässigste Methode ist der Abdeck- oder Coverttest. Es können Schielwinkel von 1 bis 2 Grad erfasst werden. Bei diesem Test sitzt der Untersucher vor dem Kind und lenkt die kindliche Aufmerksamkeit auf einen für das Kind interessanten Gegenstand (Bilderwürfel). Sobald das Kind den Gegenstand fixiert, deckt der Untersucher ein Auge ab (am besten mit dem Daumen) und achtet auf eine allfällige Einstellbewegung des anderen Auges. Einstellbewegungen des nicht abgedeckten Auges zeigen einen Strabismus an.

**Hörstörungen:** Das Gehör spielt spätestens mit 6 Monaten eine entscheidende Rolle für die Entwicklung des Sprachverständnisses. Hörstörungen sind nicht selten. Man rechnet 1 auf 1000 oder 2000 gesunde Kinder, aber 1 auf 200 Risikokinder. Hörgeschädigte Kinder sollten mit 6 bis 9 Monaten erfasst und mit 12 Monaten mit einem Hörapparat versehen sein.

Die Entwicklung der expressiven Sprache, das heisst die zunehmende Differenzierung der Lautproduktion in den ersten Lebensmonaten, der Erwerb der ersten Worte mit etwa 12 Monaten und das Erlernen von Sätzen mit 18 bis 24 Monaten setzt ein intaktes Gehör voraus.

Das Gehör ist nicht nur für die Sprachentwicklung, sondern auch für das Sozialverhalten des Säuglings von Bedeutung. Beim normalhörigen Kind nimmt die Lautproduktion mit dem Alter zu, beim tauben Kind dagegen ab, bis es schliesslich mit 12 Monaten verstummt. Man soll sich vergewissern, ob das Kind auf akustische Reize (Musik, Telefon, Hausglocke) reagiert und ob es durch ein ausgeprägtes visuelles Verhalten auffällt. Schwerhörige Kinder versuchen ihren Hörausfall durch vermehrte visuelle Aufmerksamkeit zu kompensieren.

**Untersuchungsmethode:** Das Kind sitzt auf dem Schooss der Mutter. Der Untersucher lenkt die Aufmerksamkeit des Kindes auf einen interessanten Gegenstand (Kasper). Wenn sich das Kind dem Gegenstand zuwendet, wird dieser versteckt und

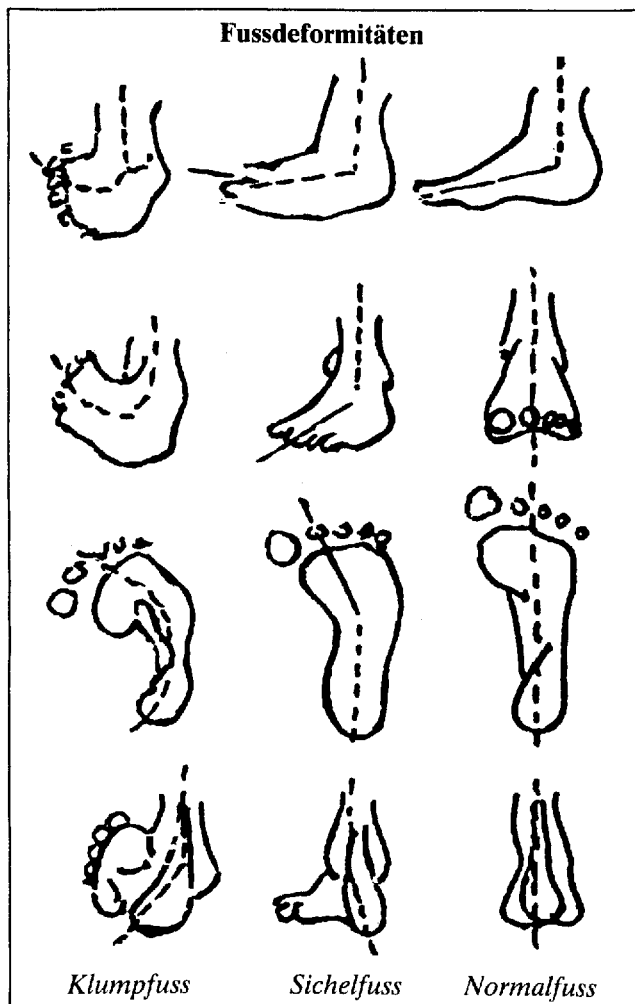


Abb. 3.

gleichzeitig ein akustisches Signal ausgelöst (Kleinaudiometer, Reiben mit Löffel am Tassenrand, Knistern mit Seidenpapier); der Test wird abwechselungsweise links und rechts angeboten. Durch das Verschwinden des Kaspers wird das Kind in einen Zustand erhöhter Aufmerksamkeit versetzt und reagiert um so leichter auf akustische Reize. Die Reaktion besteht in einer prompten Kopfwendung zur Geräuschquelle beim 6 Monate alten Säugling. Zumindest sollte aber ein Lauschen oder eine Blickwendung erfolgen. Zeigt das Kind keine Reaktion, besteht Verdacht auf eine Hörstörung und muss weiter kontrolliert werden. Als akustische Quelle sollten keine Klang- und Geräuschinstrumente verwendet werden. Instrumente, die Vibrationen erzeugen, oder Teste, die Luftzug bewirken (Klatschen, Schütteln von Tonquellen), eignen sich nicht. Hand und tonerzeugende Instrumente dürfen nicht ins Gesichtsfeld des Säuglings geraten.

**Missbildungen und andere Organbesonderheiten**

Missbildungen und andere Organbesonderheiten werden vorwiegend durch die allgemeine klinische Untersuchung gefunden. Als typische Vorsorgeuntersuchungen sind hervorzuheben:

Beurteilung der Hüfte [6] (Ortolani, Hüftabduktions-

hemmung) beim Neugeborenen und mit 3 Monaten; zurückhaltende Durchführung des Röntgenbildes und seine kritische Beurteilung sind besonders zu erwähnen.

Beurteilung der Füße [1] (Klumpfuß, nicht redressierbarer Sichelfuß oder Hackenfuß zur Frühbehandlung, redressierbarer Sichelfuß und andere lagebedingte Stellungsvarianten zur Kontrolle) beim Neugeborenen und mit 3 Monaten (Abb. 3).

Beurteilung des Herzens (Herzgeräusch ohne Cyanose, ohne Herzinsuffizienz und bei radiologisch normal grossen Herzen kontrollbedürftig) beim Neugeborenen und mit 3 Monaten.

Beurteilung des Genitals (u. a. kräftiger Harnstrahl) beim Neugeborenen (Descension der Hoden) mit 9 bis 12 Monaten.

Beurteilung der Körperhaltung (Skoliose, Kyphose, Bein- und Fussstellungsanomalien) mit 18 bis 24 Monaten und 4 bis 5 Jahren.

#### Erbte Stoffwechselstörungen

Der Guthrietest zur Erfassung der Phenylketonurie, seit 1977 mit dem zusätzlichen Suchtest nach kongenitalen Hypothyreosen verbunden, ist eine klassische Vorsorgeuntersuchung, die seit 1974 praktisch alle Neugeborenen in der Schweiz erfasst. Von 1965 bis 1979 stellte er bei mehr als 1 Million Neugeborenen 288 Fälle von Stoffwechselstörungen fest, davon seit 1977 in drei Jahren 61 Hypothyreosen [2]. Der Meko-niumtest zur Früherfassung der zystischen Fibrose erfüllt dagegen die Kriterien eines Stoffwechselscreenings nicht [7].

#### 4. Schlussbemerkungen

Programmauswertungen sind schwierig. Zeitpunkt und Häufigkeit erster Diagnosestellungen aus dem Deutschen Programm von 1977 liegen vor [16], die Aussagekraft dieser Auswertung für die Praxis scheint beschränkt. Interessant ist eine schwedische Studie 4- bis 5-jähriger Kinder [20].

Über das vorgestellte Programm sind erste Resultate eines Interviews bei den beteiligten Ärzten und bei einer Elternauswahl mit einer günstigen Beurteilung der Praktikabilität bekannt. Effizienz und Epidemiologie können erst später beurteilt werden [21].

Programmierte Säuglings- und Kleinkindervorsorgeuntersuchungen gehören zum Kinder-, allenfalls zum Hausarzt und in deren Zusammenarbeit mit der Mütterberatung. Wahrung der Entscheidungsmöglichkeit der Eltern und genügende Flexibilität für den Arzt sind Voraussetzungen, nach denen sich Organisation und Administration richten müssen. Das vorgestellte Programm erreicht diese Voraussetzungen weitgehend.

#### Zusammenfassung

Anhand der programmierten Vorsorgeuntersuchungen der Berner und Basler Kinderärzte wird über Untersuchungstermine, Zeitaufwand, Organisation, Materialbeschaffung, Untersuchungsablauf, Vorgang und Techniken gesprochen. Einzelne Untersuchungen

werden beispielhaft erklärt und erläutert, wobei zu jeder Altersgruppe die wichtigsten Untersuchungen zusammengefasst werden.

#### Adresse der Autoren

Dr. med. Rolf Tobler, Kinderarzt FMH, Thunstrasse 39, 3005 Bern.  
Dr. med. Max Rentsch, Kinderarzt FMH, Kreuzstrasse 7, 3052 Zollikofen.

#### Résumé

##### Les examens préventifs chez le nourrisson et chez le petit enfant

La structure des programmes d'examens des pédiatres bernois et bâlois est présentée en ce qui concerne les dates, le besoin en temps, l'organisation, le matériel, les procédures et les techniques. Certains procédés sont décrits en détail pour illustrer la façon dont il convient d'agir. Un résumé de tous les éléments de l'examen selon l'âge est présenté, y compris les troubles du comportement, le développement mental et moteur, les examens de la vision et de l'ouïe, les malformations et autres anomalies d'organes, ainsi que les défauts métaboliques congénitaux.

#### Summary

##### Preventive Examination of the Infant and Small Child

The scheme of preventive examinations used by pediatricians of the cantons of Berne and Basle is presented in terms of the dates, required time, organization, material, procedures, and techniques. As an illustration, certain procedures are described in detail. A summary of all elements of the examination according to age is presented including behavioral, mental and motor development, screening for vision and hearing defects, search for malformations and other organ abnormalities, and inborn metabolic defects.

#### Literatur

- [1] Berneck, R., Simios, A., Vorsorgeuntersuchungen des Bewegungsapparates im Kindesalter (Urban, Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1975).
- [2] Büttler, R., Gitzelmann, R., Illig, R., Die Reihenuntersuchung von Neugeborenen auf vererbte Stoffwechselkrankheiten und congenitale Hypothyreose in der Schweiz, *Haemo* 10, 1 (1981).
- [3] Cramer, B., Manzano, J., Palacio Espasa, M., Torrado da Silva, M., Programmes de prévention dans un service de guidance pour enfants préscolaires, *Acta paedopsychiat.* 43, 85 (1978).
- [4] Frankenburg, W. K., Effizienz pädiatrischer Screening-Untersuchungen, *Der Kinderarzt* 11, 750 (1980).
- [5] Frankenburg, W. K., Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen: Ein wichtiger Teil der Kinderbetreuung im Säuglings- und Vorschulalter, *Helv. pädiat. Acta Suppl.* 45, 10 (1980).
- [6] Geiser, M., Behandlungsergebnisse bei frühzeitig diagnostizierten typischen congenitalen Hüftgelenkdysplasien, *Z. Orthop.* 113, 67 (1975).
- [7] Gitzelmann, R., Why we should not screen our newborn to zystic fibrosis, *Helv. pädiat. Acta* 36, 493 (1982).
- [8] Henoeh, E., Vorlesungen über Kinderkrankheiten (Verlag August Hirschwald, Berlin 1887).
- [9] Hungerland, H., Über die Utopie des normalen und die normale Utopie, Abschiedsvorlesung vom 14. Dez. 1974, *Universitäts-Kinderklinik Bonn, Nestlé, Juni 1975.*
- [10] Illingworth, R.S., The development of the infant and young child, Normal and abnormal, Churchill Livingstone, 7. Ed. 1980.
- [11] Köng, E., Früherfassung cerebraler Bewegungsstörungen, *Pädiat. Fortbildk. Praxis*, Vol. 33, 1-14 (Karger, Basel 1972).
- [12] Lamby, J. E., Zusammenstellung eines Screening-Programms, in klinischer Sozialpädiatrie, herausgegeben von Th. Hellbrügge (Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1981).
- [13] Largo, R. H., Vorsorgeuntersuchungen zur Früherfassung von Hör- und Sehstörungen, *Päd. Fortbild. Praxis*, Bd. 52, 145-158 (Karger, Basel 1981).
- [14] Pro Juventute Zürich, Der Aufgaben- und Verantwortungsbe-reich der Mütterberatungsschwester, Stellungnahme der Mitglieder der Kommission für Mütterberatung des Schweiz.

- Berufsverbandes der Krankenschwester und Krankenpfleger, 1980.
- [15] Rutter, M., Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance, *Pediatrics* 70, 883 (1982).
- [16] Schwarz, F. W., Hollstein, H., Erste Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter, *Der Kinderarzt* 10, 1017 (1979).
- [17] Schmidt E., Henke, Martina, Säuglingsernährung und Morbidität, *Sozialpädiatrie* 5, 56 (1983).
- [18] Schmid, P., Heilpädagogik und Menschenbild, Schweiz. heilpädagogische Rundschau 2, 25 (1983).
- [19] Stähelin, B., *Der psychosomatische Christus* (Novalis-Verlag, 1981).
- [20] Sundelin, C., Vuille, J. C., Health screening of four-year-olds in a Swedish county, *Acta pädiat. Scand.* 64, 795 (1975).
- [21] Carrel, R., Joss, E., Vuille, J. C., Evaluation of preventive pediatric care in Canton Bern, Results of the second Pediatrician interview (Jan. 1983), nicht publiziert.
- [22] Vuille, J. C., Präventivmedizinische Betreuung des Säuglings und Kleinkindes, in: *Pädiatrie-Praxis und Klinik* (Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart, New York 1978).
- [23] Urech, E., Ein dringendes Anliegen der Kinderpsychiater: Die Prävention, Das Kind in seiner natürlichen Umgebung, in: *Das Kleinkind in der Schweiz*, Schweiz. Konferenz der kant. Erziehungsdirektoren, Palais Wilson, Genf 25, 153 (1981).

## Berichte über die Gruppenarbeit / Travaux de groupes

Erster Teil: Zusammenfassende Überlegungen

### Prävention aus der Sicht des praktizierenden Arztes

H. Noack<sup>1</sup>

#### 1. Zielsetzung und Verlauf

Die Tagung «Präventivmedizin in der ärztlichen Praxis» sollte über den heutigen Stand des Wissens über Möglichkeiten der präventivmedizinischen Tätigkeit in der ärztlichen Praxis orientieren, einen umfassenden Erfahrungsaustausch über das praktische Vorgehen ermöglichen und die Zusammenarbeit zwischen praktischem Arzt und Sozial- und Präventivmediziner fördern. Den beiden letztgenannten Tagungszielen galt vor allem die Gruppenarbeit.

An jedem der beiden Veranstaltungstage wurde im Anschluss an die Referate und Kurzreferate in Gruppen zusammengearbeitet, insgesamt gut 3½ Stunden lang. Jeder der drei *Arbeitsgruppen* gehörten etwa 10 Tagungsteilnehmer an, ausser einer Gesundheitschwester oder einer anderen auf präventivmedizinischem Gebiet tätigen Person ausschliesslich Ärztinnen und Ärzte. Eine Gruppe (A) arbeitete in französischer und zwei (B, C) in deutscher Sprache.

Drei *Zielsetzungen* leiteten die Gruppenarbeit: Die Arbeitsgruppen wurden gebeten,

- häufige und wichtige präventive Probleme und Aufgaben in der ärztlichen Praxis zu beschreiben;
- Möglichkeiten zu deren Lösung oder Bewältigung und die dafür notwendigen personellen, organisatorischen und materiellen Voraussetzungen aufzuzeigen;
- problembezogene und allgemeine Hindernisse, welche die Prävention in der ärztlichen Praxis erschweren, zu identifizieren und Möglichkeiten zu ihrer Überwindung zu erörtern.

Die von den Gruppen gewählten Themen und aufgeworfenen Fragestellungen wie auch der Verlauf der Diskussion lassen den Schluss zu, dass sie sich von

diesen Zielsetzungen angesprochen fühlten. Einerseits griffen sie Themen der Referate und Kurzreferate auf und vertieften diese, andererseits gingen sie von ihrer Arbeit und ihren Erfahrungen in der Praxis aus.

Jeder Arbeitsgruppe standen ein Leiter und ein Berichterstatter zur Verfügung, die vorher über die Zielsetzungen und den beabsichtigten Verlauf der Arbeit orientiert worden waren. Jeweils im Anschluss an die beiden Arbeitssitzungen stellten die Berichterstatter die Arbeitsergebnisse im Plenum vor, wo sie kommentiert und diskutiert wurden. Sie sind in den im zweiten Teil dieses Beitrags enthaltenen Berichten der Arbeitsgruppen zusammengefasst.

#### 2. Themen und Fragestellungen

Die Arbeitsgruppen befassten sich mit dem gesamten Spektrum der in den Referaten und Kurzreferaten behandelten Themen. Am ersten Veranstaltungstage widmete sich eine Arbeitsgruppe (A) Problemen der psychiatrischen Krisenintervention in der ärztlichen Praxis, und zwei Gruppen setzten sich mit verschiedenen Aspekten der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten auseinander. Am zweiten Tage wählte eine Gruppe (B) Vorsorgeuntersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter als ihr Thema, während zwei Gruppen (A, C) sich mit der Früherfassung häufiger Karzinome beschäftigten.

Im folgenden geben wir eine Übersicht über die in den Arbeitsgruppen diskutierten präventiven Probleme und Aufgaben, über verschiedene Möglichkeiten zu ihrer Lösung oder Bewältigung und über dabei erfahrene oder erwartete Schwierigkeiten und Hindernisse. Neben jeweils problemspezifischen Aspekten werden auch allgemeine Gesichtspunkte der Prävention in der ambulanten Versorgung erörtert.

Bei der *psychiatrischen Krisenintervention* in der Praxis sieht sich der Haus- oder Familienarzt mit einem

<sup>1</sup> Dr. med. et phil. H. Noack, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Finkenhubelweg 11, CH-3012 Bern.