Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 77 (1968)
Heft: 3

Artikel: Beschäftigungstherapie aus der Sicht des Arztes
Autor: Steinmann, Bernhard
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-975203

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: 13.07.2025

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

hinderung ihres Kindes und trugen auch Sorge, es nicht immer den anderen Kindern anzuhängen. So war es ganz natürlich, dass die Nachbarskinder es später mit zur Schule nahmen, obschon es die Sonderklasse besuchte. Da zog eine neue Familie mit einem einzigen Kind in die Nachbarschaft. Die Mutter, nicht sehr ausgeglichen, mochte das behinderte Kind nicht leiden und äusserte sich daheim entsprechend. Bald begann denn auch ihr Kind, das Behinderte zu necken. Als es aber versuchte, die andern Kinder auch dazu zu verleiten, gingen sie nicht etwa darauf ein, sondern wandten sich ihrerseits so heftig gegen den Neuankömmling, dass die Eltern zu dessen Gunsten eingreifen mussten.

Wenn wir kurz auf die Hauptelemente zurückkommen, die die soziale Eingliederung ausmachen, so wird uns klar, dass die Bedürfnisse der Behinderten und der Unbehinderten gleich sind. Beide haben es nötig, dass man sie nimmt, wie sie sind, mit ihren Vorzügen und Fehlern. Beide wollen für ihre Leistungen gerecht beurteilt werden. Beide müssen irgendwo dazu gehören und ein Mindestmass von Unabhängigkeit besitzen, um glücklich zu sein. Da scheint das ganze Geheimnis der menschlichen Eingliederung zu liegen: zu sehen, dass die Bedürfnisse und Wünsche der Behinderten grundsätzlich dieselben sind wie die jedes anderen Menschen. Das sollte das Verstehen gegenseitig einfach machen: Man erinnere sich nur, was man selber nötig hat, dann weiss man, was von einem erwartet wird, ob man behindert sei oder nicht. Dennoch besteht ein grundlegender Unterschied zwischen der Lage der beiden Partner; denn es liegt in der Natur der Behinderung, dass sie die Begegnung an sich erschwert: Bewegungsbehinderungen erschweren buchstäblich das Zusammenkommen, Sinnesbehinderungen sind dem direkten Austausch hinderlich, geistige Gebrechen beeinträchtigen das gegenseitige Verstehen. Alle diese Schwierigkeiten sind überwindbar, aber sie verlangen nicht nur eine Anstrengung von seiten der Behinderten. Die Unbehinderten müssen in erster Linie bereit sein, so weit entgegenzukommen, wie die Behinderung selber es dem Behinderten verunmöglicht.

Das Wunderbare bei dieser Lage ist, dass es so viele geglückte Beispiele sozialer Eingliederung gibt, dass so viele wertvolle Beziehungen zwischen behinderten und unbehinderten Einzelnen bestehen. Wenn man dessen als Einzelner teilhaftig wird, so fragt man nicht, sondern ist von Herzen dankbar.

Beschäftigungstherapie aus der Sicht des Arztes

Professor Dr. med. Bernhard Steinmann

Beschäftigungstherapie (Ergothérapie, Occupational therapy) ist eine Behandlungsmethode, die in den Rahmen der Rehabilitation zu stellen ist. Sie füllt innerhalb der Rehabilitation eine Lücke aus, die zwischen der Heilgymnastik beziehungsweise Bewegungstherapie, die mittels Bewegungsübungen eine Stärkung, eine vermehrte Ausdauer und bessere Koordination der einzelnen Muskelübungen zu erreichen sucht, und der beruflichen Wiedereingliederung klafft.

Die Beschäftigungstherapie kam im letzten Krieg in den angelsächsischen Ländern auf. Anfangs der fünfziger Jahre fasste sie auch in der Schweiz Fuss. Sie hat sich zu einer stets bedeutsameren Rehabilitationsmethode entwickelt und ist heute vom Behandlungsplan nicht mehr fortzudenken. Obschon sie den Patienten wieder einem möglichst selbständigen und unabhängigen Leben zuführen und ihm dadurch auch die Voraussetzungen für eine bezahlte Arbeit schaffen will, ist die Beschäftigungstherapie selbst nur auf die Wiederherstellung einer möglichst dem Gesunden analogen Funktion hin ausgerichtet und darf nicht zum Zwecke des Erwerbs vorgenommen werden.

Wenn auch schon in früheren Jahrhunderten Ansätze eines beschäftigungstherapeutischen Vorgehens vorhanden waren, hat doch erst die Einführung von Schulen für Beschäftigungstherapie zum methodischen Ausbau geführt. Man unterscheidet heute meist die funktionelle, die ablenkende und die psychiatrische Beschäftigungstherapie.

Die *funktionelle Beschäftigungstherapie* hat zum Ziel, den Patienten soweit zu bringen, dass er die gewünschte Beschäftigung oder Arbeit mit möglichst voller Kraft und funktionell dem Gesunden ähnlich wieder ausführen kann. Ist durch Krankheit, zum Beispiel Halbseitenlähmung nach einem Schlaganfall, oder durch Amputation ein Funktionsausfall eingetreten und daher eine normale Wiedergewinnung der Funktion nicht möglich, so wird versucht, durch Stützapparate oder irgendwelche andere Massnahmen, zum Beispiel Esshilfen, einen Ausgleich zu schaffen. Sowohl bei einer Funktionsbehinderung als auch beim Funktionsausfall muss die Beschäftigungstherapie versuchen, die noch verbliebenen Kräfte zu aktivieren. Oft gelingt es dabei, den Invaliden so zu fördern, dass er eine praktisch normale Tätigkeit erreicht.

Das erste Ziel der funktionellen Beschäftigungsbehandlung besteht darin, den Patienten in den Tätigkeiten des täglichen Lebens – im Angelsächsischen «Activities of daily living» genannt – wieder zur Unabhängigkeit und Selbständigkeit zu führen. Auf diesem Gebiet ist eine enge

Zusammenarbeit zwischen der Heilgymnastin, die das Hauptaugenmerk auf die Gehfähigkeit und die Fortbewegungungsmöglichkeiten richtet, und der Ergotherapeutin, die sich mehr mit feineren Beschäftigungen der Hände (Essen, Toilette, Ankleiden usw.) abgibt, von ausschlaggebender Bedeutung, da erst dadurch ein optimales Ziel erreicht werden kann. Die weiteren Ziele bestehen darin, über die Anforderungen des täglichen Lebens hinaus Beschäftigungen und Arbeiten zu ermöglichen, bei der Frau vor allem Haushaltstätigkeiten, beim Mann handwerkliche und weitere seinem früheren Beruf angepasste Arbeiten. Insbesondere beim jungen Patienten ist es ausserordentlich wichtig, eine wenn möglich auch für den späteren Beruf wertvolle funktionelle Readaptation zu erreichen. Die Beschäftigungstherapie geht hier ohne scharfe Grenze in die eigentliche Arbeitswiedereingliederung über, die an besonderen Stätten durchgeführt wird.

Die *ablenkende Beschäftigungstherapie* kommt besonders bei Patienten mit chronischen oder psychiatrischen Krankheiten zur Anwendung, um die Kranken aus Langeweile und Passivität herauszureissen und sie durch Beschäftigungen abzulenken, die freilich dem Krankheitszustand angepasst sein müssen. Der Sinn liegt vielleicht oft weniger im «Ablenken» als vielmehr im «Konzentrieren» und «Aktivieren». Während bei jüngeren Patienten der Sinn für Kooperation vielfach spontan vorhanden ist, gelingt es beim älteren Patienten oft erst nach grosser Mühe, ihn wieder soweit zu aktivieren, dass er eine Beschäftigung sinnvoll findet.

Die *psychiatrische Beschäftigungstherapie* geht in mehreren Beziehungen ihre eigenen Wege. Eines ihrer Ziele besteht darin, den Patienten wieder zu normalen Beziehungen mit der Umwelt zu führen, ihn wieder sozial einzugliedern.

Als Teil eines medizinisch-therapeutischen Gesamtplanes darf die Beschäftigungstherapie sich nicht von den anderen Behandlungsmethoden isolieren, sondern die Beschäftigungstherapeutin muss eng mit Arzt, Schwester, Heilgymnastin, Sprachtherapeutin, Fürsorgerin und Berufsberater zusammenarbeiten, wobei freilich je nach der Art und dem Stadium einer Krankheit nicht alle Helfer von gleicher Wichtigkeit sind. Es ist daher unerlässlich, dass auch der Arzt die Grundprinzipien, Anwendungsmöglichkeiten und die therapeutische Breite der Beschäftigungstherapie kennt. Andererseits muss auch die Beschäftigungstherapeutin über den gesamten Krankheitszustand des Patienten im Bild sein. Wie bei jeder jungen Methode in der Medizin besteht auch in der Beschäftigungstherapie eine gewisse Zeit der Einführung, bis alle Beteiligten einwandfrei aufeinander abgestimmt sind.

Bei den Rheumahilfsmittelstellen ist ein Holzstiel mit breiter Drahtklammer erhältlich, der beim Waschen gute Dienste leistet, da Lappen oder Schwamm durch die Klammer gehalten werden.

Es ist ein grosses Verdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes, dass es neben den bestehenden Zentren für Beschäftigungstherapie in den Spitälern und Heimen solche für ambulante Behandlung in grösseren Städten geschaffen hat. Der Begriff «ambulant» hat hier eine doppelte Bedeutung. Gehfähige Patienten können im Zentrum selbst behandelt, andererseits können Bettlägerige zu Hause von der Beschäftigungstherapeutin besucht werden. Es ist sehr zu wünschen, dass diese äusserst nützliche Art der Beschäftigungstherapie immer grössere Verbreitung findet und in den Behandlungsplan vieler Krankheiten integriert wird.