

Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 78 (1969)
Heft: 5

Artikel: Aufgaben der Beschäftigungstherapie
Autor: Isenschmid, H.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-974363>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 08.02.2025

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

Aufgaben der Beschäftigungstherapie

Mit der Wiedergabe eines Vortrags, den Dr. med. H. Isenschmid vom Stadtärztlichen Dienst in Zürich an der regionalen Präsidentenkonferenz des Schweizerischen Roten Kreuzes am 20. März dieses Jahres in Zürich gehalten hat, greifen wir ein Thema auf, das schon verschiedentlich in unserer Zeitschrift behandelt wurde, das indessen von so brennender Aktualität ist, dass es sich lohnt, über die wichtigen Aufgaben, die der Beschäftigungstherapie im Rahmen der modernen Medizin zukommen, nochmals nachzudenken.

Beschäftigungstherapie ist nach der Definition der internationalen Berufsgemeinschaft für Beschäftigungstherapie «eine ärztlich geleitete Behandlung von körperlich oder geistig Behinderten durch konstruktive Aktivitäten, die, ausgewählt durch ausgebildete Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten, der Wiederherstellung normaler Funktionen dienen. Sie will einen Beitrag leisten zur physischen, psychischen und wenn möglich ökonomischen Selbständigkeit der Patienten, mit andern Worten zu ihrer medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation.»

Wenn man in geraffter Form Wesentliches über ein so umfassendes und vielseitiges Gebiet wie die Beschäftigungstherapie sagen soll, dann ist es nicht möglich, die geschichtlichen Hintergründe, so spannend und lehrreich sie auch sind, bis in ihre Einzelheiten darzulegen. Trotzdem sei mir ein Zitat aus dem Beginn des vergangenen Jahrhunderts gestattet, da es uns mitten in die Problematik der Beschäftigungstherapie hineinführt. Pinel, ein französischer Irrenarzt aus der Frühzeit der Psychiatrie, berichtete nach der Besichtigung eines spanischen Irrenhauses: «Die steteste Erfahrung lehrte mich bei diesem Hospitale, dass die Heranziehung der Kranken zum Feldbau das sicherste und wirksamste Mittel ist, wieder zur Vernunft zu gelangen, und dass Adelige, die jeden Gedanken an mechanische Arbeit mit Stolz und Verachtung von sich stossen, auch den traurigen Vorzug haben, ihre unsinnigen Verirrungen und ihr Delirium zu verewigen.» Dieses Zitat zeigt uns,

- dass die Beschäftigungstherapie ihrem Prinzip nach keineswegs neu ist,
- dass die Beschäftigungstherapie ihren Ursprung in der Psychiatrie hat,
- dass die Beschäftigungstherapie ihre Grenzen am Willen des Kranken zur Aktivität findet.

Es ist erstaunlich, wie langsam sich die alten Erkenntnisse der Psychiatrie auf die andern medizinischen Fach-

gebiete ausbreiteten. Man kann sagen, dass die Beschäftigungstherapie im heutigen Sinne erst nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden ist. Auch heute noch hat sie gegen unbegreifliche, rational nicht recht fassbare Widerstände zu kämpfen. Wo liegt der Ursprung dieser Schwierigkeiten? Mit den Begriffen von Therapie, von ärztlicher Behandlung und Krankenpflege war von jeher die Vorstellung von Massnahmen verbunden, die am passiven Kranken geschehen, die von aussen an ihn herangetragen werden, ohne dass er selbst mehr als sein stillschweigendes Einverständnis, seine Dankbarkeit und eine gewisse Kostenbeteiligung zu erbringen hat. Passivität und Schonung waren ja von jeher therapeutisch wirksame Faktoren ersten Ranges. Diese Vorstellung ist soweit richtig, als Krankheiten zu behandeln sind, die weitab von der Verantwortlichkeit des Einzelnen liegen und denen dieser sich schicksalhaft ausgeliefert sieht. Sie ist auch soweit richtig, als es sich um akute Krankheiten oder Krankheitsphasen handelt, die durch Aktivität des Patienten verschlimmert werden können. Ich denke zum Beispiel an Entzündungen, Geschwülste und akute Herz- und Kreislaufstörungen.

Die Vorstellung von der Passivität des Kranken als therapeutisches Mittel ist aber in der Regel falsch, wenn Krankheiten oder Zustände vorliegen, welche chronischen Charakter haben, welche psychisch verursacht oder doch mitverursacht worden sind oder welche durch aktive Vorbeugung vor Verschlimmerung bewahrt werden könnten. Wenn wir aufmerksam die Wandlung der Krankheiten im Verlaufe der Jahrhunderte und der letzten Jahrzehnte beobachten, so können wir feststellen, dass heute im Unterschied zu früher der überwiegende Teil der Krankheiten in die zweite Gruppe gehört, also in diejenige, welcher mit passiver Haltung des Kranken, mit Schonung nicht beizukommen ist. Wir müssen aber auch erkennen, dass trotz der heute völlig anderen Natur der Krankheiten vielerorts ängstlich an der Vorstellung der wohlthuenden Wirkung von Schonung und Passivität festgehalten wird, und dies auch in Fällen, wo der Verlust von Uebung und körperlichen und geistigen Fertigkeiten dem Kranken und seiner Umgebung zu grossem Schaden gereicht.

Wenn man im Ursprungsland der Beschäftigungstherapie, in England, weilt und verwundert feststellt, welchen Grad an Aktivität Aerzte und Therapeuten von Herzkranken oder Unfallgeschädigten oder psychisch Schwerkranken fordern und man sich erkundigt, ob denn durch solche Anforderungen nicht Schaden entstehe, dann erfährt man, dass äusserst selten etwas Nachteiliges ein-

tritt. Allerdings sei viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl, auch eine gewisse Risikobereitschaft nötig, um zu Erfolg zu gelangen. Die Erfahrungen müssen die vorläufig noch weitgehend fehlenden theoretischen Grundlagen über das Fachgebiet der aktivierenden Krankenbehandlung ersetzen. Jeder Fachmann, der in die Problematik der heutigen Medizin Einsicht hat, ist überzeugt, dass gegenwärtig noch durch Schonung und Passivität ungleich mehr Gesundheitsschäden entstehen als durch Aktivierung.

Betrachten wir zur Illustration zwei Beispiele:

Eine sechsendsechzigjährige Hausfrau erleidet eine Hirnarterienthrombose auf Grund einer Arteriosklerose. Es entsteht eine Halbseitenlähmung. Die Patientin hat das Glück, in eine modern eingestellte Klinik eingewiesen zu werden, wo schon wenige Tage nach dem Ereignis mit aktivierender Behandlung begonnen wird. Frühzeitiges Verlassen des Bettes, langsam steigendes Training der Funktionen der Gelenke und gelähmten Muskeln und Glieder fangen durch sinnvolle Tätigkeit das aufkommende Katastrophengefühl auf. Die Lähmungen gehen zurück, wenn auch nur teilweise. Die Stimmung bleibt aber gut. Die Möglichkeit, den kleinen Haushalt später wieder selbst besorgen zu können, wird nie aus dem Gesichtskreis verloren. Durch funktionelle Beschäftigungstherapie werden die gelähmten Glieder geübt, und schliesslich wird ein Küchentaining angeschlossen, bei dem die Hausfrau lernt, mit gewissen Hilfsmitteln und verhältnismässig einfachen baulichen Veränderungen der Kücheinrichtung selber wieder die Hausarbeiten zu besorgen. Nach der Entlassung aus dem Spital wird das Küchentaining in einem ambulanten Beschäftigungstherapie-Zentrum weitergeführt.

Diese Frau ist durch die aktivierenden Methoden der Beschäftigungstherapie medizinisch, sozial und wirtschaftlich weitgehend eingegliedert worden und fällt niemandem zur Last.

Leider geschieht auch heute noch gar nicht selten, was früher die Regel war: Schicksalsgläubig werden die Folgen des Hirnschlages hingenommen. Mit Medikamenten und vielleicht mit etwas Massage wird eine gewisse Pseudoaktivität gezeigt, hinter der aber im Grunde Resignation steht, die sich von der Umgebung auf den Kranken überträgt. Es fehlt an der straffen und gezielten Wiedereingliederung, die als Leitbild den leistungs- und gesellschaftsfähigen Menschen vor sich hat und die erstaunlichen, in jedem Kranken vorhandenen reparativen Kräfte erkennt und zu wecken imstande ist.

Als zweites Beispiel sei ein Psychischkranker mit einer chronischen Schizophrenie genannt:

Eine akute Verschlimmerung des Leidens führt ihn im Alter von dreissig Jahren in eine psychiatrische Klinik. Dort bemüht man sich von den ersten Tagen an nicht nur rein ärztlich um ihn, sondern eine Beschäftigungstherapeutin versucht, mit diesem schwer kontaktgestörten und von Wahnvorstellungen geplagten Menschen eine konstruktive Beziehung anzuknüpfen. Dies ist schwierig, und die ersten Versuche scheitern vielleicht. Schliesslich gelingt es zum Beispiel durch bildnerisches Gestalten, das symbolhafte Denken dieses Wahnkranken anzusprechen. Er kann seine Ideen mit Hilfe einer einfachen, gestalterischen Ausdrucksweise seiner Umgebung verständlich machen. Es wird sogar möglich, ihm eine Rolle in einem von einem Mitpatienten geschriebenen Theaterstück zuzuteilen. Hier entfaltet er neue, früher vernachlässigte Seiten seiner Persönlichkeit, und zwar in einer Gruppe, in die er sich einordnet. Damit festigt sich sein sozialer Status so, dass er zwei bis drei Monate nach der Aufnahme in die Klinik arbeitsfähig entlassen werden kann.

Es wird dafür gesorgt, dass eine ambulante Psychotherapie oder doch eine lockere Ueberwachung weitergeführt werden kann. Wohl ist die Krankheit nicht geheilt, der Kranke aber selbständig und nicht durch einen langen Klinikaufenthalt geschädigt. Möglicherweise sind später weitere Klinikaufenthalte nötig, die aber nur kurz sein werden, so dass der Kranke seiner gewohnten Umgebung nicht entfremdet wird. Früher wäre der Kranke wohl jahrelang, vielleicht zeit seines Lebens Anstaltsinsasse geblieben.

Diesen Beispielen könnten zahlreiche ähnliche an die Seite gestellt werden, und zwar aus allen Gebieten des Krankseins: Beschäftigungstherapie bei Schizophrenen, bei asozialen Jugendlichen, bei Chronischkranken, bei Alterskranken, bei Paraplegikern und Unfallgeschädigten, Beschäftigungstherapie bei cerebrally gelähmten Kindern, bei multipler Sklerose und bei Prothesenträgern nach einer Beinamputation. Der Katalog liesse sich in Form einer Uebersicht über den grössten Teil der Medizin erweitern.

Ich glaube, bisher gezeigt zu haben, dass Beschäftigungstherapie nicht nur ein Hilfsmittel ärztlicher Behandlung ist, sondern dass sie ein Prinzip, eine Grundlage der Krankenbehandlung darstellt. Wenn dieses Prinzip nicht als der rote Faden anerkannt wird, der jeden individuellen

Behandlungsplan durchziehen muss, wird die grossartigste Medizin gewissermassen in den leeren Raum verpuffen. «Was fangen die Patienten mit den Jahren an, die ihnen vom Herzchirurgen durch gelungene Operationen am offenen Herzen geschenkt werden?» Diese Frage stellte sich ein amerikanischer Forscher, und die Antwort war niederschmetternd: Sehr viele der Patienten fangen wenig oder nichts an mit den geschenkten Lebensjahren. Es fanden sich dafür keine objektiven körperlichen Gründe. Man muss keineswegs einem einseitigen Leistungsdenken verfallen sein, um sich Gedanken darüber zu machen, wohin eine Medizin führt, die körperliche und geistige Aktivierung des Kranken ausser acht lässt.

Nach diesen grundsätzlichen Ueberlegungen soll noch einiges gesagt werden über die einzelnen Zweige und die Methodik der Beschäftigungstherapie. Man unterscheidet die ablenkende, die funktionelle und die psychiatrische Beschäftigungstherapie.

Die *ablenkende Beschäftigungstherapie* — heute aktivierende Beschäftigungstherapie genannt — will Kranken und Behinderten zu einer sinnvollen Gestaltung ihrer Zeit und einer produktiven Anwendung ihrer Kräfte verhelfen. Sie will von der Krankheit ablenken und das Positive, die trotz dem Leiden noch brauchbaren und übaren Kräfte, betonen. Sie will die Stimmung des Chronischkranken heben und ihn damit auch für andere Beeinflussungen zugänglich machen. Sie ist immer auch eine sozialisierende Behandlung, bei der grosser Wert auf Beschäftigung in der Gruppe gelegt wird. Dieser Zweig der Beschäftigungstherapie wird ganz besonders die Neigungen und Wünsche des Kranken berücksichtigen, ihn das tun lassen, was er gerne tut, vielleicht sogar vorerst unbewussten Wünschen zum Durchbruch verhelfen. Sie wird aber durchaus auch versuchen, die Leistung zu verbessern, zwar nie mit dem Ziel einer möglichst grossen Produktion, sondern mit demjenigen der Entfaltung des Kranken durch freudvolle Tätigkeit. Diese Form der Beschäftigungstherapie ist also vor allem eine Hilfe, um langen Spitalaufenthalt und Krankheitszeiten anzunehmen und sie sinnvoll zu nützen. Die Mittel sind vielfältig und reichen von der handwerklichen Arbeit über das Basteln und die hausfrauliche Handarbeit bis zur künstlerischen Gestaltung in Bild, Musik oder Theater.

Die *funktionelle Beschäftigungstherapie* bezweckt die Verbesserung von körperlichen Funktionen, die Steigerung des Bewegungsumfanges und der Muskelkraft und die

Uebung der Koordination. Sie fördert die Selbsthilfe in den täglichen Verrichtungen, zum Teil unter Verwendung von Hilfsgeräten und Prothesen. Insbesondere wird auch die behinderte Hausfrau beraten, instruiert und trainiert. Sie steigert die Arbeitsfähigkeit und damit auch das Selbstvertrauen und die Gesellschaftsfähigkeit und macht viele Behinderte wirtschaftlich selbständig. Sie leistet aber auch einen wesentlichen Beitrag zur Berufsberatung und zur beruflichen Eingliederung. Die Mittel der funktionellen Beschäftigungstherapie richten sich in erster Linie nach der zu übenden Funktion.

Die *psychiatrische Beschäftigungstherapie* schliesslich wendet sich an die grosse und besondere Gruppe der seelisch Kranken und versucht mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln, in Einzel-, vor allem aber in Gruppentherapie die Kranken zu lockern, aus ihrer Vereinsamung herauszuholen und zu eigenem Gestalten anzuregen. Musik, Diskussion, Spiel und Theateraufführungen spielen eine grosse Rolle. Gerade im psychiatrischen Bereich ist es sicherlich wichtig, dass sich die Beschäftigungstherapie in den ärztlichen Behandlungsplan einordnet, weil es gewagt wäre, eigene Wege zu gehen und damit gefährliche Schleusen zu öffnen. Gerade hier zeigt sich aber auch die grosse Chance, welche diese Art, an Psychischkranke, ja sogar an schwer und akut Geisteskranke heranzugehen, in sich trägt. Menschliche Reife und Kontaktbereitschaft dürfen den Therapeutinnen in diesem Zweig der Beschäftigungstherapie nicht fehlen.

Beschäftigungstherapie ist immer auch eine Sozialtherapie. Wenn nicht aus der besonderen psychologischen Situation heraus eine Einzeltherapie gewissermassen als Vorstufe ihre Berechtigung hat, wird immer das gruppenweise Arbeiten angestrebt, dadurch wird der Kontakt, das Annehmen der Therapeutin und der anderen Gruppenglieder leichter, selbstverständlicher; Rücksichtnahme, Einordnung, Sorgetragen werden gefördert. Wenn man weiss, wie gross der Anteil von sozial schlecht angepassten Menschen in unseren Spitälern, besonders auch in denjenigen für Chronischkranke ist, und wenn man berücksichtigt, dass dem sozial schlecht Angepassten die Krankheit und der Spital- oder Heimaufenthalt viel schwerer fällt als demjenigen, der sich einordnet, dann kann man sich vorstellen, was solche Gruppentherapie im Sinne einer Nacherziehung bedeutet und zu leisten imstande ist.

Es muss aber nochmals betont werden, dass das Mitmachen in der Beschäftigungstherapie immer aus dem



freien Willen des Kranken herauswachsen soll; er darf nicht dazu gezwungen werden. Dies setzt nicht selten eine gewisse Vorbereitungszeit durch die Beschäftigungstherapeutin voraus, in der sie den Patienten aufklärt, ermuntert, ihm die Räumlichkeiten und fertige Arbeiten zeigt. Auch Gespräche mit bereits beschäftigten begeisterten Kranken bedeuten eine wertvolle Vorbereitung. Beschäftigungstherapie muss immer auch vom Gesichtspunkt der Wiedereingliederung aus gesehen werden. Sie teilt sich in diese Aufgabe mit der Physiotherapie, der Sprachtherapie, der Krankenhausfürsorge, dem psychologischen Dienst, der Berufsberatung und der eigentlichen industriellen Arbeitstherapie. Die Beschäftigungstherapie trägt somit zu einer der vornehmsten Aufgaben der Medizin überhaupt bei.

Es ist eine bewundernswerte Leistung unserer demokratischen Einrichtungen, dass im Gesetz über die Invalidenversicherung der Rehabilitation und damit auch der Beschäftigungstherapie so grosses Gewicht und finanzielle Mittel zuerkannt worden sind.

Aus dem bisher Gesagten wird leicht ersichtlich, dass der Beruf der Beschäftigungstherapeutin grosse Anforderungen stellt. Er verlangt eine Vielseitigkeit der Begabung, die nicht nur Intelligenz und handwerkliches Geschick umfasst, sondern ebenso Erfindungsgabe, Organisationstalent, Phantasie, guten Geschmack und Sinn für Farben und Formen. Der Kenntnis der medizinischen und soziologischen Grundlagen wird grosse Bedeutung beigemessen. In Zürich besteht seit über zehn Jahren eine Schule für Beschäftigungstherapie. Die Ausbildung dauert drei Jahre. Sie schliesst mit einem Diplom ab und ist durch das Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit und auch durch die internationale Organisation der Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten anerkannt. Es ist nötig, diesem noch jungen Berufszweig die gebührende Anerkennung zu zollen, ihn zu fördern und ihn in den Besoldungsverordnungen der grossen Leistung entsprechend einzustufen.

Der Mangel an Spital- und Heimbetten für Chronischkranke hat in der Schweiz wie überall eine begrüssenswerte neue Tendenz in der sozialmedizinischen Fürsorge wachsen lassen: die Tendenz zur vermehrten ambulanten Betreuung. Man erkannte, dass auch ohne Spitaleintritt viele der wichtigsten Bedingungen zur Hintanhaltung von Vereinsamung, Depression und Verwahrlosung entstehen können. Neben der Hauspflege und der nachgehenden sozialmedizinischen Fürsorge wurden auch sogenannte Tagesheime für ambulante Betreuung eingerichtet. Auf diese Weise lassen sich teure und rare Spitalbetten einsparen, und gleichzeitig wird die Selbständigkeit des Kranken erhalten. Hier hat für die Beschäftigungstherapie eine neue grosse Aufgabe begonnen, die entwicklungs-fähig und dankbar ist. Viele Kranke warten auf eine solche Behandlung. Der Bedarf in Zürich kann zahlenmässig dadurch nachgewiesen werden, dass bei der Bettenvermittlungsstelle für Chronischkranke des Stadtärztlichen Dienstes dauernd etwa dreitausend Anmeldungen vorliegen. Ein wesentlicher Teil dieser Kranken könnte von einer ambulanten Beschäftigungstherapie profitieren und möglicherweise ohne Spitalaufenthalt auskommen. Auch Pro Infirmis, die Stiftung für das Alter, die Rheuma- und die Krebsliga bestätigen den grossen Bedarf. Die Förderung der Beschäftigungstherapie im allgemeinen und ganz besonders die Schaffung neuer ambulanter Zentren für Beschäftigungstherapie sind brennende sozialmedizinische Aufgaben, welchen genügend Beachtung geschenkt werden muss.

Zehn Sektionen des Schweizerischen Roten Kreuzes unterhalten ein Zentrum für Beschäftigungstherapie. Nachstehend sei ein kurzer Abriss über die jeweilige Tätigkeit gegeben:

Die Sektion Basel-Stadt hat die Beschäftigungstherapie 1960 aufgenommen. Zurzeit arbeiten zwei Therapeutinnen, eine allerdings nur halbtags, in dem Zentrum, das in zwei Wohnungen eines Privathauses untergebracht ist. Zeitweilig steht noch eine Praktikantin zur Verfügung. Das Schwergewicht der Tätigkeit liegt auf der Gruppentherapie. Hinzu kommt die Mitarbeit der Therapeutin in einem Tagesheim für cerebral gelähmte Kinder. Ausserdem werden in Zusammenarbeit mit der Physiotherapie der Neurologischen Poliklinik Schwimmnachmittage für Schwerbehinderte organisiert.

Das Therapiezentrum der Sektion Bern-Mittelland wird gemeinsam mit Pro Infirmis und dem Bernischen Verein für Invalidenfürsorge betrieben. Es ist das jüngste der zehn Zentren und wurde erst 1967 eröffnet. Es steht ein grosser Therapieraum zur Verfügung, in dem auch Haushaltstraining durchgeführt werden kann; ausserdem sind drei Nebenräume vorhanden, wovon einer für die Anleitung zur Selbsthilfe bei täglichen Verrichtungen bestimmt ist. Die Beschäftigungstherapeutin befasst sich vor allem mit der Eingliederung von Kranken und macht zu diesem Zweck auch Besuche in der Wohnung der Patienten. Hinzu kommt eine Mitarbeit in Heim und Spital. Ausserdem wird ein Kochkurs für Blinde im Zentrum durchgeführt.

Die Sektion Genf hat im Jahre 1965 die Beschäftigungstherapie aufgenommen. Es stehen zwei grössere und zwei kleinere Räume im Parterre eines Wohnhauses zur Verfügung. Die Therapeutin, die von einer zweiten Kraft unterstützt wird, arbeitet intensiv mit der Invalidenversicherung zusammen. Es handelt sich vor allem um Einzeltherapie, und zwar ausschliesslich um ambulante Fälle, wobei die Behandlung zu einem grossen Teil in der Wohnung der Patienten erfolgt. Auch werden viele Vorschläge für die Selbsthilfe ausgearbeitet und Hilfsmittel für den Haushalt abgegeben.

Die Sektion Glarus, die sich seit 1963 mit Beschäftigungstherapie befasst, hat im Kantonsspital Glarus einen grossen und einen kleineren Arbeitsraum zur Verfügung sowie eine Uebungsküche und ein Lager. Die Tätigkeit setzt sich aus Gruppen- und Einzeltherapie zusammen. Die Patienten sind zum Teil Spitalpatienten, zum Teil solche, die ambulant betreut werden. Haushaltsabklärungen und Wiedereingliederungen am Wohnort werden im Auftrag der Invalidenversicherung durchgeführt.

Der Sektion St. Gallen stehen ein Therapieraum, eine Küche für Haushaltstraining sowie ein Büroraum zur Verfügung. Die Arbeit wurde bereits im Jahre 1961 aufgenommen. Seit März dieses Jahres ist eine zweite Therapeutin angestellt. Ausserdem ist von Zeit zu Zeit eine Praktikantin einer Schule für Beschäftigungstherapie im Zentrum. Die Tätigkeit umfasst Behandlung von Patienten im Zentrum sowie am Wohnort. Es handelt sich um Unfallkranke und solche, die durch Apoplexien behindert sind sowie um chronisch-krankte Patienten. Ausserdem wird im Zentrum und an der Heilpädagogischen Hilfsschule Sprachtherapie betrieben. Hinzu kommt noch die Therapie in einem Kinderheim, das vorwiegend bewegungsbehinderte Kinder beherbergt.

In der Sektion Lugano arbeitet eine Therapeutin zwei Tage pro Woche für die Rotkreuzsektion. Unter den Patienten finden sich zerebral geschädigte Kinder, Hemiplegiker, Unfallkranke und Operierte, die im Zentrum ambulant behandelt werden oder aber in Hausbesuchen eingegliedert werden sollen.

Der Sektion Lausanne, die sich seit 1963 mit Beschäftigungstherapie befasst, werden viele Fälle zur Abklärung der Eingliederungsfähigkeit zugewiesen. Die beiden Therapeutinnen besuchen die Patienten zu Hause oder führen im Zentrum Gruppentherapie durch, bei der ebenfalls Eingliederungsmassnahmen im Vordergrund stehen. Wichtig ist auch hier die Anleitung zur Selbsthilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens. Die Sektion arbeitet eng mit Pro Infirmis und der Rheumaliga zusammen.

Die Sektion Horgen/Affoltern verfügt über kein eigentliches Therapiezentrum. Die Therapeutin führt in Heimen und Spitälern mit Chronischkranken Gruppen- und Einzeltherapie durch und betreut auch einige Patienten zu Hause.

Die Sektion Zürcher Oberland richtet zurzeit im Spital in Rüti ein Zentrum ein. Bis dahin werden die Patienten in Spitälern und Heimen sowie zu Hause betreut.

Die Sektion Zürich, die bereits seit 1952 — anfänglich nur stundenweise — die Beschäftigungstherapie zu ihren Aufgaben zählt, verfügt über 3 Therapeutinnen. Zurzeit werden hauptsächlich Hemiplegiker, Rheumatiker und MS-Patienten betreut. Die Tätigkeit bezieht sich auf alle Gebiete der Beschäftigungstherapie, wobei jeweils an einem Tag in der Woche Haushaltseingliederung auf dem Programm steht, während vier Nachmittage der Gruppentherapie vorbehalten sind. Einzeltherapie wird im Zentrum sowie bei nicht transportfähigen Patienten zu Hause durchgeführt.

Nach einer Aufstellung über die Leistungen der Beschäftigungstherapie in den Rotkreuzsektionen im Jahre 1968 ergibt sich, dass insgesamt 7200 Einzelbehandlungen durchgeführt wurden, wovon 1914 in den Therapiezentren, 2173 zu Hause, 845 in Heimen und 2268 in Spitälern erfolgten. Die Gruppentherapie umfasste 8133 Behandlungen. Was die Krankheiten betrifft, so stand Hemiplegie an erster Stelle (204 Fälle), gefolgt von Unfällen (181) und Rheuma beziehungsweise Arthrose (132). Die Zahl der Patienten belief sich auf 915.