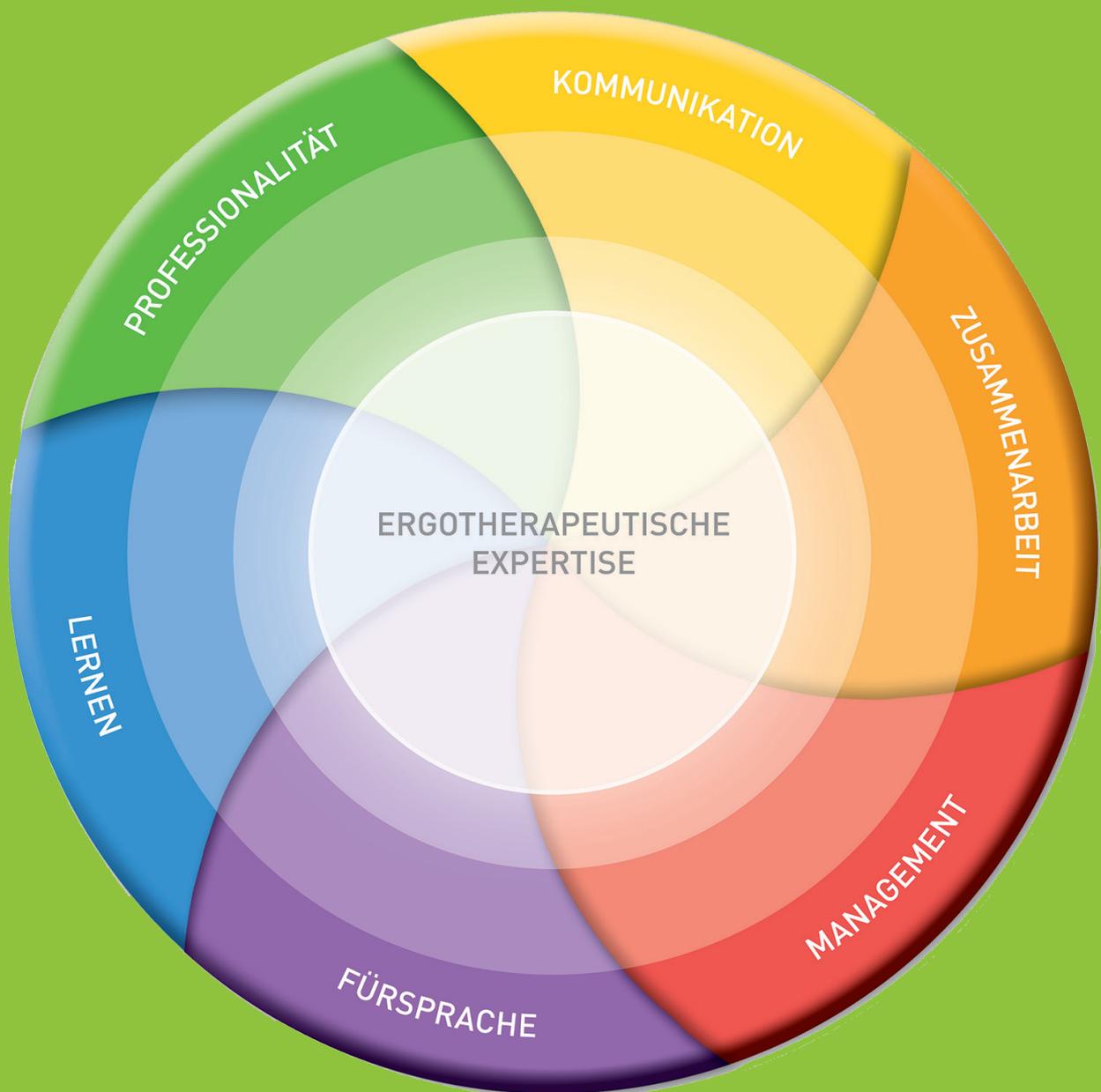


DVE

Deutscher Verband
Ergotherapie

KOMPETENZPROFIL ERGOTHERAPIE



Kompetenzprofil Ergotherapie

Erstellt von der DVE-Projektgruppe Kompetenzprofil und Modularisierung:

Jutta Berding, Hochschule Osnabrück

Wiebke Flotho, Alice-Salomon-Schule, Berufsfachschule Ergotherapie Hannover

Sebastian Flottmann, Universität Osnabrück

Dr. Renate von der Heyden, Fachhochschule Bielefeld

Inga Junge, ehemals Referat Aus- und Weiterbildung DVE

Arnd Longrée, ehemaliger Vorsitzender DVE

Christina Ovesiek, Wannseeschulen Berlin

Pascale Wendt, Döpfer-Schule Regensburg

Jürgen Wöber, LVR-Schule für Ergotherapie Düren, Vorsitzender VDES

Unter Mitwirkung von:

Matthias Möller, Ernst-Abbe-Hochschule Jena

Julia Schirmer, Vorstandsmitglied Bildung & Wissenschaft DVE

Martina Tola, BBA Berufsfachschule für Ergotherapie Oldenburg, stv. Vorsitzende VDES

Gabriele Woick, Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e. V.

Inhalt

1. Einleitung.....	4
2. Zielsetzung.....	5
3. Umsetzung.....	5
3.1 Der Kompetenzbegriff.....	5
3.2 Der Prozess der Erarbeitung.....	6
3.3 Die Domänen der Ergotherapie.....	7
3.4 Grundlegende Entscheidungen zur Darstellung.....	8
4. Das Modell zum Kompetenzprofil des DVE.....	9
4.1 Der Aufbau.....	9
4.2 Die erweiterte Darstellung des Modells.....	9
5. Kompetenzprofil Ergotherapie.....	11
Ergotherapeutische Expertise.....	11
Kommunikation.....	12
Zusammenarbeit.....	12
Management.....	13
Fürsprache.....	13
Lernen.....	14
Professionalität.....	14
Abkürzungsverzeichnis.....	15
Literaturverzeichnis.....	16
Glossar.....	19

1. Einleitung

Die Projektgruppe „Kompetenzprofil und Modularisierung“ des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) wurde 2017 gegründet, um ein „Kompetenzprofil Ergotherapie“ und einen Entwurf für die Modularisierung der Ausbildung nach den Entwürfen des DVE zum *Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (ErgThG)* (DVE, 2017a) und zur *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV)* (DVE, 2017b) zu erarbeiten. Im ersten Schritt wurde das vorliegende Kompetenzprofil Ergotherapie verfasst, in dem die in Ausbildungsprogrammen zu entwickelnden Kompetenzen definiert wurden. Es stellt zudem einen Referenzrahmen für weitere zukünftige Ausarbeitungen dar.

Notwendig wurde die Erstellung des „Kompetenzprofils Ergotherapie“ u.a. vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren stattgefundenen Veränderungsprozesse im Bildungsbereich. Diese beziehen sich u.a. auf den Paradigmenwechsel von der Input- zur Outcome-Orientierung und damit zu einer Orientierung an Kompetenzen in Bildungsprogrammen. Des Weiteren wurde der *Europäische Qualifikationsrahmen (EQR)* (2008) sowie der *Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR)* (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013) implementiert sowie darauf aufbauend der *Interdisziplinäre hochschulische Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB)* (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe, 2014) entwickelt.

Auch die Globalisierung erfordert eine Auseinandersetzung mit den Kompetenzen der Ergotherapie in Deutschland. Auf Grundlage der definierten Kompetenzen wird eine internationale Vergleichbarkeit der Abschlüsse vereinfacht und so der internationale Austausch von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in den unterschiedlichen Handlungsfeldern erleichtert.

Auf nationaler Ebene unterstützt eine Transparenz über die berufsspezifischen Kompetenzen die interprofessionelle bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit. Durch die Darstellung der Kompetenzen können ergotherapeutische Tätigkeitsbereiche abgeleitet, von anderen Berufen abgegrenzt und auch zusammengeführt werden.

Das vorliegende Kompetenzprofil Ergotherapie hat einen orientierenden Charakter, es ist als Referenzrahmen zu bewerten.

2. Zielsetzung

Die Entwicklung des ersten Kompetenzprofils Ergotherapie des DVE der Ergotherapeuten erfolgte mit dem Ziel, einen Konsens über die Kompetenzen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten herzustellen. Es bietet eine Orientierungshilfe für die Gestaltung von Ausbildungsprogrammen in der Ergotherapie und definiert damit das Einstiegsniveau von Berufsanfänger*innen.

Das Kompetenzprofil Ergotherapie ist damit als ein erster Entwurf zur Konturierung eines Berufsprofils zu verstehen. Es wird notwendig sein, sich in der Folge mit der Weiterentwicklung des Kompetenzprofils Ergotherapie, sowie u.a. auch der Darstellung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus (z.B. Masterniveau), auseinanderzusetzen. Das übergeordnete Ziel ist es, Kompetenzniveaus abzubilden, die den unterschiedlichen Anforderungen in komplexen Handlungsfeldern der Ergotherapie entsprechen.

Im Folgenden soll die Entwicklung dieses Kompetenzprofil kurz erläutert werden, bevor im Anschluss die Ergebnisse bzw. das Kompetenzprofil Ergotherapie vorgestellt werden.

3. Umsetzung

Die Entwicklung des Kompetenzprofils des DVE basiert auf einer breiten umfassenden Analyse verschiedener Kompetenzprofile hinsichtlich deren Systematik und Ausdifferenzierung. Ein erster Entwurf wurde als Diskussionspapier in Gremien des DVE und des Verbandes Deutscher Ergotherapie-Schulen e.V. (VDES) vorgestellt und konsentiert.

3.1 Der Kompetenzbegriff

Um neueren Erkenntnissen im Bildungsbereich Rechnung zu tragen, fand im ersten Schritt eine ausführliche Recherche der bildungspolitischen Entwicklungen und Arbeiten in der Projektgruppe statt. Insbesondere das Konstrukt der „Kompetenz“ sowie des zu verwendenden Kompetenzbegriffes wurden intensiv analysiert und diskutiert. Daher werden im Folgenden die Überlegungen kurz dargestellt und Definitionen referiert.

Der Terminus „Kompetenz“ ist bisher uneinheitlich definiert und wird in unterschiedlichen Anwendungszusammenhängen variabel eingesetzt (z.B. Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007; Gnahs, 2007; Jude, Hartig & Klieme, 2008; Preißer & Völzke, 2007; Strauch, Jütten & Mania, 2009) weshalb die Zielsetzung innerhalb der Projektgruppe zu Anfang war, einen Konsens hinsichtlich des Begriffsverständnisses herzustellen.

Die vielfältigen Bedeutungszuschreibungen wurden u.a. durch Weinert (2001, S. 27) systematisch aufgearbeitet. Dieser definiert „Kompetenz“ wie folgt:

„[Die] bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.“ (Weinert, 2001, S. 27f.).

Demnach lassen sich Kompetenzen sowohl hinsichtlich von Aufgaben und Probleme, als auch hinsichtlich fachlichen Wissens und Könnens, das zur Bewältigung von Aufgaben oder Problemen notwendig ist, weiter ausdifferenzieren. Klieme (2003, S. 72 ff.) erweitert den Kompetenzbegriff um die Dimension der „individuellen Kom-

petenz“, die auf berufliche Verwertungssituationen bezogen werden kann, folgendermaßen:

„Individuelle Kompetenz umfasst netzartig zusammenwirkende Facetten wie Wissen, Fähigkeit, Verstehen, Können, Handeln, Erfahrung und Motivation. Sie wird verstanden als Disposition, die eine Person befähigt, konkrete Anforderungssituationen eines bestimmten Typs zu bewältigen und äußert sich in der Performanz, also der tatsächlich erbrachten Leistung.“ (Klieme et al., 2003, S. 72ff).

Insbesondere die „netzartig zusammenwirkenden Facetten“ der definierten individuellen Kompetenz, die Klieme (2003) in seiner Publikation *Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards* beschreibt, sowie die Disposition der Person in unterschiedlichen Anforderungssituationen adäquat agieren zu können, wurden von der Projektgruppe als passende Grundlage zur Entwicklung eines Kompetenzprofils Ergotherapie bewertet. Klieme (2003) stellt dazu fest,

„[...] dass es zunächst darum gehen muss, Grunddimensionen der Entwicklung eines Gegenstandsbereichs (einer Domäne) zu formulieren, bevor daraus abgeleitet Lernziele u.ä. entwickelt werden.

Kompetenzen sind dabei als grundlegende Handlungsanforderungen zu verstehen, denen die Handelnden in der jeweiligen Domäne entsprechen sollten und die auf unterschiedlichen Entwicklungs-/Niveau-/Kompetenzstufen abzubilden sind.“ (Klieme, 2003, S. 21 ff.).

Das Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE sollte sowohl die einzelnen Domänen beschreiben, in denen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten handeln, als auch deren Vernetzung aufzeigen und zudem unterschiedliche Entwicklungsstufen innerhalb der Domänen kennzeichnen.

Es wurde somit nach einem Modell gesucht, das diese Anforderungen erfüllt und zudem eine nationale wie internationale Anschlussfähigkeit aufweist.

3.2 Der Prozess der Erarbeitung

Ein Anliegen der Projektgruppe war es, nationale und internationale Ergebnisse zu ergotherapeutischen und anderen berufsspezifischen Kompetenzprofilen einzubeziehen, weshalb auch externe Expert*innen Kompetenzmodelle in der Gruppe präsentierten und diskutierten. Dieser Austausch verdeutlichte wie notwendig und wichtig die Anschlussfähigkeit des zu erarbeitenden deutschen Kompetenzprofils Ergotherapie zu anderen Kompetenzprofilen ist. Sowohl internationale Literatur zu ergotherapeutischen Kompetenzen, als auch nationale, professionsbezogene sowie professionsübergreifende Literatur wurden vor dem Hintergrund der kulturellen, berufsrechtlichen Diversitäten sowie der unterschiedlichen Professionsentwicklungen hinzugezogen. In den weiteren Entwicklungen wurden insbesondere folgende internationale Kompetenzprofile berücksichtigt:

- Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada (CAOT Canadian Association of Occupational Therapy, 2012)
- Berufskompetenzen Ergotherapie. Deutsche Übersetzung (Verhoef & Zalmstra, 2013) aus den Niederlanden
- Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH – Berufsspezifische Kompetenzen des Studiengangs Ergotherapie (Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz, 2009).
- Australian Minimum Competency Standards for New Graduate Occupational Therapists (ACSOT) (Occupational Therapy Australia, 2010).
- Standards of proficiency – Occupational therapists (Health & care professions council, 2013) aus Großbritannien
- Competence Descriptions for Occupational Therapists (Swedish Association of Occupational Therapists, 2016)

Auf interprofessioneller Ebene wurden einbezogen:

- Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. [MFT]), 2015).
- Kompetenzprofil für die Logopädie (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. [dbf]) (Rausch, Thelen, & Beudert, 2014)

Ziel war es, ein Kompetenzprofil Ergotherapie zu erstellen, das einerseits international und auf nationaler Ebene interprofessionell anschlussfähig ist, als auch andererseits die unterschiedlichen Bezüge der deutschen Ergotherapie und deren Einfluss auf die Professionsentwicklung aufzeigt.

Diesen mehrdimensionalen Anforderungen entspricht insbesondere das Rollenmodell der „Canadian Medical Education Directives for Specialists“ (CanMEDS) (Tannenbaum et al., 2009) das national und international innerhalb der Gesundheitsfachberufe vielfach Verwendung findet und auf Grundlagen wissenschaftlicher Arbeiten entwickelt wurde. Aufgrund der Spezifika der deutschen Ergotherapie wurde jedoch von einer direkten Übersetzung abgesehen und eine Adaption des Modells vorgenommen.

3.3 Die Domänen der Ergotherapie

Die CanMEDS (Tannenbaum et al., 2009) diente als Basis für die Erarbeitung der ergotherapeutischen Kompetenzbeschreibungen der Niederlande, der Schweiz, Australiens und selbstverständlich auch Kanadas sowie in Deutschland für den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) (MFT, 2015).

Nach Abwägung von Vor- und Nachteilen einer engen Orientierung an den CanMEDS (Tannenbaum et al., 2009), wurde von der Projektgruppe entschieden, auch das deutsche Kompetenzprofil Ergotherapie an diesem auszurichten und die angelegte Struktur als Grundlage zu wählen. Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Handlungsfelder von Ergotherapeut*innen in Kanada und Deutschland war jedoch eine Adaption an die deutschen Bedingungen notwendig.

Im Vorfeld dieser Projektgruppe wurden innerhalb des DVE in Kooperation mit dem Verband deutscher Ergotherapie-Schulen e. V. (VDES) Entwürfe zu einem neuen Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (ErgThG) und zu einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV) (DVE, 2017a-b) erarbeitet. Diese wurden auf Basis einer Literaturrecherche, einer Befragung der Berufsgruppe sowie

Gruppendiskussionen im Rahmen der DVE-Delegiertenversammlungen sowie der VDES-Mitgliederversammlungen methodisch entwickelt und bilden auch die Basis für das Kompetenzprofil Ergotherapie. Die jeweiligen Kernaufgaben und darunterliegenden Kompetenzen der Anlage 1 des Entwurfs zu einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (DVE, 2017a) dienten in einem ersten beschreibenden Schritt der systematischen Analyse einzelner Kompetenzen von Ergotherapeut*innen. In einem nächsten Schritt wurden diese identifizierten Kompetenzen um die in der Literaturrecherche identifizierten weiteren Kompetenzen ergänzt. Zur Kategorisierung wurde ein Methodenmix aus deduktiven und induktiven Verfahren gewählt. Die gebildeten Kategorien definieren in diesem ersten Entwurf die Domänen des Kompetenzprofils Ergotherapie.

Die verwendeten Domänenbezeichnungen erfahren dabei eine Anlehnung an die Rollen nach CanMEDS (Tannenbaum et al., 2009), jedoch wurde bewusst die Bezeichnung als Rolle ausgeschlossen. Dies liegt zum einen daran, dass die im CanMEDS definierten Rollen, lediglich in ihrer Dimension die Ergotherapeut*innen, d.h. das berufliche Handlungsfeld, umfassen. Demgegenüber umfasst eine soziologisch geprägte Sichtweise auf Rollen den gesamten Menschen und sein Handeln in den unterschiedlichen Kontexten/Sozialitäten (Schreyögg, 1991; Petzold & Mathias, 1982; Claessens, 1974). Zum anderen ist es über die Begrifflichkeit der Rolle schwerer möglich, unterschiedliche Niveaustufen der Kompetenzen aufzuzeigen, was in einem Kompetenzprofil Ergotherapie jedoch zwingend erforderlich sein sollte. Durch die Verwendung der Begrifflichkeit „Domäne“, können die aufgezeigten Schwierigkeiten umgangen werden, sodass die Fokussierung der beruflichen Aufgaben von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten möglich ist und unterschiedliche Kompetenzniveaus abbildbar sind.

Als Domäne wird in diesem Zusammenhang ein Gegenstandsbereich des Handelns verstanden, in dem Kompetenzen abbildbar sind. Eine Domäne stellt damit den Rahmen für die Beschreibung, Erfassung und Beurteilung von einzelnen Kompetenzen dar, wobei zu beach-

ten ist, dass die einzelnen Domänen nicht trennscharf voneinander abgrenzbar sind. Nur die Gesamtheit der Domänen bildet damit die Aufgabenbereiche der Ergotherapie in der Tiefe und Breite ab. Domänenspezifisch können wiederum unterschiedliche Kompetenzniveaus differenziert werden (Klieme, 2003; Institut für praktische Interdisziplinarität, 2018).

Bei der Definition der Domänen wurde darauf geachtet, eine Sprachangleichung an die CanMEDS (Tannenbaum et al., 2009) -und damit implizit auch den NKLM- herzustellen, aber auch die Domänenbezeichnung dem deutschen Sprachgebrauch anzupassen.

In den Domänen sollte sich das aktuelle ergotherapeutische Selbstverständnis sowie zentrale Paradigmen der Ergotherapie widerspiegeln.

Die Projektgruppe hat sich entschieden, den Begriff Klient*in durchgängig zu verwenden.

Dieser wird verstanden als „Person oder Personen (einschließlich derjenigen, die den Klienten versorgen), Gruppe (Ansammlung von Einzelpersonen, z. B. Familien, Arbeitnehmer, Studenten oder Gemeindemitglieder) oder Populationen (Ansammlung von Gruppen oder Einzelpersonen, die in einer ähnlichen Gegend wohnen, z. B. Stadt, Land oder Staat, oder die die gleichen oder ähnlichen Anliegen haben).“ (AOTA, Marotzki & Reichel, 2018, S. 160).

Daraus resultiert eine ergotherapeutische Haltung, die geprägt ist von dem Respekt für Klient*innen und der Kooperation mit ihnen als aktive Teilnehmer*innen am Interventionsprozess. In diesem Ansatz werden Wissen, Erfahrungen, Stärken, Entscheidungen und damit die Autonomie der Klient*innen betont (Boyt Schell, Gillen, & Scaffa, 2014).

Des Weiteren ist die Ausrichtung an den Gegenstand der Ergotherapie „Betätigungen“ zentral und gleichzeitig wird die Orientierung an der Occupational Science deutlich. Dies betont die Eigenständigkeit der Ergotherapie. Eine Betätigungsorientierung impliziert eine Erweiterung der Handlungsfelder, wie z.B. ergotherapeutische Angebote im Quartier bzw. gemeinwesenorientierte Ergotherapie, die nicht zwingend aus den Sozialversicherungen refinanziert werden, sondern beispielsweise mit öffentlichen Haushaltsgeldern.

3.4 Grundlegende Entscheidungen zur Darstellung

Im vorliegenden Kompetenzprofil Ergotherapie werden die Kompetenzen auf der Niveaustufe 6 nach dem DQR formuliert. Das entspricht dem Abschlussniveau eines Bachelorstudiums. Die demografischen, epidemiologischen, technologischen, politischen und ökonomischen Entwicklungen stellen große Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland dar, denen auch die Ergotherapie begegnen muss. Professionelle, klientenzentrierte Angebote, die zukunftsorientiert, wissenschaftsbasiert sowie qualitativ hochwertig sind, erfordern vielfältige Kompetenzen von Ergotherapeut*innen. Wissenschaftlich qualifizierte Therapeut*innen sind in der Lage in ungewissen bzw. neuen Situationen adäquat zu handeln, sich in komplexen und sich wandelnden Handlungsfeldern zu positionieren und diese weiterzuentwickeln. Hierbei wird es u.a. entscheidend sein, auch die Arbeitsbeziehungen zwischen den Gesundheitsberufen neu zu definieren und zu transformieren. Hierzu bezieht sich die Projektgruppe auf folgende Grundlagenpapiere:

- Bildungskonzept (DVE, 2014)
- Empfehlungen zur Einrichtung primärqualifizierender, ergotherapeutischer Studiengänge (DVE, 2016)
- Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe [HVG], 2018)

Um künftigen Herausforderungen der komplexer werdenden Versorgungsbedarfe angemessen begegnen zu können, müssen Ergotherapeut*innen Kompetenzen entwickeln, die ihnen die eigenverantwortliche Steuerung notwendiger Prozesse ermöglichen und auf die Zukunftsorientierung der Ergotherapie ausgerichtet sind (DQR, 2014). Eine Ausbildung auf Bachelorniveau ist eine Voraussetzung zur Bewältigung dieser Herausforderungen.

Die definierten Kompetenzen beziehen sich somit auf die DQR-Niveaustufe 6 und bilden das Niveau von Berufsanfänger*innen ab. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Sinne des lebenslangen Lernens beruflich kompetentes Handeln auf einer kontinuierlichen Weiterentwicklung aufbaut.

4. Das Modell zum Kompetenzprofil des DVE

Die Entscheidung für eine grafische Darstellung beinhaltet immer auch eine Entscheidung zwischen Komplexität und Handhabbarkeit. Es vereinfacht die Zusammenhänge, gibt Orientierung und ermöglicht einen ersten Überblick, kann jedoch nicht alle Aspekte berücksichtigen, die bei der Erstellung des Kompetenzprofils leitend waren.

4.1 Der Aufbau

Im Kompetenzprofil Ergotherapie werden die Kompetenzen von Ergotherapeut*innen in Anlehnung an die CanMEDS (Tannenbaum et al., 2009) in folgende sieben Domänen differenziert:

- Ergotherapeutische Expertise
- Kommunikation
- Zusammenarbeit
- Management
- Fürsprache
- Lernen
- Professionalität

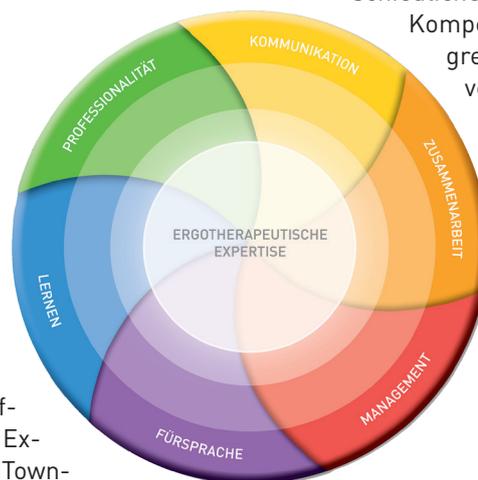
Die Domäne der ergotherapeutischen Expertise nimmt dabei eine besondere Stellung ein, da diese die Verknüpfung aller anderen Domänen darstellt, sowie die Kerndomäne von Ergotherapeut*innen aufzeigt. Die ergotherapeutische Expertise in *Enabling Occupation* (Townsend & Polatajko, 2013)¹ bildet somit die Basis des Kompetenzprofils Ergotherapie und wurde im Modell zentral positioniert. Sie erfordert die Ausbildung und Integration der Kompetenzen der umliegenden Domänen.

Damit soll aufgezeigt werden, dass nur ein Zusammenwirken aller Domänen Ergotherapeut*innen ermöglicht, umfassend beruflich kompetent zu handeln. Zudem zeigt es das vielfältige Spektrum an Kompetenzen über die Ergotherapeut*innen verfügen und die vielfältigen Anforderungen, die die berufliche Praxis stellt. Im

Kompetenzprofil wird das Einstiegsniveau nach einem ersten berufsqualifizierenden Abschluss beschrieben. Umfassendes, sicheres beruflich kompetentes Handeln entwickelt sich über einen längeren Verlauf innerhalb des lebenslangen Lernens im Beruf und stellt ein Merkmal des eigenen Professionalisierungsprozesses dar.

Die gewählte Abbildung des Kompetenzmodells verdeutlicht die Dynamik und gegenseitigen Abhängigkeiten der Domänen untereinander. Die Zuordnung der identifizierten ergotherapeutischen Kompetenzen zu den jeweiligen Domänen erfolgte auf Basis der vorwiegenden Ausrichtung der jeweiligen Kompetenzen. Dieser Zuordnung ist implizit, dass sowohl die unterschiedlichen Domänen als auch die definierten

Kompetenzen nicht klar voneinander abgrenzbar, sondern vielmehr miteinander verwoben sind und sich im berufspraktischen Handeln ergänzen. In beruflichen Situationen sind in der Regel verschiedene Kompetenzen, in situationsadäquater Ausprägung, aus unterschiedlichen Domänen gefordert. Die unterschiedlichen Niveaustufen werden durch die Ringe dargestellt, deren höchster Punkt die Mitte der ergotherapeutischen Expertise darstellt.



4.2 Die erweiterte Darstellung des Modells

Das Kompetenzprofil ist in Anlehnung an das Kompetenzmodell strukturiert. Die Darstellung des Kompetenzprofils ist so aufgebaut, dass zunächst, das ergotherapiespezifische Wissen und Handeln in der jeweiligen Domäne beschrieben und anschließend die erforderlichen Kompetenzen zur Bewältigung der Anforderungen der Domäne aufgeführt werden.

In der folgenden Abbildung sind die Beschreibungen zu den ergotherapiespezifischen Ausprägungen den Domänen beigelegt, um einen raschen Überblick zu den kennzeichnenden Merkmalen der Domänen im Beruf Ergotherapie zu erhalten.

¹ Frei übersetzt zu verstehen als „Betätigungen ermöglichen“.

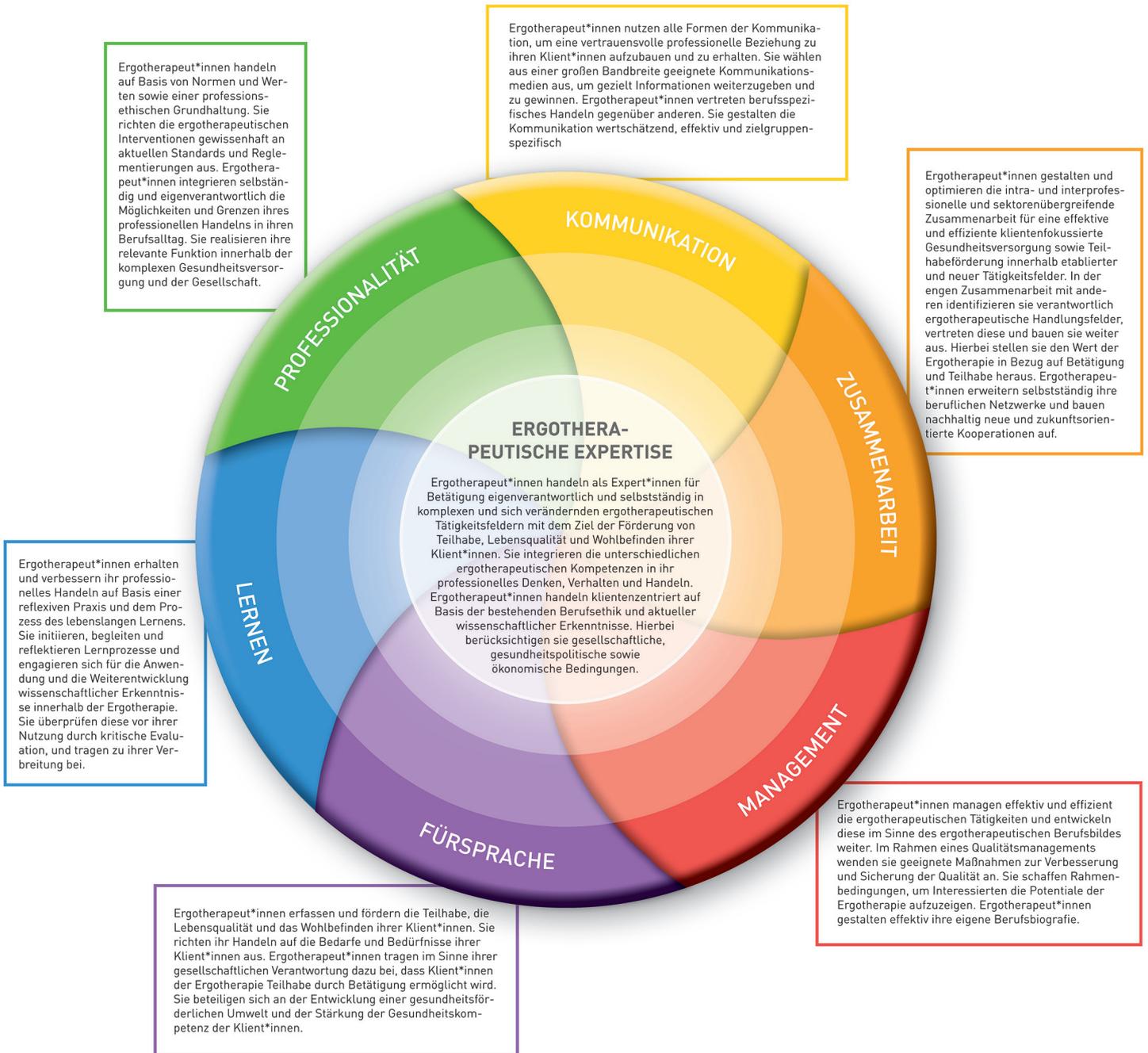


Abb. 2: Sieben Domänen der Ergotherapie sowie deren Beschreibungen

5. Kompetenzprofil Ergotherapie



Ergotherapeutische Expertise

Ergotherapeut*innen handeln als Expert*innen für Betätigung eigenverantwortlich und selbstständig in komplexen und sich verändernden ergotherapeutischen Tätigkeitsfeldern mit dem Ziel der Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden ihrer Klient*innen. Sie integrieren die unterschiedlichen ergotherapeutischen Kompetenzen in ihr professionelles Denken, Verhalten und Handeln. Ergotherapeut*innen handeln klientenzentriert auf Basis der bestehenden Berufsethik und aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse. Hierbei berücksichtigen sie gesellschaftliche, gesundheitspolitische sowie ökonomische Bedingungen.



Die/Der Ergotherapeut*in

- erhebt die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse im Kontext von Betätigung und Teilhabe der Klient*innen.
- führt die ergotherapeutische Diagnostik durch.
- analysiert und interpretiert die Förderfaktoren und Barrieren von Betätigung und Teilhabe und erfasst die komplexe sowie sich kontinuierlich verändernde Situation der Klient*innen.
- hierarchisiert gemeinsam mit den Klient*innen deren komplexe Betätigungsanliegen.
- entwickelt gemeinsam mit den Klient*innen ergotherapeutische Ziele unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen.
- realisiert gemeinsam mit den Klient*innen den Interventionsprozess.
- evaluiert gemeinsam mit den Klient*innen den Interventionsprozess und dokumentiert diesen systematisch.
- nutzt das Professionelle Reasoning als Basis für das eigene ergotherapeutische Handeln.
- richtet das eigene ergotherapeutische Handeln kontinuierlich an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens von Klient*innen aus.
- berücksichtigt in der Gestaltung ergotherapeutischer Diagnostik, Interventionen und Evaluation fortlaufend ein breites und integriertes berufliches Wissen, einschließlich der aktuellen fachlichen Entwicklungen sowie der Berufsethik.





Kommunikation

Ergotherapeut*innen nutzen alle Formen der Kommunikation, um eine vertrauensvolle professionelle Beziehung zu ihren Klient*innen aufzubauen und zu erhalten. Sie wählen aus einer großen Bandbreite geeignete Kommunikationsmedien aus, um gezielt Informationen weiterzugeben und zu gewinnen. Ergotherapeut*innen vertreten berufsspezifisches Handeln gegenüber anderen. Sie gestalten die Kommunikation wertschätzend, effektiv und zielgruppenspezifisch.

Die/Der Ergotherapeut*in

- initiiert und gestaltet die professionelle Klienten-Therapeuten-Beziehung².
- passt die Kommunikationsstrategien und -techniken flexibel an Klient*innen an, wählt aus einem breiten Spektrum effektive Kommunikationsmaßnahmen aus und wendet diese an.
- gestaltet die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) verantwortungsvoll.
- erläutert den ergotherapeutischen Prozess und dokumentiert diesen systematisch gegenüber den Klient*innen und anderen.
- analysiert, reflektiert und bewertet Kommunikationssituationen mit dem Ziel der Optimierung, insbesondere unter Anwendung professionsethischer Grundwerte.
- erklärt adressatengerecht Ergotherapie, und zeigt deren Potentiale auf.
- vertritt die Ergotherapie argumentativ in unterschiedlichen Kontexten.
- nutzt in intra- und interprofessionellen sowie ggf. sektorenübergreifenden Teams eine gemeinsame Fachsprache und beteiligt sich an deren Weiterentwicklung.



Zusammenarbeit

Ergotherapeut*innen gestalten und optimieren die intra- und interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit für eine effektive und effiziente klientenfokussierte Gesundheitsversorgung sowie Teilhabeförderung innerhalb etablierter und neuer Tätigkeitsfelder. In der engen Zusammenarbeit mit anderen identifizieren sie verantwortlich ergotherapeutische Handlungsfelder, vertreten diese und bauen sie weiter aus. Hierbei stellen sie den Wert der Ergotherapie in Bezug auf Betätigung und Teilhabe heraus. Ergotherapeut*innen erweitern selbstständig ihre beruflichen Netzwerke und bauen nachhaltig neue und zukunftsorientierte Kooperationen auf.

Die/Der Ergotherapeut*in

- vertritt eigenverantwortlich ergotherapeutische Interventionen in der intra- und interprofessionellen sowie sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und adaptiert sie bei Bedarf.
- wirkt an gemeinsamen Interventionskonzepten in der intra- und interprofessionellen sowie sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit und entwickelt diese weiter.
- vertritt die Ergotherapie in der intra- und interprofessionellen sowie sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.
- analysiert, gestaltet und optimiert kontinuierlich die Abstimmungsprozesse in der intra- und interprofessionellen sowie sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.
- berücksichtigt und beurteilt in der intra- und interprofessionellen sowie sektorenübergreifenden Zusammenarbeit gemeinsame Werte und Normen, und beteiligt sich an deren Weiterentwicklung.
- kooperiert mit beteiligten Personen und Organisationen sowie relevanten Akteur*innen aus Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und weiteren gesellschaftlichen Bereichen.

2 Eine Genderung feststehender Fachbegriffe erfolgt nicht. Diese Fachbegriffe schließen aber alle Menschen ein.



Management

Ergotherapeut*innen managen effektiv und effizient die ergotherapeutischen Tätigkeiten und entwickeln diese im Sinne des ergotherapeutischen Berufsbildes weiter. Im Rahmen eines Qualitätsmanagements wenden sie geeignete Maßnahmen zur Verbesserung und Sicherung der Qualität an. Sie schaffen Rahmenbedingungen, um Interessierten die Potentiale der Ergotherapie aufzuzeigen. Ergotherapeut*innen gestalten effektiv ihre eigene Berufsbiografie.

Die/Der Ergotherapeut*in

- plant, organisiert, steuert, kontrolliert und evaluiert selbständig sowie eigenverantwortlich den ergotherapeutischen Prozess unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen sowie berufsethischer Grundwerte.
- gestaltet nachhaltig Managementprozesse mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung, insbesondere der Klient*innensicherheit sowie der Optimierung der klientenzentrierten Gesundheitsversorgung und Teilhabeförderung.
- nutzt das breite und integrierte ergotherapeutische Wissen, wissenschaftliche Grundlagen sowie die Prozessdokumentation zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Adaption der Managementprozesse.
- erkennt Entwicklungen im Gesundheitswesen, identifiziert eigenständig für die Ergotherapie relevante Entwicklungen und überträgt diese auf die eigene ergotherapeutische Tätigkeit.
- gestaltet strukturelle Rahmenbedingungen und Prozesse, um Interessierten Einblick in die Handlungsfelder der Ergotherapie zu ermöglichen.
- Entwickelt die eigenen Kompetenzen zur Selbstorganisation und zum Management kontinuierlich weiter.



Fürsprache

Ergotherapeut*innen erfassen und fördern die Teilhabe, die Lebensqualität und das Wohlbefinden ihrer Klient*innen. Sie richten ihr Handeln auf die Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Klient*innen aus. Ergotherapeut*innen tragen im Sinne ihrer gesellschaftlichen Verantwortung dazu bei, dass Klient*innen der Ergotherapie Teilhabe durch Betätigung ermöglicht wird. Sie beteiligen sich an der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Umwelt und der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Klient*innen.

Die/Der Ergotherapeut*in

- identifiziert und analysiert strukturelle und kontextuelle Förderfaktoren und Barrieren von Betätigung und Teilhabe.
- erfasst die komplexen und sich kontinuierlich verändernden Problemstellungen von Klient*innen.
- leitet zur Ermöglichung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden der Klient*innen aus einem partizipativen Entscheidungsprozess ergotherapeutische Interventionen ab.
- setzt sich für ergotherapierrelevante Belange der Klient*innen, auch in der Öffentlichkeit, ein.
- unterstützt Klient*innen zum Empowerment.
- befähigt die Klient*innen in der Entwicklung ihrer Gesundheitskompetenz.
- konstruiert für Klient*innen gesundheitsförderliche Alltagsbedingungen.
- erkennt und analysiert Herausforderungen der Berufspraxis sowie der Gesellschaft hinsichtlich der Betätigungsgerechtigkeit und entwickelt entsprechende Handlungsansätze.



Lernen

Ergotherapeut*innen erhalten und verbessern ihr professionelles Handeln auf Basis einer reflexiven Praxis und dem Prozess des lebenslangen Lernens. Sie initiieren, begleiten und reflektieren Lernprozesse und engagieren sich für die Anwendung und die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse innerhalb der Ergotherapie. Sie überprüfen diese vor ihrer Nutzung durch kritische Evaluation, und tragen zu ihrer Verbreitung bei.

Die/Der Ergotherapeut*in

- arbeitet fortlaufend theoriegeleitet, reflektiert dabei kritisch das professionelle Handeln und nutzt bestehende sowie aktuelle Erkenntnisse einschließlich der internen und externen Evidenz.
- systematisiert unter Einbezug des Kontextes das Erfahrungswissen der Klient*innen und bezieht das eigene professionelle Handeln darauf.
- gestaltet edukative Interventionen für die Klient*innen.
- analysiert und reflektiert kritisch eigene Lernbedarfe, definiert entsprechende Lernergebnisse und gestaltet den eigenen Lernprozess selbstgesteuert und zielgerichtet.
- beteiligt sich an der Generierung ergotherapeutischer sowie interprofessioneller/-disziplinärer Erkenntnisse.
- verbreitet aktuelle Erkenntnisse mit dem Ziel der Professionalisierung und Profilierung der Ergotherapie in unterschiedlichen Kontexten.



Professionalität

Ergotherapeut*innen handeln auf Basis von Normen und Werten sowie einer professionsethischen Grundhaltung. Sie richten die ergotherapeutischen Interventionen gewissenhaft an aktuellen Standards und Reglementierungen aus. Ergotherapeut*innen integrieren selbständig und eigenverantwortlich die Möglichkeiten und Grenzen ihres professionellen Handelns in ihren Berufsalltag. Sie realisieren ihre relevante Funktion innerhalb der komplexen Gesundheitsversorgung und der Gesellschaft.

Die/Der Ergotherapeut*in

- realisiert den ergotherapeutischen Prozess unter Berücksichtigung der vielfältigen, spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse der Klient*innen sowie berufsethischer Grundwerte.
- setzt bestmögliche, kompetente und professionelle Praxis im komplexen Kontext der Gesundheitsversorgung um.
- reflektiert den gesellschaftlichen Auftrag der Ergotherapie und beteiligt sich an dessen Veränderungsprozessen.
- richtet das professionelle Handeln an relevanten Rechtsvorschriften, Richtlinien, Regularien und Standards aus.
- erkennt und reflektiert unter Berücksichtigung des komplexen Handlungsfeldes die eigenen personalen und fachlichen Möglichkeiten und Grenzen und handelt dementsprechend.

Abkürzungsverzeichnis

AOTA	American Occupational Therapy Association
ASCOT	Australian Minimum Competency Standards for New Graduate Occupational Therapists
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapy
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
ErgThAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
ErgThG	Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten
FQR-ThGFB	Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie
HVG	Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe
MFT	Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V.
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
PEOP	Person-Environment-Occupation-Performance Model
VDES	Verband Deutsche Ergotherapie-Schulen e.V.

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association (AOTA), Marotzki, U., & Reichel, K. (Hrsg.), Dehnhardt, B. (Übers.). (2018). Das Framework der AOTA: Gegenstandsbereich, Prozesse und Kontexte in der ergotherapeutischen Praxis. Bern: Hogrefe.
- Bauer, H. G., Burger, B., Buschmeyer, J., Duffer-Weis, A., Horn, K., & Kleestorfer, N. (Hrsg.). (2016). Lernprozessbegleitung in der Praxis. Beispiele aus Aus- und Weiterbildung. Abgerufen von http://www.gab-muenchen.de/de/downloads/lernbegleitung_in_derpraxis_v2.pdf
- Boyt Schell, B. A. (2014). Professional reasoning in practice. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. E. Scaffa (Hrsg.), Willard and Spackman's occupational therapy (12. Aufl., S. 384-397). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Boyt Schell, B. A., Gillen, G., & Scaffa, M. E. (2013). Willard and Spackman's Occupational Therapy (12. Aufl.). Baltimore: Wolters-Kluwer.
- Boyt Schell, B. A., Gillen, G., & Scaffa, M. (2014). Glossary. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. Scaffa (Hrsg.), Willard and Spackman's occupational therapy (12. Aufl., S. 1229-1243). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bundesärztekammer (2004). Arbeitskreis „Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat. Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. Abgerufen 5. April 2019, von <http://www.versorgungsforschung-deutschland.de/Definition.pdf>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (2013). Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen: Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur-Zuordnungen-Verfahren-Zuständigkeiten. Berlin: k.V.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2019). Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen – Überblick. Abgerufen 5. April 2019, von <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72722/ueberblick>
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2012). Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada - Canadian Association of Occupational Therapists | Association canadienne des ergothérapeutes. Abgerufen 28. März 2019, von https://www.caot.ca/site/pt/otprofile_can?nav=sidebar
- Christiansen, C. H., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (2004). Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being (3. Aufl.). Thorofare, NJ: SLACK Inc.
- Christiansen, C. H., Baum, C. M., & Bass, J. (2014). Occupational Therapy. Performance, Participation, and Well-being (4. Aufl.). Thorofare, NJ: SLACK Inc.
- Claessens, D. (1974). Rolle und Macht. München: Juventa.
- Creek, J., & Lawson-Porter, A. (Hrsg.). (2007). Contemporary issues in occupational therapy: reasoning and reflection (2nd ed.). Chichester, England ; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd.
- Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) (2014). Abgerufen 5. April 2019, von <http://www.dqr.de/index.php>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hrsg.) (2014). DVE-Bildungskonzept. Karlsbad 2014. Abgerufen 5. April 2019, von <https://dve.info/aus-und-weiterbildung/bildungskonzept>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hrsg.) (2016). Empfehlungen zur Einrichtung primärqualifizierender ergotherapeutischer Studiengänge. Abgerufen 5. April 2019, von <https://dve.info/aus-und-weiterbildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung/empfehlungen-zur-einrichtung-von-studiengaengen/file>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hrsg.) (2017a). Entwurf Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV). Abgerufen 5. April 2019, von https://www.dve.info/attachments/article/253/ErgThAPrV_Homepage.pdf
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hrsg.) (2017b). Entwurf eines neuen Gesetzes über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz, ErgThG). Abgerufen 5. April 2019, von https://www.dve.info/attachments/article/253/ErgThG_Homepage.pdf
- Dielmann, G. (2013). Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht. In Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.), Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung (S. 149-175). Abgerufen 23. April 2019, von https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf
- Duden Rechtschreibung. (o. J.). Praxis, die. Abgerufen 24. April 2019, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Praxis>
- Erpenbeck, J., von Rosenstiel, L. (Hrsg.). (2007). Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Essays, UK. (November 2018). Why is Reflective Practice Important in Healthcare?. Retrieved from <https://www.ukessays.com/essays/nursing/reflective-practice-plays-a-big-part-in-healthcare-today-nursing-essay.php?vref=1>

- Europäische Kommission Generaldirektion Bildung und Kultur. (2008). Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Luxemburg: Amt für Amtliche Veröffentlichung der Europäischen Gemeinschaften.
- Freund, A. & Ziegelmann, J. (2009). Lebensqualität: Die Bedeutung von Selektion, Optimierung und Kompensation. In: Bengel, J. & Jerusalem, M. (Hrsg.). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. (S. 475-483). Göttingen: Hogrefe.
- Gnahn, D. (2007). Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente. DIE. Bielefeld, k. V.
- Health & care professions council. (2013). The standards of proficiency for occupational therapists. Abgerufen 29. März 2019, von <https://www.hcpc-uk.org/standards/standards-of-proficiency/occupational-therapists/>
- Herriger, N. (2006). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (Hrsg.). (2014). Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB). Abgerufen 6. April 2019, von https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR_ThGFB_%20HVHG_2014_final.pdf
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (Hrsg.). (2018). Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) - Strategiepapier. Abgerufen 6. April 2019, von <https://dve.info/resources/pdf/news/3405-strategiepapier-2018-11/file>
- Hurrelmann, K. (1988). Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa.
- Institut für praktische Interdisziplinarität (2019). Kompetenzrahmen. Definition Domäne. Abgerufen 6. April 2019, von <http://www.kompetenzrahmen.de/101-0-Domne.html>
- Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Stubner, B., & Weber, P. (2009). Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. (3. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Jude, N., Hartig, J., Klieme, E. (Hrsg.). (2008). Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern: Theorien, Konzepte und Methoden. Bildungsforschung Band 26, Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn (Hrsg.). Berlin, k.V.
- Kielhofner, G. (2008). Model of Human Application: Theory and Application. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2009). Conceptual foundations of occupational therapy practice. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Klieme, E. et al. (2003). Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Eine Expertise. Berlin.
- Klieme, E., Avenarius, H., Blum, W., Döbrich, P., Gruber, H., Prenzel, M., ... Vollmer, H. J. (2007). Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Expertise (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Hrsg.). Abgerufen von https://edudoc.ch/record/33468/files/develop_standards_nat_form_d.pdf
- Koch, S. (2011). Selbstgesteuertes Lernen und dessen Bedeutung für eine zeitgemäße Personalentwicklung. München/Mering: Rainer Hampp.
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (MFT) (Hrsg.). (2015). Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Abgerufen 29. März 2019, von http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf
- Mitzkat, A., Berger, S., Reeves, S., & Mahler, C. (2016). More terminological clarity in the interprofessional field – a call for reflection the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level. GMS, J Med Educ., 33(2), Anhang 1. Abgerufen 15. April 2019, von <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2016-33/zma001035.shtml>
- Neuweg, G. (2004). Könnerschaft und implizites Wissen. Münster: Waxmann.
- Occupational Therapy Australia. (2010). Australian Minimum Competency Standards for New Graduate Occupational Therapists (ACSOT). Melbourne, Victoria: Occupational Therapy Australia. Abgerufen 6. April 2019, von https://www.otaus.com.au/sitebuilder/aboutus/knowledge/asset/files/16/australian_minimum_competency_standards_for_new_grad_occupational_therapists.pdf
- Oelschlägel, D. (2001). Gemeinwesenarbeit. In O. H. Thiersch (Hrsg.), Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. (S. 653-659). Neuwied: Luchterhand.
- Petzold, H., Mathias, U. (1982). Rollenentwicklung und Identität. Paderborn: Junfermann.
- Piškur, B., Daniëls, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R. J., Norton, M., & Beurskens, A. J. (2014). Participation and social participation: are they distinct concepts? Clinical Rehabilitation, 28(3), 211-220. <https://doi.org/10.1177/0269215513499029>
- Preißer, R., Völzke, R. (2007). Kompetenzbilanzierung – Hintergründe, Verfahren, Entwicklungsnotwendigkeiten. In: REPORT (30) 1/2007
- Rausch, M., Thelen, K., & Beudert, I. (2014). Kompetenzprofil für die Logopädie. Langfassung [Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. [dbl], Hrsg.]. Abgerufen 29. März 2019, von https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Der_Verband/20140828_Kompetenzprofil_Langfassung_.pdf

- Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz. (2009). Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe - PDF. Abgerufen 29. März 2019, von <https://docplayer.org/10027201-Projekt-abschlusskompetenzen-fh-gesundheitsberufe.html>
- Richter, R. (2018). Modell der Theorie-Praxis-Beziehung in der Physiotherapie. In: Höppner, H. & Richter, R. (Hrsg.). Theorie und Modelle der Physiotherapie. (S. 213- 234). Göttingen: Hogrefe.
- Sackett, D. L., Sharon, E. S., & Richardson, W. S. (2000). Evidence-Based Medicine, w. CD-ROM: How to Practice and Teach EBM (Subsequent). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sauer, F. H. (2018). Grundwerte (Leitwerte) - Werte Enzyklopädie. Abgerufen 23. April 2019, von <https://www.wertesysteme.de/werte-glossar/grundwerte/>
- Scheel, K. (2012). Modelle und Praxiskonzepte der Physiotherapie. Berlin: Lit.
- Schell, B. & Schell, J. (2008). Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Schreyögg, A. (1991). Supervision, Ein integratives Modell. Paderborn: Jungfermann.
- Schuntermann, M. (2005). Einführung in die ICF. Landsberg: ecomed MEDIZIN.
- Strauch, A., Jütten, S., Mania, E. (2009). Kompetenzerfassung in der Weiterbildung. Instrumente und Methoden situativ anwenden. Reihe Perspektive Praxis, hrsg. vom DIE. Bielefeld, k.V.
- Swedish Association of Occupational Therapists. (2016). Competence Descriptions for Occupational Therapists. Abgerufen 6. April 2019, von <https://www.arbetssterapeuterna.se/media/1396/competence-descriptions-webb.pdf>
- Tannenbaum, D., Konkin, J., Parsons, E., Saucier, D., Shaw, L., Walsh, A., Organek, A. (2009). CanMEDS- Allgemeinmedizin. Deutsche Übers. (S. Meyer, M. Karsch-Völkl, & A. Schneider, Übers.). Abgerufen 6. April 2019, von https://www.am.med.tum.de/sites/www.am.med.tum.de/files/Canmeds_German%20Version.pdf
- Townsend, E., Polatajko, H. (2013). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being & justice through occupation (2. Aufl.). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- University of Southern California. (o. J.). Occupational Science and Occupational Therapy. Abgerufen 23. April 2019, von <https://chan.usc.edu/about-us/os-and-ot>
- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2013). Berufskompetenzen Ergotherapie. Beroepscompetenties ergotherapie (L. Köhler, Übers.).
- Weinert, F.E. (Hrsg.) (2001). Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim und Basel: Beltz.
- Wilcock, A. A. (2006). An Occupational Theory of Human Nature. In A. A. Wilcock, An Occupational Perspective of Health (2. Aufl., S. 51-74). SLACK Incorporated.
- World Health Organisation (WHO) Regionalbüro Europa (2018). Gesundheit 2020 und die Bedeutung der Messung von Wohlbefinden. Faktenblatt. Abgerufen 7. April 2019, von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/185310/Health-2020-and-the-case-Fact-Sheet-Ger-final.pdf?ua=1

Glossar

Anderen

Die Begrifflichkeit der Anderen wird im Kompetenzprofil übergeordnet für andere Personengruppen gewählt. Dies meint Angehörige anderer Professionen/Disziplinen, Angehörigengruppen und auch weitere Personengruppen, die in den jeweiligen Kontext einzubeziehen sind.

Barrieren

„Barrieren sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere der Teilhabe) auswirken“ (Schuntermann, 2005, S. 9).

Betätigung

Zum Konzept der Betätigung liegen sowohl aus den ergotherapeutischen Praxismodellen, als auch aus der Occupational Science vielfältige Definitionen vor. In westlichen Kulturen erklären diese Definitionen das Konzept Betätigung als ein Zusammenspiel von Person, Kontext und Betätigung. Die vorliegenden ausgewählten Definitionen dienen der Erläuterung dieses Konzeptes und richten sich unterschiedlich auf Aspekte der Betätigung aus.

- Das Grundkonzept der Natur des Menschen ist, dass Menschen aufgrund ihrer biologischen Entwicklung und Enkulturation Betätigungswesen sind. Das heißt, das Bedürfnis nach Betätigung ist ein integraler Bestandteil des angeborenen biologischen Systems und zielt auf Überleben und Gesundheit ab. Das unterschiedliche Potenzial von Individuen für unterschiedliche Betätigungen ist das Ergebnis ihrer genetisch vererbten Fähigkeiten. Ausdrucksweise und Ausführung von Betätigung wird von Individuen erworben und verändert sich durch das Ökosystem sowie durch soziokulturelle Umgebungen in denen sie leben. (Wilcock, 2006, S. 53).
- Betätigungen sind das, was wir tun. Sie liefern die Grundlagen für Gefühle über uns selbst. Sie binden uns in unserer umgebenden Welt ein und ermöglichen es uns so, zu überleben und uns zu erhalten. Durch sie entwickeln wir unsere Fähigkeiten und Betätigungen ermöglichen es uns, unsere Interessen zu verfolgen, uns mit anderen Menschen in Kontakt/Verbindung zu treten und unsere Werte auszudrücken. [...] Betätigungen sind menschliche Bestrebungen, die
 - (a) zielgerichtet oder zweckmäßig sind,
 - (b) in Situationen oder Kontexten durchgeführt werden, die beeinflussen, wie und mit wem sie gemacht werden,
 - (c) vom Handelnden und anderen identifiziert werden können und
 - (d) sowohl eine individuelle Bedeutung für den Handelnden als auch eine gemeinsame Bedeutung mit anderen haben können. (Christiansen, Baum, & Bass-Haugen, 2004, S. 4)

Als Konzept im Person-Environment-Occupation-Performance Model (PEOP) beziehen sich Christiansen, Baum und Bass (2015) auf das Positionspapier von Christiansen, Clark, Kielhofner und Rogers (1995) und definieren Betätigung als „The ordinary and familiar things that people do every day.“ (Christiansen, Baum, & Bass, 2014, S. 4) - Die gewöhnlichen und vertrauten Dinge, die Menschen jeden Tag tun.

- Das menschliche Leben umfasst zahlreiche Alltagsaktivitäten, die uns in unseren Wachstunden in Anspruch nehmen. Diese Aktivitäten - definiert als „Betätigungen“ - haben einen tiefgreifenden Einfluss darauf, wie wir uns körperlich, emotional, sozial und sogar spirituell wahrnehmen. Sie können ein Gefühl der Zufriedenheit und des Wohlbefindens vermitteln, aber auch Stress, Ungleichgewicht und Unzufriedenheit erzeugen. (University of Southern California, o. J.)

Beteiligte

Unter Beteiligte werden alle Personen und Organisationen verstanden, die an den Interventionen der Klient*innen beteiligt sind. Hierzu zählen ggf. Angehörige anderer Professionen/Disziplinen, Angehörige der Klient*innen, Krankenkassen sowie sonstige Kostenträger, Selbsthilfeinstitutionen u. a.

Domäne

Als Domäne wird in diesem Zusammenhang ein Gegenstandsbereich des Handelns verstanden, in dem Kompetenzen abbildbar sind. Eine Domäne stellt damit den Rahmen für die Beschreibung, Erfassung und Beurteilung von einzelnen Kompetenzen dar, wobei zu beachten ist, dass die einzelnen Domänen nicht trennscharf voneinander abgrenzbar sind. Nur die Gesamtheit der Domänen bildet damit die Aufgabenbereiche der Ergotherapie in der Tiefe und Breite ab. Domänenspezifisch können wiederum unterschiedliche Kompetenzniveaus differenziert werden (Klieme, 2003; Institut für praktische Interdisziplinarität, 2019).

Empowerment

Empowerment (wörtlich übersetzt: „Selbstbefähigung“; „Selbstbemächtigung“; „Stärkung von Eigenmacht und Autonomie“) bezeichnet als Sammelbegriff psychosoziale Arbeitsansätze welche Menschen zur Entdeckung ihrer eigenen Stärken ermutigen sowie ihnen Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie vermitteln. Das Ziel der Empowerment-Praxis liegt darin, die vorhandenen, zum Teil auch verschütteten Fähigkeiten zu autonomer Lebensorganisation zu kräftigen und Ressourcen freizusetzen, mit deren Hilfe die Adressaten dieser Dienstleistung die eigenen Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestalten können (Herriger, 2006).

Ergotherapeutischer Prozess

„Art und Weise, wie Ergotherapeuten ihr Fachwissen für Klienten als Dienstleistung operationalisieren. Zum ergotherapeutischen Prozess gehören Evaluation, Intervention und anvisierte Outcomes; er geschieht auf dem Gebiet des ergotherapeutischen Gegenstandsbereiches und stützt sich auf die Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeutin [...] und Klient“ (AOTA, Marotzki & Reichel, 2018, S. 161).

Ergotherapeutische Intervention

„Gemeinsamer Prozess und praktische Aktion von Ergotherapeuten und Klienten, um das Beteiligten an Betätigung in Bezug auf die Gesundheit und Partizipation anzubahnen. Eingeschlossen darin sind der Plan, dessen Umsetzung und Überprüfung“ (AOTA, 2010, zitiert nach AOTA, Marotzki, & Reichel, 2018, S. 159).

Evidenzbasierung

Sackett, Sharon, und Richardson (1999) definierten evidence based medicine als Integration von bestmöglicher externe Evidenz aus systematischer Forschung, der Berücksichtigung des Klienten mit seinen Werten, Zielen, Prioritäten, seiner kulturellen Prägung und dessen individueller Situation sowie dem Können und der Urteilskraft des Therapeuten mit seiner Erfahrung und treffsicheren Befundung des Klienten unter Berücksichtigung von dessen besonderer Situation.

Förderfaktoren

„Förderfaktoren sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken“ (Schuntermann, 2005, S. 9).

Fürsprache

„Bemühungen, Betätigungsgerechtigkeit und Empowerment von Klienten zu fördern, Ressourcen zu suchen und zu finden, damit Klienten ganz an ihren täglichen Betätigungen teilhaben. Anstrengungen des Ergotherapeuten werden als Fürsprache bezeichnet, und diejenigen des Klienten als Vertreten der eigenen Interessen; diese können auch durch den Ergotherapeuten gefördert und unterstützt werden“ (AOTA, Marotzki, & Reichel, 2018, S. 159).

Gemeinwesen(orientierung)

Angelehnt an Oelschlägel (2001) wird Gemeinwesenorientierung auf sozialräumliche Strategien bezogen, die sich ganzheitlich auf eine regionale Gruppierung (z. B. einen Stadtteil) auswirken und nicht den Fokus auf das einzelne Individuum richten, sondern die gesamten Bewohner*innen der regionalen Gruppierung in den Blick nehmen.

Gesundheit

„Gesundheit setzt sich demnach aus physischen, psychischen und sozialen Anteilen zusammen, die sich wechselseitig beeinflussen. Gesundheit ist eng mit individuellen und kollektiven Wertvorstellungen verbunden, die sich in der persönlichen Lebensführung niederschlagen. Sie ist ein Balancezustand, der zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Sie ist kein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens, wie die rein körperliche Fixierung des Begriffes in der klassischen Medizin nahelegt, sondern ein aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit eines Menschen. Soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Lebensbedingungen bilden dabei den Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeiten von Gesundheit“ (Hurrelmann 1988, S.17).

Gesundheitsberuf/Gesundheitsfachberuf

„Eine Definition des Berufsfelds Gesundheit mit eindeutig nur ihm zugeordneten Berufen erweist sich als schwierig (Bals 1993). Auch die Unterscheidung in Gesundheitsberufe als der weitere Begriff und Gesundheitsfachberufe als der engere, erscheint nicht zielführend. Dem weiteren Begriff werden gewöhnlich alle Berufe im Gesundheitswesen zugeordnet, die personenbezogene Dienstleistungen erbringen, die auf Gesunderhaltung, Heilung, Pflege oder Wiederherstellung der Gesundheit durch Rehabilitation ausgerichtet sind. Dabei wird weder nach Art (schulisch, dual, hochschulisch) unterschieden noch nach Umfang in Ausbildungsjahren. Unter Gesundheitsfachberufen werden häufig die Gesundheitsberufe verstanden, die an Schulen des Gesundheitswesens auf Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes ausgebildet werden (vgl. z. B. Schneider 1996, Wissenschaftsrat 2012). Orientiert an der Regelungskompetenz wäre für diese Berufsgruppe die Bezeichnung Heilberufe zutreffender. Als Fachberufe sind jedoch auch die dualen Gesundheitsberufe anzusehen. (...)“ (Dielmann, 2013, S.150f.).

Gesundheitsversorgung

„Der Begriff der Gesundheitsversorgung umschließt alle Formen sowohl individuumsbezogener als auch populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, die durch medizinische und nicht-medizinische Gesundheitseinrichtungen und -fachkräfte erbracht werden (Institutions- und Professionsprinzip); dies schließt auch die Förderung der Selbstkompetenz und Selbstversorgung ein“ (Bundesärztekammer, 2004).

Interdisziplinär/-professionell

„Interdisziplinäre Teamarbeit ist vom Ansatz her ähnlich der interprofessionellen Teamarbeit (siehe unten) aber unterscheidet sich dadurch, dass die Teammitglieder aus Indivi-

duen unterschiedlicher Disziplinen zusammengestellt sind wie z.B. der Psychologie, der Anthropologie und der Geographie“ (Mitzkat, Berger, Reeves & Mahler, 2016, Anhang 1, Absatz 3).

„Interprofessionelle Zusammenarbeit bezieht sich auf unterschiedliche Gesundheits- und Sozialberufe die sich in regelmäßigen Treffen austauschen, um auszuhandeln wie komplexe Versorgungsprobleme gelöst oder Leistungen bereitgestellt werden können. Sie unterscheidet sich insofern von interprofessioneller Teamarbeit, als dass seitens der Mitarbeiter keine weitere Identifizierung mit der Gruppe stattfindet, sondern die Teilnehmer in loseren Strukturen und voneinander unabhängig zusammenarbeiten“ (Mitzkat, Berger, Reeves & Mahler, 2016, Anhang 1, Absatz 4).

„Interprofessionelle Teamarbeit bezieht sich auf verschiedene Gesundheits- und Sozialberufe, die beispielsweise eine Teamidentifizierung teilen und eng vernetzt und in gegenseitiger Abhängigkeit zusammenarbeiten um komplexe Versorgungsprobleme zu lösen und Leistungen bereitzustellen“ (Mitzkat, Berger, Reeves & Mahler, 2016, Anhang 1, Absatz 9).

„Intraprofessionell ist ein Begriff, der jede Handlung beschreibt, die von Personen innerhalb derselben Profession/ Gesundheitsberuf ausgeführt wird“ (Mitzkat, Berger, Reeves & Mahler, 2016, Anhang 1, Absatz 10).

Intervention

„Gemeinsamer Prozess und praktische Aktionen von Ergotherapeuten und Klienten, um das Beteiligen an Betätigung in Bezug auf die Gesundheit und Partizipation anzubahnen. Eingeschlossen darin sind der Plan, dessen Umsetzung und Überprüfung“ (AOTA, 2010, S. 107, zitiert nach AOTA, Marotzki, & Reichel, 2018, S. 159).

Klientenzentrierte Versorgung / Praxis

„Dienstleistungsansatz, der Respekt für den Klienten und Partnerschaft mit ihnen als aktive Teilnehmer am Therapieprozess umfasst. Dieser Ansatz betont das Wissen und die Erfahrung, Stärken, Auswahlvermögen und allgemeine Autonomie der Klienten“ (AOTA, Marotzki, & Reichel, 2018, S. 160).

Klientenzentriert

„Praxis, die zwischen Klient und Therapeut eine kooperative Beziehung herstellt. Der Therapeut bezieht den Klienten in die Entscheidung ein, respektiert seine Entscheidung, erkennt seine Erfahrung und sein Wissen an und versucht, ihn dazu zu befähigen, seine persönlichen Ziele zu erreichen“ (Jerosch-Herold, 2009, S. 41).

Klient*in

„Person oder Personen (einschließlich derjenigen, die den Klienten versorgen), Gruppe (Ansammlung von Einzelpersonen, z. B. Familien, Arbeitnehmer, Studenten oder Gemeindemitglieder) oder Populationen (Ansammlung von

Gruppen oder Einzelpersonen, die in einer ähnlichen Gegend wohnen, z. B. Stadt, Land oder Staat, oder die die gleichen oder ähnlichen Anliegen haben)“ (AOTA, Marotzki, & Reichel, 2018, S. 160).

Kompetente Praxis

Angelehnt an Klafki, der von Methoden-, Human-, Sozial- und Handlungskompetenz spricht, wird hierunter die Summe der Fähigkeiten und Fertigkeiten (einschließlich der Volition) verstanden, auf die Berufspraxis bezogene Probleme und Fragestellungen zu lösen.

Unter kompetenter Praxis versteht man die eingeübte und sichere Koordination einer unspezifischen Reihe von Mitteln zur Erreichung ihres Zwecks (Neuweg, 2004, S. 178). Intelligentes berufliches Können basiert auf der Integration impliziten Wissens. Eine solche Expertise ist die Grundlage der Fähigkeit, nicht starr regelgeleitet zu handeln, sondern sich auf die Besonderheit der jeweiligen Situation einzulassen. Somit ist praktische Kompetenz durch ganzheitliches, kontextsensitives Urteilen und Handeln gekennzeichnet, das eng mit der Fähigkeit zum Perspektivenwechsel sowie dem Heraustreten aus Schematisierungen verbunden ist (ebd. S. 367 f.).

Kompetenz

„Kompetenz ist eine Disposition, die Personen befähigt, bestimmte Arten von Problemen erfolgreich zu lösen, also konkrete Anforderungssituationen eines bestimmten Typs zu bewältigen. Die individuelle Ausprägung der Kompetenz wird (...) von verschiedenen Facetten bestimmt: Fähigkeit, Wissen, Verstehen, Können, Handeln, Erfahrung, Motivation. Mit dem Begriff „Kompetenzen“ ist ausgedrückt, dass die Bildungsstandards – anders als Lehrpläne und Rahmenrichtlinien – nicht auf Listen von Lehrstoffen und Lerninhalten zurückgreifen, um Bildungsziele zu konkretisieren. Kompetenz kann nur leistungsbezogen erfasst und gemessen werden. Kompetenz stellt die Verbindung zwischen Wissen und Können her und ist als Befähigung zur Bewältigung von Situationen bzw. von Aufgaben zu sehen. Kompetenzen kann man nicht durch einzelne, isolierte Leistungen darstellen oder erfassen“ (Klieme et al., 2007).

Kontext

Laut Duden bedeutet Kontext bildungssprachlich gesehen „Zusammenhang“. Als Synonyme werden auch Wörter wie Umgebung, Begleitumstände, Beziehung, Bezugsrahmen, Gedankenfolge, Gedankenzusammenhang, Sinnzusammenhang, Verbindung, oder Zusammenhang genannt. Ergotherapeutisch gesehen, ist der Begriff definiert als „Eine Reihe von miteinander verbundenen Gegebenheiten innerhalb des und um den Klienten herum, die Performanz beeinflussen, auch den kulturellen, personenbezogenen, zeitlichen und virtuellen Kontext“ (AOTA, Marotzki, & Reichel, 2018, S. 160).

Kultureller Kontext

„Von der Gesellschaft, deren Teil der Klient ist, akzeptierte Sitten, Überzeugungen, Aktivitätsmuster, Verhaltensstandards und Erwartungen. Der kulturelle Kontext beeinflusst Identität und Aktivitätsauswahl des Klienten“ (AOTA, Marotzki, & Reichel, 2018, S. 160).

Lebensqualität

„Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, welches sich entweder aus der Sicht der betroffenen Menschen selbst oder aus Sicht externer Beobachter auf das Wohlbefinden (mit seinen körperlichen, mentalen, emotionalen, sozialen und verhaltensbezogenen Komponenten) und auf die Funktionsfähigkeit bezieht (Bulliger, 2000). Lebensqualität kann hierbei entweder bereichsübergreifend (z. B. allgemeine Lebenszufriedenheit) oder bereichsspezifisch (z. B. berufliche Lebensqualität) erfasst werden“ (Freund & Ziegelmann, 2009, S. 476).

„Dynamische Bewertung der Lebenszufriedenheit (Wahrnehmung von Fortschritt in Richtung der herausgefundenen Ziele), des Selbstkonzepts (Überzeugungen und Empfinden über sich selbst), von Gesundheit und Funktionsfähigkeit (z. B. Gesundheitsstatus, Selbstversorgungsfähigkeiten) und von sozioökonomischen Faktoren (z. B. Beruf, Bildung, Einkommen; nach Radomski, 1995)“ (AOTA, Marotzki, & Reichel, 2018, S. 160).

Lernbedarf

Lernbedarfe beschreiben Kompetenzen, Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Lernende in bestimmten Situationen entwickeln sollen und wollen (Bauer et al. 2016).

Mikro-, Meso-, Makroebene

Hierbei handelt es sich um ein darstellendes Modell, das mit drei hierarchisch abgegrenzten Schichten arbeitet. Damit kann man zum Beispiel wichtige Institutionen und Akteure des deutschen Gesundheitswesens mit ihren Aufgaben, ihre Rolle und ihrem Einfluss im Gesundheitswesen erläutern: Auf der untersten Ebene (Mikroebene) bewegt man sich als und zwischen Individualakteuren. Selbige bieten Gesundheitsgüter an oder fragen sie nach und müssen dabei die gesetzlichen Bestimmungen beachten. Die mittlere, so genannte Mesoebene, besteht aus den Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie aus anderen, ‚freien‘ Institutionen und Organisationen. Auf der oberen Ebene (Makroebene) finden sich die staatlichen Akteure. Diese regulieren das Verhalten der Akteure auf den niedrigeren Ebenen, indem sie Gesetze und Verordnungen verabschieden und deren Einhaltung überwachen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2018).

Partizipation [siehe „Teilhabe“]

Professionsethische Grundwerte

Grundwerte sind „Werte, welche als dauerhaft wichtig eingestuft werden. (...) Sie korrelieren mit den Ambitionen einer Person und bestimmen die Ausprägung der Zielsetzungen (Mission) einer Gruppe. (...) In Organisationen werden Grundwerte (Leitwerte) in einem sogenannten Leitbild festgeschrieben und dessen Bedeutung verständlich ausformuliert. Dies soll die Identität der Organisation sowie die Art und Weise des Zusammenlebens (innen und außen) bestimmen und sichtbar machen: ‚Wofür stehen wir?!‘“ (Sauer, 2018, Absatz 1).

Um sichtbar zu machen, wofür der Beruf Ergotherapie durch das professionelle Tun seiner Berufsangehörigen steht, hat er internationale und nationale Kodizes entworfen, in der die jeweilige Berufsethik als Verhaltenskodex postuliert ist.

Professionalisierung

Unter Professionalisierung wird „ein Prozess verstanden, innerhalb dem sich ein Beruf hin zu einer Profession entwickelt. Sie bedeutet ‚Spezialisierung und Verwissenschaftlichung von Berufspositionen aufgrund gestiegener Anforderungen an das für die Berufsausübung erforderliche Fachwissen‘“ (Büschges zitiert nach Scheel, 2012, S. 20).

Professionelle Praxis

Übersetzt man „professionell“ mit beruflich, und kombiniert das Wort „Praxis“ mit Vorschlägen aus dem Duden, so ist damit die „Aufführung, Anwendung von Gedanken, Vorstellungen, Theorien o. Ä. in der Wirklichkeit“, oder die „bestimmte Art und Weise, etwas zu tun, zu handhaben“ gemeint. Es kann sich auch um die „Erfahrung, die durch eine bestimmte praktische Tätigkeit gewonnen wird“ handeln, oder um die „Räumlichkeit, in der ein Arzt, Masseur, eine Heilpraktikerin, Psychiaterin o. Ä., auch ein Anwalt, eine Anwältin seinen bzw. ihren Beruf ausübt“ (Duden Rechtschreibung, o.J.). Allen Definitionen gemein ist, dass sich professionelle Praxis in der professionellen Kompetenz eines Handelnden zeigt. Professionelle Kompetenz „umfasst die Fähigkeit, umfassende theoretische Kenntnisse in sozialen Situationen angemessen verwenden zu können. ‚Angemessen‘ meint das Vermögen, allgemeine Strukturen im besonderen Fall zu rekonstruieren, um ein tieferes Verständnis der Fallsituation zu erlangen und die eigenen Handlungs begründungen und Entscheidungen zu verbessern. Dabei werden alltägliches und wissenschaftliches Wissen im Sinne und mit dem Ziel einer professionellen Praxis verschränkt“ (Richter, 2018, S. 217).

Reflexive Praxis

In neuerer Zeit wird in der Ergotherapie, wie auch in den anderen Gesundheitsberufen/Gesundheitsfachberufen das Bild des reflektierten Praktikers als Ziel und Standard für berufliches Handeln postuliert (z.B. in Creek & Lawson-Por-

ter, 2007). Die reflektierende Praxis wird als ein Schlüssel angesehen, mit dem wir aus unseren Erfahrungen lernen können.

Nach Jasper, zitiert nach Essays UK (2018) bedeutet reflektierende Praxis, unsere Erfahrungen als Ausgangspunkt für unser Lernen und für die Entwicklung unserer Praxis zu nehmen). Jasper, zitiert nach Essays UK (2018) fasst die reflektierende Praxis mit den folgenden drei Komponenten zusammen: Dinge (Erfahrungen), die der Person passiert sind; die reflektierenden Prozesse, die es der Person ermöglichen, aus diesen Erfahrungen zu lernen; die Aktionen, die sich aus den neuen Perspektiven ergeben.

Reflexion ist Teil der reflektierenden Praxis und ist eine Fähigkeit, die entwickelt wird. Es ist eine Möglichkeit, sich an das Leben als qualifiziertes medizinisches Fachpersonal anzupassen und die Entwicklung einer professionellen Identität zu verbessern (Atwal & Jones, zitiert nach Essays UK, 2018). Reflexion kann als ein Prozess begründeten Denkens beschrieben werden. Es ermöglicht dem Praktiker, sich selbst und seinen Ansatz für die Praxis kritisch zu bewerten (Fleming, zitiert nach Essays UK, 2018)

Reasoning, professionelles / klinisches

Bezeichnet und beschreibt auf einer metakognitiven Ebene die Denk- und Entscheidungsprozesse von Ergotherapeut*innen während der Planung, Durchführung, Evaluation und Reflexion der Therapie (Boyt Schell, 2014). Die begriffliche Veränderung vom klinischen zum professionellen Reasoning (Boyt Schell, 2014) oder therapeutischen Reasoning (Kielhofner, 2009) resultiert aus der Veränderung der Settings, in denen Ergotherapeut*innen arbeiten. Diese beschränken sich nicht mehr ausschließlich auf medizinisch-klinische Settings, sondern umfassen auch gemeindenahen und Alltagskontexte (Schulen, Kindergärten, Betriebe).

Teilhabe/Partizipation

Die Definition dieses Begriffes ist schwierig. Auch wenn es einige scheinbar eindeutige Definitionen gibt, befindet sich der Begriff jedoch in einem fortlaufendem Diskussionsprozess. So definierte Die WHO Teilhabe/Partizipation als „Eingebunden-sein in eine Lebenssituation“ (WHO, 2001, S. 10, zitiert nach AOTA, Marotzki & Reichel, 2018, S. 160). In der einige Jahre später erschienenen ICF spricht man bei Partizipation von „Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Im Konzept der Teilhabe wird der Mensch als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt betrachtet. Das Teilhabekonzept steht daher nicht nur im Zusammenhang mit der Umsetzung der Menschenrechte in einer Gesellschaft, sondern auch damit, wie eine Person mit einer funktionalen Problematik in dieser Gesellschaft ihre Situation erlebt“ (Schuntermann, 2005, S. 55). Umstritten ist, ob Partizipation und soziale Partizipation als Synonyme verwendet werden könne oder

nicht, wobei es schon häufig so geschieht. Unstrittig ist, dass dem Begriff der sozialen Partizipation dem Individuum eine oder mehrere soziale Rollen zugeschrieben werden (Piškur et al., 2014).

Dieser Aspekt wird auch deutlich in anderen Definitionen. Danach bedeutet soziale Teilhabe „Verflechten von Betätigungen, um erwünschte Beteiligung an Gemeinde- und Familienaktivitäten sowie an solchen mit Freunden und Bekannten zu unterstützen“ (Boyt Schell & Gillen, 2013, S. 607). „Soziale Teilhabe kann persönlich oder durch Techniken auf die Entfernung wie Telefonanruf, Computerinteraktion oder Videokonferenz stattfinden“ (AOTA, Marotzki & Reichel, 2018, S. 162).

Umwelt

„Externe physische und soziale Gegebenheiten um den Klienten herum, in denen sich der Alltag des Klienten abspielt“ (AOTA, Marotzki, & Reichel, 2018, S. 162).

Die Umgebung umfasst die Räume, die die Menschen einnehmen, die Objekte, die sie verwenden, die Menschen, mit denen sie interagieren, und die Möglichkeiten und Bedeutungen vom Tun, die im menschlichen Kollektiv, dessen Teil sie sind, existieren (Kielhofner, 2008).

Wohlbefinden

„Wohlbefinden hat zwei Dimensionen: eine subjektive und eine objektive. Maßgebliche Bestandteile des objektiven Wohlbefindens sind die Lebensbedingungen von Menschen und ihre Chancen auf Nutzung ihres Potenzials – Chancen, die unter den Menschen gerecht verteilt sein sollten. Wesentliche Aspekte für objektives Wohlbefinden sind Gesundheit, Bildung, Arbeitsplatz, soziale Beziehungen, Umwelt, Sicherheit, Bürgerbeteiligung, Politikgestaltung, Wohnbedingungen und Freizeit. Subjektives Wohlbefinden ist vor allem mit den Lebenserfahrungen von Menschen verknüpft“ (WHO Regionalbüro Europa, 2018).

Herausgeber:
**Deutscher Verband
Ergotherapie e.V. (DVE)**

Becker-Göring-Str. 26/1
76307 Karlsbad
Telefon 07248 9181-0
Telefax 07248 9181-71
E-Mail info@dve.info
www.dve.info

Alle Angaben ohne Gewähr.
Stand: Mai 2019