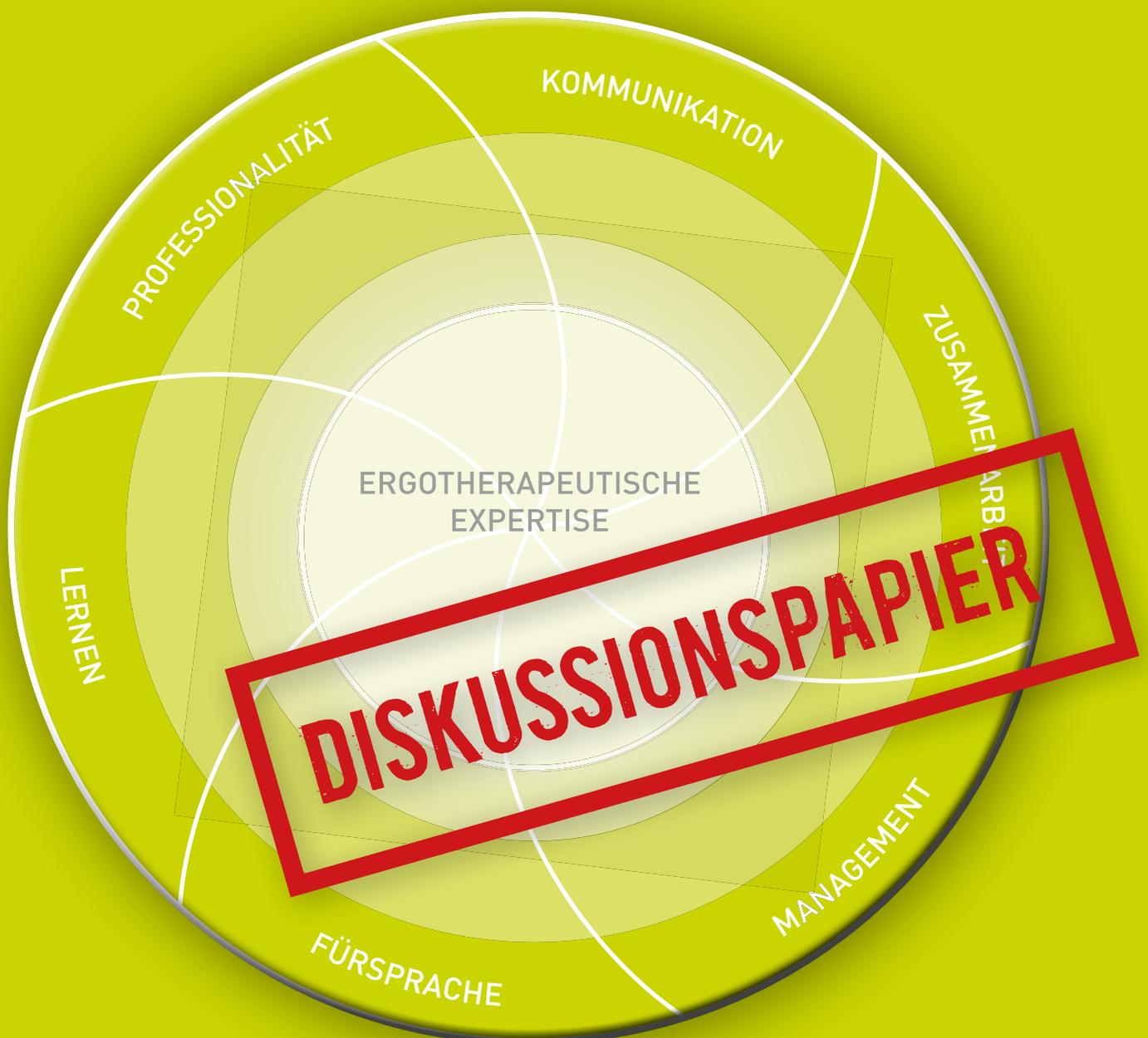


# KOMPETENZPROFIL ERGOTHERAPIE

– ein Diskussionspapier



### **Kompetenzprofil Ergotherapie – ein Diskussionspapier**

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, Referat Aus- und Weiterbildung DVE

Arnd Longrée, Vorsitzender DVE

Christina Ovesiek, Wannseeschule Berlin

Pascale Wendt, Döpfer-Schule Regensburg

Jürgen Wöber, LVR-Schule für Ergotherapie Düren

Diskussionspapier (Stand 01. Juni 2018)

# Inhalt

1.	Einleitung . . . . .	4
2.	Zielsetzung . . . . .	4
3.	Umsetzung . . . . .	4
3.1	Der Kompetenzbegriff . . . . .	4
3.2	Der Prozess der Erarbeitung . . . . .	6
3.3	Die Domänen der Ergotherapie . . . . .	6
3.4	Der Aufbau des Kompetenzprofils Ergotherapie . . . . .	7
3.5	Grundlegende Entscheidungen zur Darstellung . . . . .	8
4.	Das Modell . . . . .	9
5.	Kompetenzprofil Ergotherapie . . . . .	10
5.1	Ergotherapeutische Expertise . . . . .	10
5.2	Kommunikation . . . . .	10
5.3	Zusammenarbeit . . . . .	11
5.4	Management . . . . .	11
5.5	Fürsprache . . . . .	12
5.6	Lernen . . . . .	12
5.7	Professionalität . . . . .	12
6.	Literaturverzeichnis . . . . .	13
7.	Internetquellen . . . . .	14
8.	Glossar . . . . .	15

# Ergebnisse der Projektgruppe „Kompetenzprofil und Modularisierung“

## 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) und zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV)<sup>1</sup> zu erarbeiten. Das erste Ziel sollte dabei die Erarbeitung eines Kompetenzprofils Ergotherapie sein, in dem konkrete, in der Ausbildung zu erwerbende Kompetenzen beschrieben werden.

Hervorgerufen wurde diese Idee u. a. durch die in den letzten Jahren stattgefundenen Veränderungen/Neuerungen im Bildungsbereich (z.B. Paradigmenwechsel von der Input- zur Outcome-Orientierung und damit u.a. die Einführung der Kompetenzorientierung, die Implementierung des Europäischen und des Deutschen Qualifikationsrahmens (EQR/DQR) in die unterschiedlichen Bildungsebenen und -systeme, die Entwicklung des Interdisziplinären hochschulischen Fachqualifikationsrahmens für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB) (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe 2014<sup>2</sup>)). Auch die stärkere Globalisierung erfordert eine Auseinandersetzung mit den Kompetenzen der Profession Ergotherapie, welche zum einen den internationalen Austausch von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in den unterschiedlichen Handlungsfeldern erleichtert. Zum anderen trägt ein Kompetenzprofil Ergotherapie und damit die Beschreibung der Kompetenzen von deutschen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auch dazu bei, die interprofessionelle/-disziplinäre Zusammenarbeit zu erleichtern. Durch das Aufzeigen der Aufgabenfelder der Ergotherapie und die verbindliche Darstellung der Kompetenzen können ergotherapeutische Tätigkeitsbereiche im Sinne der Interprofessionalität/-disziplinarität sowie der Transdisziplinarität definiert, abgegrenzt aber auch zusammengeführt werden.

## 2. Zielsetzung

Durch das erste Kompetenzprofil Ergotherapie soll eine Verbindlichkeit über die Kompetenzen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten geschaffen werden. Es

sollen dabei Mindestvoraussetzungen, die an die Professionsangehörigen gestellt werden, formuliert werden, wobei zunächst zu definieren ist, welches die Mindestvoraussetzungen sind und auf welcher Niveaustufe sich diese befinden. Das Kompetenzprofil Ergotherapie verfolgt das Ziel, eine Orientierungshilfe für die eigene Lernentwicklung zu sein und muss daher nachvollziehbar und klar formuliert, sowie praktikabel in der Anwendung sein.

Dieses Kompetenzprofil Ergotherapie ist damit als ein erster Entwurf zur Formung einer Berufsidentität zu verstehen. Es wird notwendig sein, sich in der Folge mit der Weiterentwicklung des Kompetenzprofils Ergotherapie, sowie u. a. auch der Darstellung unterschiedlicher Kompetenzniveaustufen (z. B. Masterniveau), auseinanderzusetzen. Das grundsätzliche Ziel kann es nur sein, mit einem Kompetenzprofil Ergotherapie unterschiedliche Kompetenzstufen abbildbar zu machen, die zum Ausdruck bringen, dass individuelle Lernentwicklung und damit einhergehend die eigene Professionsentwicklung notwendig sind, um umfassend beruflich-kompetent im komplexen Handlungsfeld der Ergotherapie zu handeln.

In diesem ersten Erarbeitungsschritt erfolgt daher zunächst die Schaffung eines Rahmens für ein Kompetenzprofil Ergotherapie, das somit die Mindestvoraussetzungen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten formuliert, aber zudem für die Weiterentwicklung noch offen ist.

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

## 3. Umsetzung

### 3.1 Der Kompetenzbegriff

Um neueren Erkenntnissen im Bildungsbereich Rechnung zu tragen, sollten diese in der Arbeit der Projektgruppe Berücksichtigung finden, weshalb im ersten Schritt eine ausführliche Recherche der bildungspolitischen Entwicklungen und Arbeiten in der Projektgruppe stattfand. Insbesondere das Thema „Kompetenz“

1 Verfügbar unter: <https://www.dve.info/aus-und-weiterbildung/entwuerfe-zu-gesetzlichen-grundlagen>

2 Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (Hg.): Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB). URL: [http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR\\_ThGFB\\_%20HVG\\_2014\\_final.pdf](http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf) (09-08-2017)

sowie der zu verwendenden „Kompetenzbegriff“ wurden intensiv analysiert und diskutiert. Daher wird im Folgenden eine kurze Darstellung der Überlegungen und eine Definitionsbestimmung vorgenommen.

Der Terminus „Kompetenz“ ist bisher uneinheitlich definiert und wird in unterschiedlichen Anwendungszusammenhängen variabel eingesetzt (vgl. z. B. Erpenbeck und Rosenstiel 2007, S. 11ff.; Gnahs 2007, S. 19ff.; Jude, Hartig und Klieme 2008, S. 9ff.; Preißer und Völzke 2007, S. 62ff.; Strauch, Jütten und Mania 2009, S. 15ff.), weshalb die Zielsetzung innerhalb der Projektgruppe zu Anfang war, einen Konsens bezgl. der Benutzung dieses Begriffes herzustellen. Das allen Definitionen zugrundeliegende verkürzt formulierte Verständnis von Kompetenzen als Fähigkeiten und Dispositionen zur Bewältigung kontextspezifischer Anforderungen und die damit verbundenen Ideen zur Nutzung der Begrifflichkeit innerhalb der Projektgruppe sollen im Folgenden genauer ausgeführt werden.

Geht man von einem breiten sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Verständnis aus, dann weist der Begriff Kompetenz zunächst unterschiedliche Facetten auf, die sowohl mit

- Zuständigkeit – der sozialen bzw. organisationalen Facette, mit
- Fähigkeit – der kognitiven Facette und mit
- Bereitschaft – der motivationalen Facette von Kompetenz

zu tun haben und damit, dass sich bei einem kompetenten Handeln Zuständigkeit, Fähigkeit und Bereitschaft in Deckung miteinander befinden bzw. gebracht werden (Klieme & Hartig, 2007 zit. nach HRK 2012).<sup>3</sup>

Die vielfältigen Bedeutungen des Kompetenzbegriffes wurden u.a. durch Weinert (2001, S. 27) systematisch aufgearbeitet. Dieser definiert den Begriff Kompetenz wie folgt:

Kompetenzen sind „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“.<sup>4</sup>

Demnach lassen sich Kompetenzen sowohl auf Aufgaben und Probleme als auch auf fachliches Wissen und Können, das zur Bewältigung der Aufgabe notwendig ist, weiter differenzieren. Um im Rahmen der Projektarbeit den Begriff „Kompetenz“ noch näher auf die Ergotherapie zu beziehen und eine Verstärkung des Bezuges zum Handlungsfeld herzustellen und nicht nur die „variablen Situationen“ (Weinert 2001, S. 27f.) zu beschreiben, wurde für das Kompetenzprofil Ergotherapie als abschließende Ausrichtung des Kompetenzbegriffs, die eine weitere Differenzierung des Kompetenzbegriffs nach Weinert darstellt, die Beschreibung der individuellen Kompetenz nach Klieme (2003, S. 72 ff.) gewählt. Er beschreibt:

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.<sup>5</sup>

Insbesondere die „netzartig zusammenwirkenden“ Facetten der definierten individuellen Kompetenz, die Klieme in seinem Werk Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards beschreibt, sowie die Performanz der Person in unterschiedlichen Anforderungssituationen adäquat zu agieren, wurden von der Projektgruppe als passend für die Erstellung eines Kompetenzprofils Ergotherapie eingestuft.

Klieme formuliert zudem,

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 (vgl. Klieme 2003, S. 21 ff.).

Die Auswahl dieser Kompetenz-Beschreibung leitete in der Projektgruppe eine Diskussion zu der weiteren Dif-

3 Hochschulrektorenkonferenz (Hg.): Fachgutachten zur Kompetenzorientierung in Studium und Lehre. Projekt nexus. URL: [http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/fachgutachten\\_kompetenzorientierung.pdf](http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/fachgutachten_kompetenzorientierung.pdf) [29-04-2015]

4 Franz E. Weinert (Hg.): Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim und Basel 2001, S. 27f.

5 Klieme, E. et al.: Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Eine Expertise. Berlin 2003, S. 72 ff.

ferenzierung der ergotherapeutischen Kompetenzen sowie deren Darstellung ein. Ein Kompetenzprofil Ergotherapie sollte demnach sowohl die einzelnen Domänen, in denen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten handeln, beschreiben als auch deren Vernetzung aufzeigen und zudem unterschiedliche Entwicklungsstufen innerhalb der Domänen kennzeichnen.

Es wurde somit innerhalb der Projektgruppe nach einem Instrument gesucht, das all diese Anforderungen einerseits erfüllt und zudem noch nationale wie internationale Anschlussfähigkeit besitzt.

### 3.2 Der Prozess der Erarbeitung

Nach einer ausführlichen Literaturrecherche, die mit dem verwendeten und leitenden Kompetenzbegriff startete, fanden ausführliche Diskussionen zu einem passenden Interaktionsmodell der Kompetenzen statt. Ein Anliegen der Projektgruppe war es, auch nationale und internationale Experten zu ergotherapeutischen und anderen berufsspezifischen Kompetenzprofilen einzubeziehen, weshalb auch Gäste in die Gruppe eingeladen wurden. Dieser Austausch zeigte die notwendige und zu erreichende Vergleichbarkeit des zu erarbeitenden deutschen Kompetenzprofils Ergotherapie zu anderen (internationalen aber auch interprofessionellen) Kompetenzprofilen auf. Sowohl internationale Literatur zu ergotherapeutischen Kompetenzen, immer vor dem Hintergrund der kulturellen, berufsrechtlichen Diversitäten sowie der unterschiedlichen Professionsentwicklungen, als auch nationale, professionsbezogene sowie professionsübergreifende Literatur wurden hinzugezogen. Besondere Berücksichtigung bei den weiteren Entwicklungen fanden:

- Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada
- Beroepscompetenties ergotherapie aus den Niederlanden
- Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH – Berufsspezifische Kompetenzen des Studiengangs Ergotherapie aus der Schweiz
- Australian Minimum Competency Standards for New Graduate Occupational Therapists (ACSOT)
- Standards of proficiency – Occupational therapists aus Großbritannien
- Competence Descriptions for Occupational Therapists aus Schweden

Und auf interprofessioneller Ebene wurden insbesondere einbezogen:

- Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)
- Kompetenzprofil für die Logopädie

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

Diesen mehrdimensionalen Anforderungen entspricht insbesondere das Rollenmodell der „Canadian Medical Education Directives for Specialists“ (CanMEDS), das national und international innerhalb der Gesundheitsfachberufe vielfach Verwendung findet und auf Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens fußt, weshalb dieses auch als Ausgangspunkt für das deutsche Kompetenzprofil genutzt wurde. Aufgrund der Spezifika der deutschen Ergotherapie wurde jedoch von einer einfachen Übersetzung abgesehen, sodass eine Adaption des Modells auf die Kompetenzen deutscher Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten notwendig war.

### 3.3 Die Domänen der Ergotherapie

Die Bezugnahme auf die „Canadian Medical Education Directives for Specialists“ (CanMEDS) stellt in der Ergotherapie als auch in den anderen Gesundheitsberufen keine Ausnahmeerscheinung dar, denn so gelten diese als Basis für die Erarbeitung der ergotherapeutischen Kompetenzbeschreibungen der Niederlande, der Schweiz, Australiens und selbstverständlich auch Kanadas sowie für den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Nach Abwägung der Vor- und Nachteile, wurde von der Projektgruppe entschieden, auch im deutschen Kompetenzprofil Ergotherapie die CanMEDS und damit die auf Rollen der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ausgelegte Struktur als Grundlage zu wählen. Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Handlungsfelder von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten 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 Ergotherapieschulen 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 bildeten 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 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. In einem nächsten Schritt wurden diese so 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, jedoch wurde bewusst die Bezeichnung von Rollen ausgeschlossen. Dies liegt zum einen daran, dass die im CanMEDS definierten Rollen, lediglich in ihrer Dimension die Ergotherapeutin/den Ergotherapeuten umfassen, d. h. das berufliche Handlungsfeld, während die soziologisch geprägte Sichtweise auf die Bezeichnung Rollen den gesamten Menschen und sein Handeln in den unterschiedlichen Kontexten/Sozialitäten umfasst (vgl. Schreyögg 1991, S. 260 ff.; Petzold/Mathias 1982, S. 15 ff.; Claessens 1974, S. 53 ff.). 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 Betrachtung lediglich des beruflichen Handlungsfeldes von Ergotherapeutinnen und Er-

gotherapeuten möglich ist und unterschiedliche Niveaustufen der Kompetenzen abbildbar sind.

Als Domäne wird in diesem Zusammenhang ein Gegenstandsbereich des Handelns verstanden, in dem die 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 abgegrenzt werden. Nur die Gesamtheit der Domänen bildet damit das Handlungsfeld der Ergotherapie als Profession in dessen Tiefe und Breite ab und domänenspezifisch können wiederum unterschiedliche Niveaus von Kompetenzen differenziert werden. (vgl. Klieme 2003, S. 21 ff.; Institut für praktische Interdisziplinarität 2018).

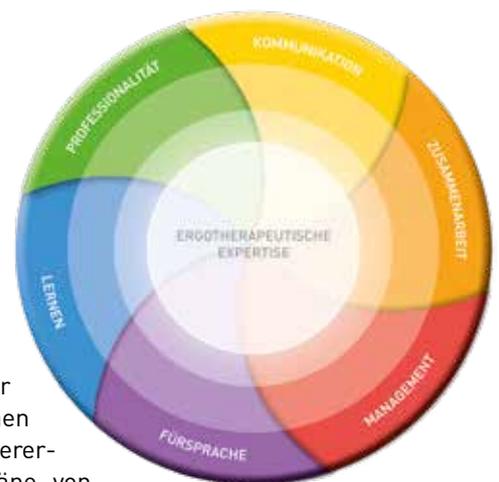
Bei der Benennung der Domänen wurde wiederum darauf geachtet, eine Sprachangleichung an die CanMEDS (und damit implizit auch den NKLM) herzustellen, aber auch die deutschen Gegebenheiten zu berücksichtigen und die Domänenbezeichnung an den deutschen Sprachgebrauch zu adaptieren.

### 3.4 Der Aufbau des Kompetenzprofils Ergotherapie

Das Kompetenzprofil Ergotherapie beschreibt die Kompetenzen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in sieben Domänen. Die Domänen sind:

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

Die Domäne der ergotherapeutischen Expertise nimmt dabei eine besondere Stellung ein, da diese einerseits den effektiven Vernetzungspunkt aller anderen Domänen darstellt, sowie andererseits die Kerndomäne von



Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aufzeigt. Die ergotherapeutische Expertise in Enabling Occupation (Townsend und Polatajko 2013)<sup>6</sup> bildet somit die Basis des Kompetenzprofils Ergotherapie und wurde im Modell mittig, als Herzstück, positioniert. Um diese Domäne der ergotherapeutischen Expertise vollumfänglich effektiv auszufüllen, müssen alle anderen, umgebenden Domänen genutzt werden.

Damit soll einerseits aufgezeigt werden, dass nur ein Zusammenwirken aller Domänen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ermöglicht, umfassend beruflich-kompetent zu handeln. Andererseits zeigte es über was für ein vielfältiges Spektrum an Kompetenzen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten verfügen und welche mannigfaltigen Erwartungen im beruflichen Kontext an sie gestellt werden. Umfassendes beruflich-kompetentes Handeln ist aber nur über einen längeren Verlauf innerhalb des lebenslangen Lernens und damit des eigenen Professionalisierungsprozesses möglich. Es kann nur über kumulatives, systematisch vernetztes Lernen erreicht werden (vgl. Klieme 2003, S. 24 ff.), sodass unterschiedliche Kompetenzniveaustufen innerhalb der einzelnen Domänen existieren.

### 3.5 Grundlegende Entscheidungen zur Darstellung

Im hier dargestellten Kompetenzprofil Ergotherapie werden die Kompetenzen auf der Kompetenzniveaustufe nach DQR 6 (Bachelor) formuliert. Die demografischen, epidemiologischen, technologischen, politischen und ökonomischen Entwicklungen stellen große Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland dar, denen auch die Ergotherapie ausgesetzt ist und begegnen muss. Um eine nachhaltige, klientenzentrierte Versorgung der ergotherapeutischen Klientel durch eine zukunftsorientierte, wissenschaftsbasierte, qualitativ hochwertige Ergotherapie zu gewährleisten, benötigen Ergotherapeutinnen und Ergo-

therapeuten vielseitige Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen sich in komplexen und schnell wandelnden Handlungsfeldern zu positionieren, in diesen zu handeln und sie weiterzuentwickeln. Hierbei wird es entscheidend sein, auch die Arbeitsbeziehungen zwischen den Gesundheitsberufen neu zu definieren und zu transformieren (vgl. Bildungskonzept DVE 2014; Empfehlungen zur Einrichtung primärqualifizierender, ergotherapeutischer Studiengänge DVE 2016). Um diesen Herausforderungen adäquat begegnen zu können, müssen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Kompetenzen innerhalb ihrer Ausbildung entwickeln, die ihnen die eigenverantwortliche Steuerung notwendiger Prozesse ermöglicht und auf die Zukunftsorientierung der Ergotherapie ausgerichtet ist (vgl. DQR 2014). Eine Ausbildung auf Bachelorniveau wird daher als Notwendigkeit zur Erfüllung dieser Herausforderungen angesehen, weshalb diese hier zugrunde gelegt wird.

Die aufgeführten Kompetenzen beziehen sich somit auf die DQR-Niveaustufe 6, stellen eine Momentaufnahme dar und bilden das Einstiegsniveau von Berufsanfängern ab, wenngleich berücksichtigt werden muss, dass im Sinne des lebenslangen Lernens für umfassend beruflich-kompetentes Handeln eine weitere Kompetenzentwicklung zu erfolgen hat. D. h. die formulierten Kompetenzen stellen keine Endpunkte der Kompetenzen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten dar, sondern verstehen sich als eine Art Zwischenschritt zur/zum umfassend beruflich-kompetent handelnden Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeuten.

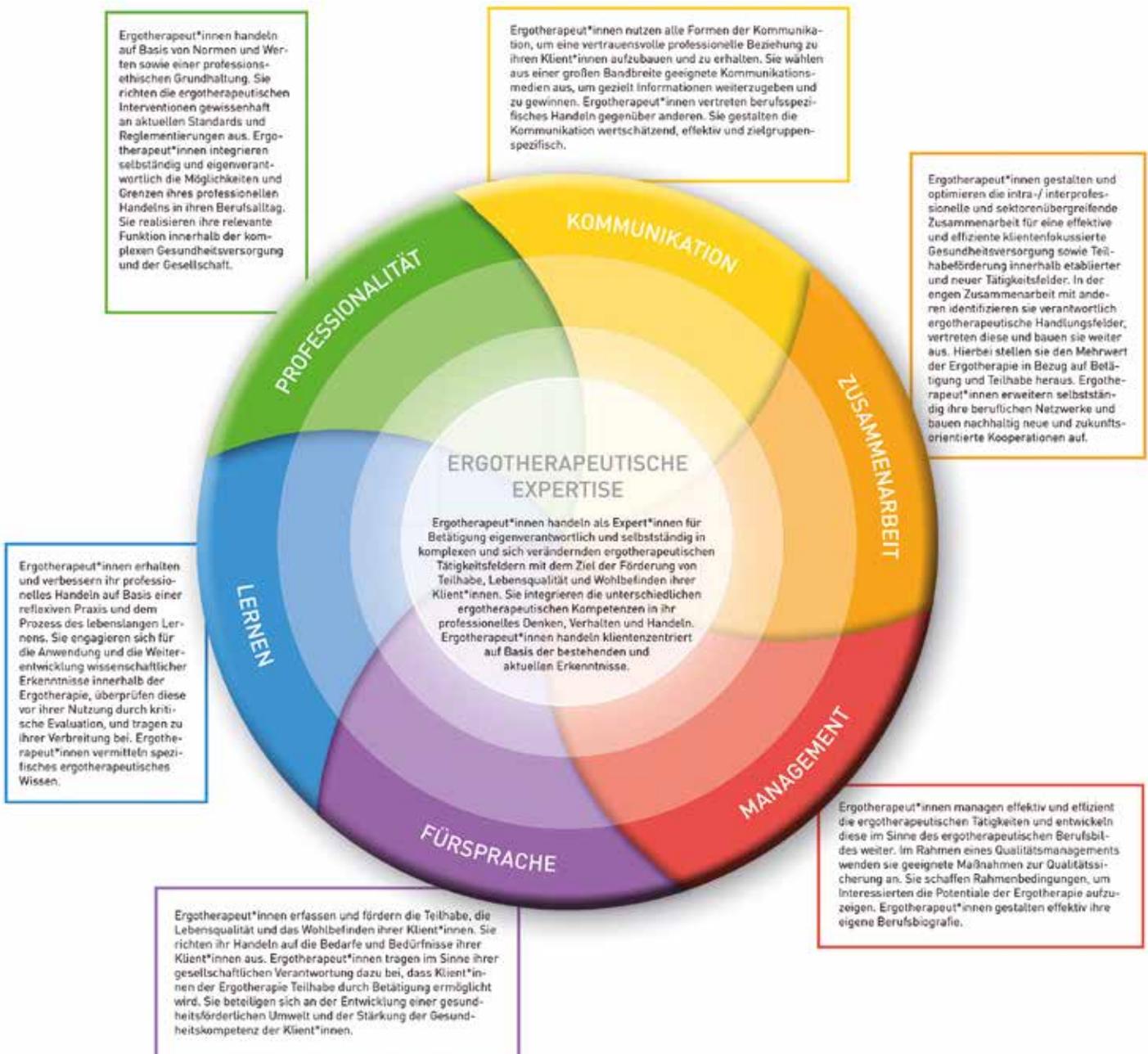
Die Entscheidung für eine grafische Darstellung eines Kompetenzprofils beinhaltet immer auch eine Entscheidung zwischen Komplexität und Handhabbarkeit, sodass das gewählte Modell nicht alle oben benannten Punkte und Aspekte berücksichtigen kann, die bei der Erstellung des Kompetenzprofils Ergotherapie leitend waren. Dennoch erleichtert es den Prozess, einen Eindruck der Zusammenhänge der Domänen zu erhalten.

---

6 frei übersetzt zu verstehen als „Ermöglichung von Betätigung“

## 4. Das Modell

Das Kompetenzprofil Ergotherapie beschreibt die Kompetenzen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in sieben Domänen.



## 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 und aktuellen Erkenntnisse.

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 der Klient\*innen aus.
- berücksichtigt in der Gestaltung ergotherapeutischer Diagnostik, Interventionen und Evaluation fortlaufend ein breites und integriertes berufliches Wissen, einschließlich der aktuellen fachlichen Entwicklungen.

### 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-Beziehung<sup>7</sup>.
- passt die Kommunikationsstrategien und -techniken flexibel an Klient\*innen an, wählt aus einem breiten Spektrum effektive Kommunikationsmaßnahme aus und wendet diese an.
- gestaltet die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) verantwortlich.
- dokumentiert systematisch den ergotherapeutischen Prozess und erläutert diesen 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.

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

## Zusammenarbeit

Ergotherapeut\*innen gestalten und optimieren die intra-/ 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 Mehrwert 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

- konzipiert eigenverantwortlich ergotherapeutische Interventionen, vertritt diese 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.

## 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 Qualitätssicherung 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 selbstständig sowie eigenverantwortlich den ergotherapeutischen Prozess unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen sowie professionsethischer Grundwerte.
- gestaltet nachhaltig Managementprozesse mit dem Ziel der Qualitätsentwicklung und -sicherung, insbesondere der Klient\*innensicherheit sowie der Verbesserung 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 prozessuale und strukturelle Rahmenbedingungen, um Interessierten Einblick in die Handlungsfelder der Ergotherapie zu ermöglichen.
- baut die eigenen Kompetenzen zur Selbstorganisation und zum Management kontinuierlich aus.

## 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 der 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 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 engagieren sich für die Anwendung und die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse innerhalb der Ergotherapie, überprüfen diese vor ihrer Nutzung durch kritische Evaluation, und tragen zu ihrer Verbreitung bei. Ergotherapeut\*innen vermitteln spezifisches ergotherapeutisches Wissen.

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.
- vermittelt 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 professionsethischer 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.

## Literaturverzeichnis

- Abels, Heinz (2007). Einführung in die Soziologie. Bd.1. Der Blick auf die Gesellschaft (3.Auflage). Wiesbaden: VS.
- Boyt Schell, B.A. (2014). Professional reasoning in practice. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. E. Scaffa (Eds), Willard and Spackman's occupational therapy (12th ed., pp. 384-397). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bullinger, M., Siegrist, J. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). (2000). Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.)(2013). Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen: Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur-Zuordnungen-Verfahren-Zuständigkeiten. Berlin: k.V.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.)(2011). Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011. Berlin: k.V.
- Claessens, D. (1974). Rolle und Macht. München: Juventa.
- Claudiana (Projekträger)(2007). Berufsverbände der jeweiligen Länder und Vertreterinnen aus Südtirol: Ergotherapie. Was bietet sie heute und in Zukunft? Bozen: k.V.
- Erpenbeck, J., Sauer, J.M. (2007). Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm Lernkultur Kompetenzentwicklung. In: Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hg.). Kompetenzentwicklung 2000. Lernen im Wandel – Wandel durch Lernen. Münster: Waxmann.
- Erpenbeck, J., von Rosenstiel, L. (Hg.)(2007). Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Forster, E. (2014). Reflexivität. In: Wulf C., Zirfas, J. (Hrsg.). Handbuch Pädagogische Anthropologie (S. 589-597). Wiesbaden: Springer.
- 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.
- Hartig, J, Klieme, E. (Hg.)(2007). Möglichkeiten und Voraussetzungen technologiebasierter Kompetenzdiagnostik. Bildungsforschung Band 20, Hg: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.). Bonn, Berlin: k.V.
- Herriger, Norbert (2006). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jerosch-Herold, Ch., Marotzki, U., Stubner, B., Weber, P. (2009). Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. (3., überarbeitete Auflage). 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 (Hg.). Berlin, k.V.
- Kielhofner, G. (2009). Conceptual foundations of occupational therapy practice. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Koch, S. (2011). Selbstgesteuertes Lernen und dessen Bedeutung für eine zeitgemäße Personalentwicklung. München/Mering: Rainer Hampp.
- Kuhn, T. (2009). Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. (2. revidierte Auflage 1976). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Leutner, D., Klieme, E., Fleischer, J., Kuper, H. (Hg.)(2013). Kompetenzmodelle zur Erfassung individueller Lernergebnisse und zur Bilanzierung von Bildungsprozessen. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. Sonderheft 18/2013. Wiesbaden: Springer.
- Mangold, S. (2011). Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie. Berlin: Springer.
- Marotzki, U., Reichel, K. (Hrsg.)(2018). Das Framework der AOTA. Bern: Hogrefe.
- Oelschlägel, D. (2001). Gemeinwesenarbeit. In: Otto, H. U., Thiersch, H. (Hrsg.). Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. S. 653-659. Neuwied: Luchterhand.
- Pant, H.A. (2012) Das Kompetenzkonzept der Bildungsstandards und die Entwicklung von Kompetenzstufenmodellen. In: P. Stanat, H. A. Pant, K.Böhme & D. Richter (Hg.). Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern am Ende der vierten Jahrgangsstufe in den Fächern Deutsch und Mathematik. Münster: Waxmann.
- Petzold, H., Mathias, U. (1982). Rollenentwicklung und Identität. Paderborn: Junfermann.
- Preißer, R, Völzke, R. (2007). Kompetenzbilanzierung – Hintergründe, Verfahren, Entwicklungsnotwendigkeiten. In: REPORT (30) 1/2007
- Pundt, J. (2006). (Hrsg.). Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema. (S. 7-20). Bern: Hans Huber.
- 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.
- 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.
- Schewior-Popp, S. (2005). Lernsituationen planen und gestalten. Stuttgart: Thieme.
- Schmidbauer, K., Knödler-Bunte, E. (2004). Das Kommunikationskonzept. Konzepte entwickeln und präsentieren. Potsdam: University press.
- Schreyögg, A. (1991). Supervision, Ein integratives Modell. Paderborn: Junfermann.
- Schuntermann, M. (2005). Einführung in die ICF. Landsberg: ecomed MEDIZIN.
- Sørensen, K. van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. European Consortium Health Literacy Project. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. MC Public Health, 12, 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

- Strauch, A., Jütten, S., Mania, E. (2009). Kompetenz erfassung in der Weiterbildung. Instrumente und Methoden situativ anwenden. Reihe Perspektive Praxis, hrsg. vom DIE. Bielefeld, k.V.
- Tillmann, K.-J. (2000). Sozialisierungstheorien. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Townsend, E., Polatajko, H. (2013). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being & justice through occupation (2. Auflage). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Unger, A., Grunau, J., Bals, Th. (eingesehen am 13.11.2010) Ausbildungsqualität in Gesundheitsberufen – Ergebnisse aus den Projekten „AQiG“ und „AQiG Reloaded“.
- Universidad de Deusto (Hg.) (2008). TUNING Project. Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy. Bilbao: k.V.
- Weinert, F.E. (Hg.) (2001). Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim und Basel: Beltz.

## Internetquellen

- Autorenrichtlinie des Journal of Interprofessional Care. URL: <http://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?journalCode=ijic20&page=instructions#.Vsrd3CwwfGE> [25-05-2018]; deutsche Übersetzung URL: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2016-33/zma001035.shtml> [25-05-2018]
- Bundesärztekammer (2004). Arbeitskreis „Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat. Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. URL: <http://www.versorgungsforschung-deutschland.de/Definition.pdf> [25-05-2018]
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Österreich (Hg.). Gesundheit und Gesundheitsförderung. URL: [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung#fo](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung#fo) [03-05-2018]
- Bundeszentrale für politische Bildung (2018). Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen – Überblick. URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72722/ueberblick> [25-05-2018]
- Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) (2014). URL: <http://www.dqr.de/index.php> [22-05-2018]
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hg.) (2017a). Entwurf Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV). URL: [https://www.dve.info/attachments/article/253/ErgThAPrV\\_Homepage.pdf](https://www.dve.info/attachments/article/253/ErgThAPrV_Homepage.pdf) [03-05-2018]
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hg.) (2017b). Entwurf eines neuen Gesetzes über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz, ErgThG). URL: [https://www.dve.info/attachments/article/253/ErgThG\\_Homepage.pdf](https://www.dve.info/attachments/article/253/ErgThG_Homepage.pdf) [03-05-2018]
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hg.) (2016). Empfehlungen zur Einrichtung primärqualifizierender ergotherapeutischer Studiengänge. URL: <https://dve.info/aus-und-weiterbildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung/empfehlungen-zur-einrichtung-von-studiengaengen/file> [25-05-2018]
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hg.) (2014). DVE-Bildungskonzept. Karlsbad 2014. URL: <https://dve.info/aus-und-weiterbildung/bildungskonzept> [23-05-2018]
- Duden online (o. J.). „Kommunikationsmittel“; „Kommunikationstechnik“ auf Duden online. URL: <https://www.duden.de/node/711833/revisions/1639390/view> [23-05-2018]
- Gabler Wirtschaftslexikon (o. J.). „Kommunikationsstrategie“ auf Gabler Wirtschaftslexikon. URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/kommunikationsstrategie-37461> [23-05-2018]
- Hensge, K., Lorig, B., Schreiber, D. (2009). Kompetenzorientierung in der Berufsausbildung. Wege zur Gestaltung kompetenzbasierter Ausbildungsordnungen. Abschlussbericht, URL: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/en/publication/download/1586> [23-05-2018]
- Hochschulrektorenkonferenz (2012) (Hg.). Fachgutachten zur Kompetenzorientierung in Studium und Lehre. Projekt nexus. URL: [http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/fachgutachten\\_kompetenzorientierung.pdf](http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/fachgutachten_kompetenzorientierung.pdf) [29-04-2015].
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (2014)(Hg.). Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThG-FB). Berlin 2014. URL: [http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR\\_ThGFB\\_%20HVG\\_2014\\_final.pdf](http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf) [09-08-2017]
- Institut für praktische Interdisziplinarität (2018). Kompetenzrahmen. Definition Domäne. URL: <http://www.kompetenzrahmen.de/101-0-Domne.html> [22-05-2018]
- TUNING PROJECT 2008. Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy. URL: [http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/OCCUPATIONAL\\_THERAPY\\_FOR\\_WEBSITE.pdf](http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/OCCUPATIONAL_THERAPY_FOR_WEBSITE.pdf) [09-08-2017]
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (Hg.). Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten. Revision 2016. URL: <https://dve.info/aus-und-weiterbildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung/wfot-mindeststandards-für-die-ausbildung-von-ergotherapeuten/file> [25-05-2018]
- World Health Organisation (WHO)(1948). Übersetzung der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation von 2014. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> [25-05-2018]
- World Health Organisation (WH) Regionalbüro Europa (2018). Gesundheit 2020 und die Bedeutung der Messung von Wohlbefinden. Faktenblatt. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/185310/Health-2020-and-the-case-Fact-Sheet-Ger-final.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/185310/Health-2020-and-the-case-Fact-Sheet-Ger-final.pdf?ua=1) [25-05-2018]

## 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.

### Auszubildende

Als Auszubildende werden in diesem Kompetenzprofil alle Auszubildenden, unabhängig von der zugehörigen Bildungseinrichtung verstanden. D. h. der Begriff der Auszubildenden umfasst sowohl berufsfachschulische als auch hochschulische Auszubildende.

### Barrieren

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

### Betätigung

„Alltägliche Aktivitäten, an denen sich Menschen beteiligen. Betätigung geschieht im Kontext und wird vom Zusammenspiel zwischen den Klientenfaktoren, Performanzfertigkeiten und Betätigungsmustern beeinflusst. Betätigungen geschehen im Lauf der Zeit; sie haben einen Zweck, Bedeutung und empfundenen Nutzen für den Klienten, und sie können von anderen beobachtet werden oder nur der Person selbst bekannt sein. Betätigungen können die abschließende Ausführung mehrerer Aktivitäten beinhalten und zu verschiedenen Ergebnissen führen.“ (Marotzki & Reichel, 2018, S. 157).

### 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, Selbsthilfeeinrichtungen u. a.

### Empowerment

„Empowerment zielt auf die (Wieder-)Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags.“ (Herriger 2006, S. 20).

### Ergotherapeutischer Prozess

Prozess:

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

### Ergotherapeutische Intervention

Unter dem Begriff ergotherapeutische Intervention werden alle berufspraktischen Handlungen von Ergotherapeut\*innen subsumiert. Diese umfassen damit z. B. beratende, behandelnde, evaluierende und organisierende Handlungen von Ergotherapeut\*innen.

### Evidenz, interne und externe Evidenzbasierung

„Evidenzbasierte Medizin (EbM = beweisgestützte Medizin) ist [...] der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.“ (www.ebm-netzwerk.de)

„Bewusster, expliziter und angemessener Einsatz der gegenwärtig besten Evidenz bei Entscheidungen über die medizinische Versorgung einzelner Patienten. EBM zu praktizieren bedeutet, die individuelle klinische Erfahrung [sowie die Werte und Interessen von Patienten (Sackett)] mit den besten zur Verfügung stehenden externen Nachweisen aus der systematischen Forschung zu integrieren.“ (Mangold, 2011, S. 36)

„die Integration der besten recherchierten Evidenz mit der klinischen Expertise und den Vorlieben und Werten der Patienten“ (Sackett, zitiert nach Schell & Schell, 2008)

- Den Patienten gegenüber haben wir die Verpflichtung, die aktuellsten Informationen in unserem Handeln zu nutzen.
- Kostenträger erwarten Evidenznachweise für ergotherapeutisches Handeln. (Schell & Schell, 2008)

### Förderfaktoren

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

### Gesellschaft

Der Begriff der Gesellschaft wird sehr unterschiedlich aufgefasst. Im hier vorliegenden Kompetenzprofil Ergotherapie wird Gesellschaft als eine Menge von Menschen verstanden, die sich durch dauerhaftes, strukturiertes menschliches Zusammenleben auszeichnen (vgl. Simmel zit. nach Abels 2007, S. 99).

### Gesundheit

Gesundheitsdefinition der WHO 1948:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO 1948)

Mit dieser Definition löste die WHO Gesundheit aus einer rein biomedizinischen Sichtweise und aus den engen Bezügen des professionellen Krankheitssystems. Gesundheit ist kein einmal erreichter und dann unveränderlicher „Zustand“, sondern eine lebensgeschichtlich und alltäglich immer wieder neu und aktiv herzustellende „Balance“. (Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Österreich, o. A.)

### **Gemeinwesen(orientierung)**

Angelehnt an Oelschlägel (in Otto/Thiersch 2001, S. 653) 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 Bewohnerinnen und Bewohner der regionalen Gruppierung in den Blick nehmen.

### **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)

### **Gesundheitskompetenz**

„Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen sowie die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in gesundheitsrelevanten Bereichen Entscheidungen treffen zu können.“ (Sørensen et al., 2012).

### **Handlungsfeld**

„Handlungsfelder sind zusammengehörige Aufgabenkomplexe mit beruflichen sowie lebens- und gesellschaftsbedeutsamen Handlungssituationen, zu deren Bewältigung befähigt werden soll. Handlungsfelder sind mehrdimensional, indem sie stets berufliche, gesellschaftliche und individuelle Problemstellungen miteinander verknüpfen. Die Gewichtung der einzelnen Dimensionen kann dabei variieren. Eine Trennung der drei Dimensionen hat nur analytischen Charakter.“ (Schewior-Popp, 2005, S. 7).

### **Interdisziplinär/-professionell**

„Interdisziplinäre Teamarbeit ist vom Ansatz her ähnlich der interprofessionellen Teamarbeit (siehe unten) aber unterscheidet sich dadurch, dass die Teammitglieder aus Individuen unterschiedlicher Disziplinen zusammengestellt sind wie z.B. der Psychologie, der Anthropologie und der Geographie.“ (Autorenrichtlinie des Journal of Interprofessional Care; deutsche Übersetzung)

„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 loserer Strukturen und voneinander unabhängig zusammenarbeiten.“ (Autorenrichtlinie des Journal of Interprofessional Care; deutsche Übersetzung)

„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.“ (Autorenrichtlinie des Journal of Interprofessional Care; deutsche Übersetzung)

„Intraprofessionell ist ein Begriff, der jede Handlung beschreibt, die von Personen innerhalb derselben Profession/Gesundheitsberuf ausgeführt wird.“ (Autorenrichtlinie des Journal of Interprofessional Care; deutsche Übersetzung)

### **Intervention/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 Marotzki & Reichel, 2018, S. 159)

### **Interventionskonzept**

Gemeinsamer Plan aller Beteiligten zur Umsetzung von Interventionen von Klient\*innen.

### **Klientenzentrierung**

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.“ (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).“ (Marotzki & Reichel, 2018, S. 160).

### **Kommunikationsmaßnahme**

Ist die konkrete Kommunikationsaktivität und damit das konkrete Werkzeug aus dem Instrumentarium der Kommunikation (vgl. Schmidbauer/Knödler-Bunte 2004, S. 179).

### **Kommunikationsmedien**

Ist ein Kommunikationsmittel beliebiger Art zwischen Sender und Empfänger.

### **Kommunikationsmittel**

Ist ein (technisches) Hilfsmittel, das der allgemeinen Kommunikation dient (Duden o. J.).

### **Kommunikationsstrategie**

Maßnahmen grundsätzlicher Art zur Erreichung von Kommunikationszielen (Gabler Wirtschaftslexikon o.J.).

### **Kommunikationstechnik**

Der Kommunikation dienende Technik (Duden o. J.).

### **Kompetente Praxis**

Angelehnt an Klafkis Kompetenzmodell wird hierunter die Summe der Fähigkeiten und Fertigkeiten (einschließlich der Volition) verstanden, auf die Berufspraxis bezogene Probleme und Fragestellungen zu lösen.

### **Kontextbasierung**

#### **Kontext**

Eine Reihe von miteinander verbundenen Gegebenheiten innerhalb des und um den Klienten herum, die Performanz beeinflussen, auch den kulturellen, personenbezogenen, zeitlichen und virtuellen Kontext. (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.“ (Marotzki & Reichel, 2018, S. 160).

#### **Personenbezogener Kontext**

„Merkmale eines Menschen, die nicht Teil seines Gesundheitszustandes oder –status sind“ (WHO, 2001, S. 17). Zum personenbezogenen Kontext gehören, Alter, Geschlecht, sozioökonomischer und Bildungsstatus, er kann auch Gruppenmitgliedschaft (z. B. Ehrenamtlicher, Angestellter) oder einer Populationsmitgliedschaft einschließen (z. B. Gesellschaftsmitglied). (Marotzki & Reichel, 2018, S. 161).

#### **Kontextfaktoren in der ICF**

„... alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren gegliedert. (Schuntermann, 2005, S. 21).

### **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 (Bullinger, 2000). Lebensqualität kann hierbei entweder bereichsübergreifend (z. B. allgemeine Lebenszufriedenheit) oder bereichsspezifisch (z. B. berufliche Lebensqualität) erfasst werden.“ (Freund & Ziegelmann, 2009, S. 476)

„Gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist ein Konstrukt, das nicht direkt beobachtbar, sondern lediglich indirekt über die Verwendung von Indikatoren erschlossen werden kann.“ (Bullinger, et al., 2000, S. 12).

„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).“ (Marotzki & Reichel, 2018, S. 160).

### **Lernbedarf**

Selbst- und/oder fremdidentifizierter Bedarf eines Lernenden, um definierte Lernziele zu erreichen (vgl. Koch 2011, S. 12).

### **Mikro-, Meso-, Makroebene**

„Die obere Ebene (Makroebene) bilden die staatlichen Akteure. Diese regulieren das Verhalten der übrigen Akteure, indem sie Gesetze und Verordnungen verabschieden sowie deren Einhaltung überwachen.

Dazwischen befindet sich die Mesoebene, die aus den Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie aus „freien“ Organisationen und Institutionen besteht.

Die unterste Ebene (Mikroebene) besteht aus den Individualakteuren. Sie bieten Gesundheitsgüter an oder fragen sie nach und müssen dabei die gesetzlichen Bestimmungen beachten.“ (Bundeszentrale für politische Bildung 2018)

### **Paradigma**

„Konsens über die grundlegendsten Überzeugungen und Annahmen auf einem Gebiet. Das Paradigma eines Berufs bietet eine vereinheitlichte Struktur und ein Muster für die Praxis.“ (Jerosch-Herold, et al., 2009, S. 42)

„Ein Paradigma steht für die ganze Konstellation von Meinungen, Werten, Methoden usw., die von den Mitgliedern einer gegebenen Gemeinschaft geteilt werden.

Ein Paradigma ist das, was den Mitgliedern einer Gemeinschaft gemeinsam ist, und umgekehrt besteht eine wissenschaftliche Gemeinschaft aus Menschen, die ein Paradigma teilen. Paradigmata erlangen ihren Status, weil sie

bei der Lösung einiger Probleme, welche ein Kreis von Fachleuten als brennend erkannt hat, erfolgreicher sind, als die mit ihnen konkurrierenden. Trotz gelegentlicher Unklarheiten können die Paradigmen einer entwickelten wissenschaftlicher Gemeinschaft relativ leicht bestimmt werden.“ (Kuhn, 2009, S. 37).

### **Partizipation (Teilhabe)[siehe „Teilhabe“]**

professionsethische Grundwerte

„Berufsethik bezeichnet den Teilbereich moralphilosophischer Theorien, der sich mit jenen Pflichten befasst, die sich aus den spezifischen Aufgaben der verschiedenen Berufe einer arbeitsteiligen Gesellschaft ergeben. An sie wird der Anspruch gestellt, fachlich-ethische Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft und der eigenen Berufsgruppe zu erhellen. Sprachlich verwandt ist die Berufsethik mit dem Berufsethos, wobei das Ethos ein „zur Gewohnheit gewordenes Handeln nach Grundsätzen und Wertungen umfasst, mit denen das Gute realisiert werden soll.“ (Scheel, 2014, S. 21)

### **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, 1994, S. 521).“ (zitiert nach Scheel, 2012, S. 20).

### **Professionelle Praxis**

Zeigt sich über die professionelle Kompetenz eines Handelnden aus. 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 Handlungsbegründungen und Entscheidungen zu verbessern. Dabei werden alltägliches und wissenschaftliches Wissen im Sinne und mit dem Ziel einer professionellen Praxis verschränkt.“ (Richter, 2018, S. 217)

### **Profilierung**

Profilbildung einer Profession in der öffentlichen Wahrnehmung.

### **Reflexive Praxis**

Angelehnt an Schällibaum wird unter der reflexiven Praxis die subjektive Reflexion des Handelnden sowie das objektiv-logische Reflexive verstanden. Während Reflexion Perspektive und Methode meint, drückt die Reflexivität im anthropologischen Sinn die Aktivität des Denkens aus. (vgl. Forster 2014, S. 589 ff.)

### **Reasoning, professionelles / klinisches**

Bezeichnet und beschreibt auf einer metakognitiven Ebene die Denk- und Entscheidungsprozesse von Ergothera-

peut\*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 gemeindenaher und Alltagskontexte (Schulen, Kindergärten, Betriebe).

### **Tätigkeitsfelder**

Als Tätigkeitsfelder werden im Kompetenzprofil Ergotherapie etablierte Handlungsfelder der Ergotherapie verstanden. Von diesem Begriff abgegrenzt werden Handlungsfelder, die nach dieser Definition auch neuere Handlungsbereiche von Ergotherapeut\*innen umfassen.

### **Teilhabe/Partizipation**

„Eingebunden-sein in eine Lebenssituation“ (WHO, 2001, S. 10, zitiert nach Marotzki & Reichel, 2018, S. 160).

Teilhabe in der ICF:

„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)

Soziale Partizipation:

„Das Verflechten von Betätigungen, um erwünschte Beteiligung an Gemeinde- und Familienaktivitäten sowie an solchen mit Freunden und Bekannten zu unterstützen“ (Gillen & Boyt Schell, 2014, S. 607); eine Untergruppe von Aktivitäten, die soziale Situationen mit anderen beinhalten (Bedell, 2012) und die soziale Wechselbeziehung unterstützen (Magasi & Hammel, 2004). Soziale Teilhabe kann persönlich oder durch Techniken auf die Entfernung wie Telefonanruf, Computerinteraktion oder Videokonferenz stattfinden.“ (Marotzki & Reichel, 2018, S. 162).

### **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 der  
Ergotherapeuten e.V. (DVE)**

Postfach 2208  
76303 Karlsbad  
Telefon 07248 9181-0  
Telefax 07248 9181-71  
E-Mail [info@dve.info](mailto:info@dve.info)  
[www.dve.info](http://www.dve.info)

Alle Angaben ohne Gewähr.  
Stand: 01. Juni 2018