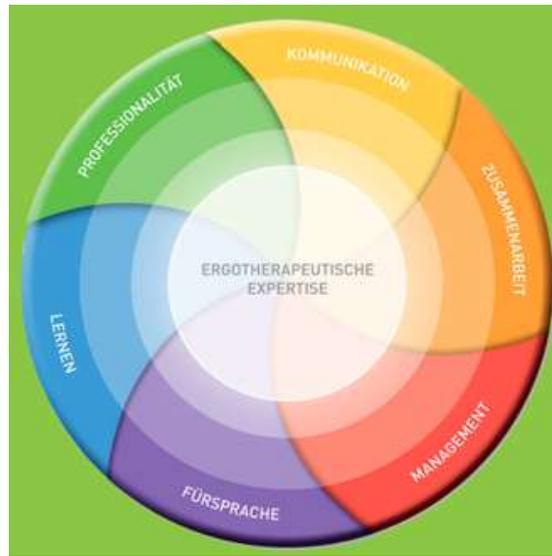


Das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019)

Eine qualitative Studie zur Umsetzung des Kompetenzprofils
in der Ergotherapie in Deutschland



Zuyd **ZU**
Hogeschool **YD**

Tatjana Heyen (1965476)

Johanna Linsmayer (1965557)

Jessica Schröder, geb. Hehemann (1965301)

Patricia Weyhrich (1967177)

Begleiterin: Esther Wendel

November 2021

Fachbereich "Gezondheidszorg"

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie

Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool.

*“Die Menschenkinder sind ja alle Brüder
Aus einem Stoff wie eines Leibes Glieder
Hat Krankheit nur einzig Glied erfasst
So bleibt anderen weder Ruh und Rast
Wenn anderer Schmerz dich nicht im Herzen brennt
Verdienst du nicht, dass man noch Mensch dich nennt.“*

Saadi (1190-1292) persischer Dichter

(Graf, 1982, Übers.)

Aus dem Gedicht: “Golsestan” (“Rosengarten”)

Dieses Zitat zielt die Eingangshalle der Vereinten Nationen (New York).

© Copyright Hogeschool Zuyd. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

Vorwort & Danksagung

Diese Bachelorarbeit entstand im Rahmen des berufsbegleitenden Studiums Bachelor für Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen, Niederlande, 2021.

Die Weiterentwicklung unseres Berufes Ergotherapie liegt uns allen sehr am Herzen und es freut uns daher, dass mit dem Kompetenzprofil Ergotherapie des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V. (DVE) aus dem Jahr 2019 ein nächster Schritt gemacht wurde. Das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) bildet die Grundlage unserer Forschungsarbeit.

Die vorliegende Arbeit richtet sich an alle Ergotherapeut*innen in Deutschland, unabhängig vom Berufsabschluss. Auch Lernende des Berufes der Ergotherapie sollen mit dieser Forschungsarbeit angesprochen werden.

Corona-Passus

Die seit Beginn 2020 durch den COVID-19 Virus verursachte pandemische Lage hat auch 2021 Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht oder nur eingeschränkt möglich. Es erforderte den jeweils aktuellen Vorgaben entsprechenden Umgang in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Umsetzung. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung zur notwendigen Norm (anstatt face-to-face Kontakt), weil der direkte Kontakt mit Klient*innen und Professionals nicht möglich war. Des Weiteren war der Zugang zu den Bibliotheken überwiegend nur online möglich. Alle methodischen Vorgehensweisen sind mit der Begleiterin der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggebenden abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Danksagung

Wir danken allen Ergotherapeut*innen, die an unserer Studie teilgenommen haben. Nur mit ihnen wurde diese Forschung möglich. Vielen Dank, dass Sie an dieser Forschung mitgewirkt und so den wesentlichsten Beitrag dazu geleistet haben.

Ein herzlicher Dank gilt unserer Bachelorbegleiterin Esther Wendel für ihre professionelle Unterstützung. Wir danken ihr für die richtungsweisenden Fragen und Anregungen sowie Zuspruch gebenden Worte während der Ausarbeitung unserer Forschungsarbeit.

Einen lieben Dank sprechen wir unseren Familien, Partner*innen und Freunden für ihre emotionale Unterstützung aus. Wir danken euch für die Versorgung mit Essen oder Kaffee während des Schreibens, für die Entlastung im Haushalt, für eure Geduld und euren Humor, wenn unser Alltag aufgrund unseres Studiums mitunter stressig war.

Ebenso danken wir Frau Hilde Harkom und weiteren Korrekturlesenden für die damit verbundene Mühe und Arbeit an unserer Studienarbeit.

Abschließend danken wir Herrn Nils Schröder für die niederländische Übersetzung des Abstracts.

Lesehinweise

Gendern

Nach Möglichkeit werden geschlechtsneutrale Formen, wie Teilnehmende oder Lehrende, verwendet. Ist dies nicht möglich oder erschwert dies die Lesbarkeit deutlich, wird zum Gendern das Binnensternchen * verwendet (Bsp.: Ergotherapeut*innen). In zusammengesetzten Wörtern wird nicht gendert (Bsp.: Klientenzentrierung). Dennoch sind auch hierbei Personen aller Geschlechter gemeint.

Personenbezeichnungen

Die Autorinnen bezeichnen sich in dieser Arbeit als Forscherinnen. Bei dieser Bezeichnung wird nicht gendert, da alle vier Forscherinnen weiblich sind.

Die Teilnehmenden werden als Teilnehmende, Studienteilnehmende oder Expert*innen bezeichnet. Zur individuellen Unterscheidung und zum Datenschutz der Teilnehmenden werden diese als TN1 bis TN7 anonymisiert.

Abkürzungen

Abkürzungen wie z. B., Bsp., bzw., etc. werden als allgemein bekannt vorausgesetzt. Fachspezifischere Abkürzungen wie DVE, BED oder DQR werden bei erster Nennung ausgeschrieben und im Abkürzungsverzeichnis in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

Hervorhebungen

Für einen besseren Überblick werden Schlagworte im Fließtext durch **Fettdruck** hervorgehoben.

Tabellen und grafische Darstellungen

Tabellen und grafische Darstellungen werden unter Angabe einer Quelle verwendet und im Tabellen- bzw. Abbildungsverzeichnis aufgeführt. Tabellen oder Darstellungen ohne Quellenangabe sind eigene Darstellungen der Forscherinnen.

Querverweise

Durch die angegebenen Querverweise werden inhaltliche Bezüge in der Forschungsarbeit dargestellt. Durch sie soll es dem Lesenden erleichtert werden, bestimmte Stellen gezielt zu finden und Zusammenhänge nachzuvollziehen. Die Querverweise werden jeweils durch einen Pfeil (→) gefolgt von einer der folgenden Kennzeichnung ersichtlich:

- Kap. 1 Hinweis auf ein Kapitel
- Abb. 1 Hinweis auf eine Abbildung
- Tab. 1 Hinweis auf eine Tabelle
- Anh.1 Hinweis auf einen Anhang

Zitate

Zitate werden zur besseren Erkennung in *kursiv* hervorgehoben.

Die Zitation von Fachliteratur erfolgt nach APA 7 (American Psychological Association, 2020).

Die Zitate der Studienteilnehmenden sind anonymisiert durch TN1 bis TN7 dargestellt. Bei direkten Zitaten werden Wortauslassungen durch ... gekennzeichnet und die Absatznummer aus der Transkription angegeben (Bsp.: TN1, Abs. 36).

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living/ Aktivitäten des täglichen Lebens
AOTA	American Occupational Therapy Association
APA	American Psychological Association
BED	Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CAOT	Canadian Occupational Therapy Association
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
DIMR	Deutsches Institut für Menschenrechte
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
EBP	Evidence-based practice/ Evidenzbasierte Praxis
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
ErgThAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten/ Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
ErgThG	Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten/ Ergotherapeutengesetz
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz

FQR-ThGFB	Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie
HVG	Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health/ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
OPM-A	Occupational Performance Modell (Austria)
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
PEO	Person Environment Occupation Model
VDES	Verband Deutscher Ergotherapie-Schulen e.V.
WHO	World Health Organisation

Abstract

Deutsch

Diese Studie hat das Ziel, Erfahrungen mit der Anwendung des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) im Arbeitsalltag von in Deutschland praktizierenden Ergotherapeut*innen zu erforschen.

Hierfür wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Es wurden semistrukturierte Interviews mit insgesamt sieben Teilnehmenden durchgeführt. Die Daten wurden anschließend anhand einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) ausgewertet.

Aus den Resultaten geht hervor, dass das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) überwiegend im Bereich Lehre eingesetzt wird. Hierfür entwickelten die Schulen interne Instrumente aufbauend auf das Kompetenzprofil. Zudem wird das Kompetenzprofil als Reflexionsinstrument hinsichtlich persönlicher Expertise genutzt.

Es wurden vielfältige Faktoren auf Mikro-, Meso- und Makroebene benannt, die die Anwendbarkeit beeinflussen können.

Das Kompetenzprofil wurde bezüglich interdisziplinärer Zusammenarbeit als hilfreich empfunden. Zudem kann dieses als Werbeinstrument nützlich sein, um den Beruf transparent darzustellen.

Schlussfolgernd kann dargelegt werden, dass es noch weiterer Entwicklung des Kompetenzprofils und Etablierungsstrategien bedarf. Diese Forschungsarbeit könnte einen Beitrag leisten, dies zu erreichen.

English

This study explores experiences with the german competence profile occupational therapy (DVE, 2019a).

A qualitative research design was chosen. Seven semi-structured interviews were conducted. The data were then evaluated using a content analysis according to Mayring (2015).

The results show that the occupational therapy competence profile (DVE, 2019a) is predominantly used in the field of teaching. For this purpose, the schools developed internal tools. In addition, the competency profile is used as a reflection tool.

Various factors at the micro-, meso- and macrolevel have been identified that may influence applicability of the competency profile.

The competency profile was found to be helpful in terms of interdisciplinary collaboration. It can also be useful as an advertising tool to make the profession transparent.

In conclusion, it can be argued, that further development of the competence profile and establishment strategies is required. This research could help to achieve this.

Nederlands

Deze studie onderzoekt ervaringen met de toepassing van het competentieprofiel ergotherapie (DVE, 2019a) in het dagelijks werk van ergotherapeuten in Duitsland.

Hiervoor werd een kwalitatieve onderzoeksopzet gekozen. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen met zeven deelnemers. De gegevens werden vervolgens geanalyseerd met behulp van een inhoudsanalyse volgens Mayring (2015).

Uit de resultaten blijkt dat het competentieprofiel ergotherapie (DVE, 2019a) overwegend wordt gebruikt op het gebied van onderwijs. Daartoe hebben de scholen interne instrumenten ontwikkeld. Daarnaast wordt het competentieprofiel gebruikt als een reflectie-instrument.

Er zijn verschillende factoren op micro-, meso- en macroniveau geïdentificeerd die de toepasbaarheid kunnen beïnvloeden.

Het competentieprofiel bleek nuttig te zijn met betrekking tot interdisciplinaire samenwerking. Bovendien kan dit nuttig zijn als promotie-instrument om het beroep op een transparente manier voor te stellen.

Concluderend kan worden gesteld dat er behoefte is aan verdere ontwikkeling van het competentieprofiel en de vestigingsstrategieën. Dit onderzoek zou daartoe kunnen bijdragen.

Informative Zusammenfassung

Die Veröffentlichung des Kompetenzprofil Ergotherapie erfolgte im Jahr 2019. Dieses wurde von der DVE-Projektgruppe “Kompetenzprofil und Modularisierung” entwickelt. Das Kompetenzprofil soll einen Konsens ergotherapeutischer Kompetenzen darstellen, die mit Abschluss einer Ausbildung erreicht werden sollen. Die Kompetenzen aus dem Profil wurden auf dem Niveau 6 des DQR (Deutscher Qualifikationsrahmen) (Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF], 2021) definiert, was einem Bachelorabschluss entspricht. Das Kompetenzprofil ist als Erstentwurf zu verstehen und soll als Orientierungsrahmen für Ausbildungsprogramme dienen (DVE, 2019a).

Neben persönlichen Erfahrungen, die die Forscherinnen in der beruflichen Laufbahn mit Vorurteilen gemacht haben, und der Thematik des Paradigmenwechsels inklusive der sechs Säulen der zeitgenössischen Ergotherapie, wurde das Kompetenzprofil als relevanter Forschungsgegenstand angesehen. Die Forscherinnen beabsichtigen mit der vorliegenden Arbeit, zur Weiterentwicklung des Kompetenzprofils einen Beitrag zu leisten. Somit soll gleichzeitig der Professionalisierungsprozess der Ergotherapie unterstützt werden.

Die Forscherinnen formulierten folgende zentrale Forschungsfrage:

“Wie erleben Ergotherapeut*innen in Deutschland die Umsetzung des Kompetenzprofil Ergotherapie vom DVE (2019a) in ihrem Arbeitsalltag?”

Im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns wurden insgesamt sieben semistrukturierte Interviews durchgeführt. Die Transkripte der Interviews wurden anschließend nach Mayring (2015) in einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet.

Aus den Resultaten der Forschungsarbeit geht hervor, dass das Kompetenzprofil überwiegend im Bereich Lehre, in Form von eigens entwickelten Ausgestaltungsinstrumenten, Anwendung findet. Im Bereich der Mikro-, Meso- und Makroebene wurden vielfältige Faktoren benannt, die die Anwendung des Kompetenzprofils beeinflussen können. Des Weiteren wurde das Kompetenzprofil verstärkt als hilfreiches Instrument empfunden, Berufsidentität zu entwickeln, interdisziplinär zu arbeiten und den Beruf transparent gegenüber berufsfremden und -angehörigen Personen darzustellen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort & Danksagung.....	III
Lesehinweise	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abstract.....	IX
Informative Zusammenfassung	XI
Inhaltsverzeichnis	XII
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1 Paradigma nach Kuhn und zeitgenössischer Transfer.....	5
2.2 Die sechs Ausgangspunkte der Ergotherapie	8
2.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland	16
2.4 Der Kompetenzbegriff.....	18
2.5 Der DVE und das Kompetenzprofil Ergotherapie	20
2.6 Mikro-, Meso- und Makroebene	25
2.7 Internationaler Bezug	26
2.8 Qualitätssicherung und Professionalisierung	32
3 Methodisches Vorgehen.....	35
3.1 Literaturrecherche	35
3.2 Forschungsdesign	41
3.3 Forschungsmethode.....	41
3.4 Ethische Prinzipien.....	42
3.5 Datenerhebung	45
3.5.1 Interviewleitfaden.....	46

3.5.2	Akquise der Studienteilnehmenden	46
3.5.3	Darstellung der Studienteilnehmenden.....	49
3.5.4	Durchführung des Pretests.....	51
3.5.5	Durchführung der Hauptstudie	53
3.5.6	Transkription der Interviews	53
3.6	Datenanalyse	54
3.6.1	Fragestellungen der Analyse	56
3.6.2	Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse.....	57
3.7	Gütekriterien qualitativer Forschung	63
4	Ergebnisse.....	65
5	Diskussion.....	90
5.1	Diskussion der 1. Leitfrage	90
5.1.1	Arbeitssetting.....	90
5.1.2	Die Kompetenz “Zusammenarbeiten”	92
5.1.3	Das Kompetenzprofil als Reflexionsinstrument.....	92
5.2	Diskussion der 2. Leitfrage	93
5.2.1	Das Kompetenzprofil im Kontext zur Mikro-, Meso- und Makroebene.....	94
5.2.2	Mikroebene.....	96
5.2.2.1	Theorie-Praxis-Transfer.....	96
5.2.3	Mesoebene	97
5.2.3.1	Professionalisierung der praktischen Ausbildung.....	97
5.2.3.2	Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	98
5.2.4	Makroebene	98
5.3	Diskussion der 3. Leitfrage	100

5.3.1	Ergotherapeutische Expertise	101
5.3.2	Voraussetzungen schaffen	101
5.4	Diskussion der Hauptforschungsfrage	103
5.5	Stärken und Limitationen der Studie.....	105
6	Schlussfolgerung & Implikationen für die Praxis.....	108
	Literaturverzeichnis	112
	Glossar	127
	Abbildungsverzeichnis	129
	Anhang.....	131
	Anhang 1 – Zeitplan Bachelorarbeit.....	131
	Anhang 2 – PI(C)O-Fragestellung und Literaturrecherche	133
	Anhang 3 – Beurteilung der Evidenzlevel nach Borgetto (Tomlin & Borgetto, 2011).....	139
	Anhang 4 – Anschreiben und Flyer zur Teilnehmendenakquise.....	142
	Anhang 5 – Einverständniserklärung der Teilnehmenden & Datenschutzerklärung	144
	Anhang 6 – Abfrage der Daten zur Person der Teilnehmenden.....	151
	Anhang 7 – Evaluation des Pretests	153
	Anhang 8 – Interviewleitfaden	154
	Anhang 9 – Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018)	156
	Anhang 10 – Transkriptionsbeispiel.....	159
	Anhang 11 – Analysebeispiel.....	160
	Anhang 12 – Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).....	164
	Anhang 13 – Kompetenzprofil Ergotherapie.....	166
	Anhang 14 – Ehrenwörtliche Erklärung der Studentinnen.....	167

1 Einleitung

Seit sich die Forscherinnen für den Beruf der Ergotherapie entschieden haben, wurden sie schon oft mit der Frage konfrontiert, was Ergotherapie genau ist und was dabei gemacht wird. Dabei erlebten die Forscherinnen auch Vorurteile und Vermischungen mit anderen Berufen. In ihrem berufsbegleitenden Studium in den Niederlanden haben die Forscherinnen die niederländischen Berufskompetenzen für Ergotherapie kennengelernt und ihren Mehrwert für sich erkannt. Daraus entstand der Wunsch, dass für die Arbeit von Ergotherapeuten*innen auch in Deutschland mehr Transparenz geschaffen wird, die Kernelemente des Berufs klarer definiert werden und damit auch die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen deutlicher wird. Da die Forscherinnen alle in Deutschland praktizieren, war es von Interesse, den Fokus auf das deutsche Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) zu legen.

Die DVE-Projektgruppe "Kompetenzprofil und Modularisierung" veröffentlichte im Jahr 2019 das Kompetenzprofil Ergotherapie. Dieses ist als erster Entwurf zu verstehen, einen Konsens der ergotherapeutischen Kompetenzen abzubilden und ein Berufsprofil zu konturieren sowie sich mit der Darstellung von unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, wie etwa dem Masterabschluss weiter beschäftigen zu müssen (DVE, 2019a). Es soll als Orientierung dafür bieten, Ausbildungsprogramme zu gestalten und das Einstiegsniveau von Berufsanfänger*innen festzulegen. Die beschriebenen Kompetenzen sind auf DQR (BMBF, 2021) - Niveau 6 (Bachelor Niveau) formuliert (DVE, 2019a). Übergeordnet hat die EU (Europäische Union) den EQR (Europäischer Qualifikationsrahmen), 2008 entwickelt, um die Qualifikationen von einzelnen Ländern untereinander vergleichbarer und verständlicher zu machen. Dabei zeigt sich, dass sich das Kompetenzprofil (DVE, 2019a) neben anderen Ländern, wie etwa Österreich, den Niederlanden, der Schweiz, Kanada und Australien an den „Canadian Medical Education Directives for Specialists“, kurz CanMEDS (Tannenbaum et. al., 2009) orientiert und sich somit an internationalen Standards ausrichtet (DVE, 2019a). Die zentrale Aufgabe des Kompetenzprofils ist es unter anderem, in Deutschland eine Verbindlichkeit von Kompetenzen zu schaffen und Mindestvoraussetzungen an Angehörige der Profession stellen zu können. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Profils betont (DVE, 2019a).

Veränderungsprozesse im Bildungssektor, insbesondere die Paradigmenverschiebung von der Input- zur Outputorientierung, die Globalisierung und eine Vereinheitlichung von Abschlüssen im internationalen Kontext begründen die Entstehung des Kompetenzprofils und zeigen den Forscherinnen die Aktualität der Auseinandersetzung mit dem Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) auf.

Um qualitativ hochwertige, klientenzentrierte und betätigungszentrierte Ergotherapie zu gewährleisten, benötigen Ergotherapeut*innen vielseitige Kompetenzen. Diese befähigen sie dazu, sich in einem immer komplexer werdenden Arbeitsfeld professionell zu positionieren (Longrée & Junge, 2014). Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen werden zu zentralen Themen der Ergotherapie innerhalb der Gesundheitsversorgung (Longrée & Junge, 2014; DVE, 2019a; Walkenhorst, 2011).

Die Professionen innerhalb der Gesundheitsfachberufe leisten hierbei einen wesentlichen Beitrag für die Gesundheitsversorgung in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], o. D.).

Diverse Aspekte, wie der demographische Wandel, der Fortschritt technologischer und wissenschaftlicher Entwicklungen, veränderte Versorgungsbedarfe und eine zunehmende Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit zeigt dies auf (Walkenhorst, 2011).

Diese Entwicklungen bedürfen Veränderungen der Qualifikationsprofile für Berufe im Gesundheitswesen, wie etwa die Akademisierung der therapeutischen Berufe (Walkenhorst, 2011). Somit befinden sich diese Berufe in einem Transitionsprozess, der detaillierte Diskussionen verschiedener Disziplinen verlangt (Walkenhorst, 2011).

Auch diverse Ausbildungswege wie Ausbildung, duales Studium oder grundständiges Studium, bedingen in Deutschland ein Nebeneinander von “verschiedenen Kompetenzprofilen in verschiedenen Tätigkeitsfeldern und Ebenen” (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2017).

Diese heterogene Ausbildungssituation führt zu schwankenden Berufsidentitäten der Ergotherapeut*innen in Deutschland. Ebenso existiert ein uneinheitliches Bild des Berufes in der Bevölkerung (Kufner & Scholz-Schwärzler, 2017). Der DVE stellt dar, dass diese heterogene Ausbildungslandschaft in der Ergotherapie eine Formulierung eines eindeutigen

Qualifikationsprofils erschwert. Dies ist ein hinderlicher Faktor für die Weiterentwicklung der Ausbildung und einer qualitativen, zukunftsorientierten Klientenversorgung (DVE, 2019a).

In Deutschland wandelt sich die Ergotherapie von einem Ausbildungsberuf zu einer vielseitigen Profession. Mit Anspruch an wissenschaftlich fundierte Kompetenzen bleiben sie nicht Therapie- ausführende, sondern werden zu Mitgestaltern*innen innerhalb des Gesundheitswesens (Marotzki, 2008).

Berufliche Kompetenzen können in einem Kompetenzprofil transparent dargestellt werden (Harms et. al., 2018). Ergotherapeutische Tätigkeitsbereiche werden durch die Darstellung von Kompetenzen ableitbar, können zusammengeführt werden oder sich von anderen Berufen abgrenzen (DVE, 2019a). Im Gesundheits- und Sozialwesen kann die Position der Ergotherapie durch Kompetenzprofile erhöht werden (Harms et. al., 2018).

Mit dieser Arbeit wollen die Forscherinnen einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Etablierung des Kompetenzprofils in Deutschland und dessen Berufsbildes beitragen.

Der zentrale Fokus dieser Forschung liegt dabei nicht auf die Umsetzbarkeit der einzelnen Kompetenzen, sondern auf dem globalen Nutzen des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) unter Berücksichtigung der Mikro-, Meso- und Makroebene.

Hierbei haben die Forscherinnen folgende Forschungsfrage ausgearbeitet:

“Wie erleben Ergotherapeut*innen in Deutschland die Umsetzung des Kompetenzprofil Ergotherapie vom DVE (2019a) in ihrem Arbeitsalltag?”

Folgende Leitfragen sollen hierbei zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen:

1. Wie setzen Ergotherapeut*innen das Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019a) in Deutschland in ihrem Arbeitsalltag ein?
2. Wie beeinflussen fördernde oder hemmende Faktoren (auf Mikro-, Meso- und Makroebene) die Anwendbarkeit des Kompetenzprofils im deutschen Arbeitskontext?
3. In welchen Situationen haben Ergotherapeut*innen in Deutschland das Kompetenzprofil Ergotherapie in ihrer Arbeit als hilfreich und unterstützend erlebt (Fallbeispiele)?

Ziel der Bachelorarbeit ist es herauszufinden, wie das Kompetenzprofil vom DVE (2019a) von in Deutschland praktizierenden Ergotherapeut*innen 2021 aktuell im Berufsalltag eingesetzt wird und wie der Einsatz des Profils erlebt wird. Mit dieser Studienarbeit möchten die Forscherinnen dazu beitragen, die Anwendbarkeit des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten und anhand von Praxisbeispielen den Einsatz des Kompetenzprofils anschaulich darzustellen.

In dieser Forschungsarbeit wird zunächst der theoretische Hintergrund zum Forschungsthema dargelegt. Es wird der Transfer vom Begriff des Paradigmas nach Kuhn (1970) zur modernen Ergotherapie und deren Ausgangspunkte, sowie zur akademischen Entwicklung der Ergotherapie in Deutschland gezogen. Zentrales Thema ist das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) und die damit verbundenen Begrifflichkeiten und Bezugsthemen hinsichtlich der Mikro-, Meso- und Makroebene. Des Weiteren werden Aspekte der Professionalisierung und Qualitätssicherung beleuchtet, sowie ein internationaler Abgleich mit dem ergotherapeutischen Kompetenzprofil aus Österreich dargestellt.

Weiterführend wird das methodische Vorgehen der Datenerhebung beschrieben und die Ergebnisse dargestellt.

Die Ergebnisse werden anschließend unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes diskutiert.

Abschließend wird die Beantwortung der Forschungsfrage dargelegt und daraus Implikationen für die Praxis erörtert sowie ein Ausblick für weitere Forschungsanknüpfungen skizziert.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund bildet die Basis dieser Forschung. Im Folgenden werden Themen, die aufeinander aufbauend die Problematiken und Wissenslücken zum Forschungsthema beleuchten sollen, behandelt. Es soll ein Überblick über die miteinander verwobenen Aspekte hinsichtlich der Relevanz des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) gegeben werden. Hierbei wird eine Studie beispielhaft im Fließtext dieser Arbeit nach Tomlin & Borgetto (2011) eingeordnet. Die Zuordnung der weiteren genannten Studien sind dem Anhang dieser Arbeit zu entnehmen.

2.1 Paradigma nach Kuhn und zeitgenössischer Transfer

In diesem Kapitel geht es um den Begriff des Paradigmas. Dabei wird die Begriffsdefinition nach Kuhn (1970) hinzugezogen und ein Transfer vom Paradigma zur deutschen Ergotherapie hergestellt.

Das griechische Wort für Paradigma “παράδειγμα” kann mit Beispiel, Muster oder auch Vorbild übersetzt werden. Bildungssprachlich gibt es Aufschluss über eine grundsätzliche Welt-sicht oder die Gesamtheit von Grundsätzen, die innerhalb eines Bereiches Gültigkeit aufzeigen (Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache [DWDS], o.D.a).

Paradigma im Kontext der Wissenschaftstheorie kann sowohl als methodologisches Konzept, als auch als intuitive Grundeinstellung zu Phänomenen gesehen werden (Gabler Wirtschaftslexikon [GWL], o.D.).

Die Vorstellung von Paradigmen als Modell konkreter wissenschaftlicher Problemlösungen, als zentrales Kernelement der zu beschreibenden Naturwissenschaften, zeigt die Geburtsstunde des Begriffes Paradigma nach Kuhn auf (Hoyningen-Huene, 1997).

Kuhn stellt den Grundannahmen der vorherigen Wissenschaft des logischen Empirismus ein neues Verständnis entgegen, indem er Wissenschaft deskriptiv und diachronisch beschreibt. Deskriptive Wissenschaft bedeutet, dass die Wissenschaft so wie sie ist, beschrieben wird und nicht wie sie nach Vorgaben beschrieben werden soll. Durch eine diachronische Perspektive

auf die Wissenschaft wird auch die Entwicklung dieser einbezogen (Kornmesser & Büttemeyer, 2020). Ein Paradigmenwechsel sieht Kuhn (1970) als wissenschaftliche Revolution und eine Art Erklärungsmodell. Die Gemeinschaft derselben wissenschaftlichen Disziplin, der “science-community” befindet sich in verschiedenen Stadien ihrer Auseinandersetzung mit der Wissenschaft. Wenn alle Aspekte einer wissenschaftlichen Disziplin ausgeschöpft sind, geht dies mit einer Krise einher, welche eine Revolution dieser nun alten Wissenschaft bedingt. Neue Ansichten und Grundannahmen zeigen den Paradigmenwechsel auf, bis eine neue Krise aufwartet (Chalmers, 2001; Mentrup, 2013).

Das Modell der menschlichen Betätigung - “The Model Of Human Occupation”, kurz MOHO (Kielhofner & Burke, 1980), zeigt die Beschreibung eines ersten Betätigungsparadigmas, auch als Berufsmodell bezeichnet, basierend auf den Wissenschaftstheorien Kuhns, für die Ergotherapie auf. Das MOHO (Kielhofner & Burke, 1980) wurde als offenes System konzipiert, aus welchem neue Ideen und Konzepte generierbar sind. Nach Kielhofner (2009) zeigt Paradigma den berufsspezifischen Gegenstandsbereich und die Perspektive darauf auf. Es zeigt, welche berufsspezifischen Grundannahmen und Sichtweisen die ergotherapeutische Disziplin teilt und hat den Zweck, die Profession bezüglich ihrer Ansichten zu einen.

Das Paradigma der Partizipation Anfang der 2000er Jahre, legte den Fokus wieder auf die Kernelemente der betätigungs- und klientenzentrierten Ergotherapie (Le Grange et al., 2019; Hagedorn; 2000).

Die Besinnung zurück zur ganzheitlichen und holistischen Denkansschauungen erklärt sich als Reaktion zur Ablösung des vorigen, bis in die 80er Jahre bestehenden, mechanistischen Paradigmas und der damit verbundenen Dominanz der biomedizinischen Sicht des Gesundheitswesens (Mentrup, 2013).

Die “motorisch-funktionelle Behandlung” wird aus diesem Paradigma in die Gegenwart getragen, wo sie bis heute in der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) (WHO, o. D.) und den Heilmittelrichtlinien Bestand hat. Die ”World Health Organisation” (WHO) stützt mit der ICF das gegenwärtige Paradigma, indem sie dieses als biopsychosoziales Model ergänzt und die Aktivität und Teilhabe des Menschen in das Zentrum des alltäglichen Lebens stellt (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], 2005). Ebenso hatte die

zunehmende Bedeutung von Sozialwissenschaften auch in der Ergotherapie zur Bildung des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas der Partizipation beigetragen (Mentrup, 2013).

Die "Two-Body-Practice" als integrativer Ansatz (Creek & Lawson-Porter, 2007) stellt den empirisch analytischen Bezugsrahmen als auch den interpretativen Bezugsrahmen als Grundlage des professionellen Reasonings dar.

Auf globaler Ebene ist ein Einflussfaktor auf das Paradigma der Beitritt Deutschlands 2009 an den Konventionen der Vereinten Nationen, in dem es gesellschaftliche Teilhabe als Menschenrecht aufzeigt (Deutsches Institut für Menschenrechte [DIMR], 2021) Somit wird gesellschaftliche Teilhabe zu einem Bestandteil der sozialen Gerechtigkeit.

Eine zentrale Grundannahme der Ergotherapie ist, dass das Ausführen von Betätigung und das Eingebundensein in diese eine positive Auswirkung auf die Gesundheit hat (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2015). Die "Betätigung" stellt so die Kerndomäne der Ergotherapie dar. Pott & Weber (2011) benennen Lebensqualität, Wohlbefinden, Partizipation und Inklusion als zentrale Schlüsselbegriffe des Gesundheitssystems. Ihre Fragestellungen, nach welchen Wertevorstellungen, durch welche gesundheitswissenschaftlichen Entwicklungen und in welchem Paradigma sich die Ergotherapie weiterentwickelt, sind auch 10 Jahre später hochaktuell.

Die Vision vom DVE, dass im Jahre 2020 Ergotherapie klientenzentriert, betätigungs- und adressatenorientiert ist, zeigt sich in der Praxis mitunter wenig (Bühler et al., 2021). Paradigma ist auch immer an berufliche Kompetenzen der Praktiker geknüpft. Ein Kompetenzprofil, kann dazu verhelfen, den Paradigmenwechsel zwischen funktionaler und betätigungsbasierter Ergotherapie zu vollziehen (Bühler et al., 2021).

Diese Grundannahmen zeigen den Paradigmenwechsel in dieser Denkweise an.

Bis heute ist es der deutschen Ergotherapie nicht gelungen, ein einheitliches Berufsbild zu zeichnen (von der Heyden, 2013). Die Ursachen dafür sind unterschiedlich. Die Ergotherapie hat ihre Wurzeln in unterschiedlichen Kontexten. Zum einen nach dem 2. Weltkrieg zur Wiederherstellung von Kriegsveteranen, zum anderen als tagesstrukturierende Beschäftigung von psychisch kranken Menschen oder Tuberkulosekranken in Krankenhäusern. Die unterschiedlichen Wurzeln treten heute noch in einigen Tätigkeitsfeldern der Ergotherapie hervor. Zudem

haben einige Ergotherapie-Fachschulen das Ausbildungsprogramm deutlich im motorisch-funktionellen oder psychosozialen Bereich fokussiert (von der Heyden, 2013).

Laut Beyermann (2001) besteht das Hauptproblem darin, dass sich die Ergotherapie aus Vertreter*innen unterschiedlicher Generationen zusammensetzt, die trotz des Wandels des ergotherapeutischen Paradigmas unterschiedliche Berufsbilder besitzen, die vom eigenen Tätigkeitsfeld und des für sie zuvor herrschendem Paradigma geprägt wurden. Zudem fehlt es an theoretischen Grundlagen, da die Ergotherapie von den Berufsangehörigen als praxisnaher Beruf verstanden worden ist.

Dies stellt bis heute eine Lücke im Theorie- und Praxistransfer in Deutschland dar. Mit der Etablierung des Kompetenzprofils (DVE, 2019a), wird die ergotherapeutische Expertise dargestellt. Ebenso verhilft das Kompetenzprofil zu Berufsidentität und Professionalisierung (Kaldewei, 2019).

Praxis- und Theorieinhalte sowie ergotherapeutische Grundannahmen und Werte in einer gemeinsamen Terminologie herauszubilden, zeigt das Kompetenzprofil auf (→ Kap. 2.5) und trägt dazu bei, das zeitgenössische Paradigma von der Theorie in die Praxis zu tragen.

2.2 Die sechs Ausgangspunkte der Ergotherapie

Dieses Kapitel stellt die sechs Ausgangspunkte der Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma dar.

Die Berufsidentität der Forscherinnen wurde in ihrem Studium in den Niederlanden professionalisiert und bildet somit die wissenschaftliche Lebenswelt der Studentinnen ab.

Die Forscherinnen beziehen sich so auf die Konzepte der Ausgangspunkte der Ergotherapie aus den Niederlanden.

Eng mit dem Paradigma und der Kerndomäne sind die Ausgangspunkte der Ergotherapie, die in den Niederlanden (NL), zunächst als vier und nun als sechs Säulen der Ergotherapie konzipiert wurden, verbunden. Dabei wurden die ersten vier im Berufsprofil (NL) beschrieben. Diese sind die "Klientenzentrierung, Betätigungsbasierung, Evidenzbasierung, Kontextbasierung

(van Hartingsveldt et al., 2010). Die Populationsbasierung und die Technologiebasierung wurden aufgrund neuer Erkenntnisse ergänzt (Cup & van Hartingsveldt, 2019).

Die Klientenzentrierung

Die Klientenzentrierung wird in der Ergotherapie als zentrales Konzept verstanden, in welchem der "Patient zum Klienten" wird und mit seinen Wünschen, Bedürfnissen und Betätigungswünschen im Zentrum des therapeutischen Prozesses steht (Fischer, 2018). Klientenzentrierung stellt die ganzheitliche Sichtweise und die individuelle Vorgehensweise dar (Sumsion, 2002).

Die Klientenzentrierung bedient sich der Annahmen der humanistischen Psychologie und basiert auf der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers (1983). Die drei Grundhaltungen sind hierbei Kongruenz, Wertschätzung und Empathie. Die Kongruenz stellt die Echtheit von einem*r Therapeut*in gegenüber eines*r Klient*in dar. Die Wertschätzung meint die bedingungslose positive Wertschätzung des Therapeuten gegenüber dem Klienten. Diese werden komplementiert durch die Empathie, was Rogers als einfühlsames Verstehen des Therapeuten gegenüber dem Klienten in dessen Lebenswelt beschreibt Rogers, (1983).

Die Grundpostulate der humanistischen Psychologie zeigen hierbei die Übereinstimmungen zu der ergotherapeutischen, ganzheitlichen und humanen Sichtweise auf (Jerusalem, 2016)

Hierzu zählt Jerusalem (2016), die Einzigartigkeit des Menschen als Beziehungswesen, der mehr ist als die Summe seiner Teile, der Mensch, welcher die Fähigkeit besitzt, frei zu wählen und Entscheidungen zu treffen und der Mensch als intentionales Wesen, das seinem Leben für ihn sinnvolle Ziele und Werte gibt und dabei nach Kreativität strebt (Jerusalem, 2016).

Der Beruf der*s Ergotherapeut*in in Deutschland wurde überwiegend aus der anglo-sächsischen Tradition geprägt. Für die Klientenzentrierung hat sich in Deutschland im ergotherapeutischen Kontext insbesondere die kanadische Sichtweise der Klientenzentrierung etabliert. Diese ist erstmals 1983 in den "Richtlinien für klientenzentrierte Praxis der Ergotherapie" vom kanadischen Berufsverband veröffentlicht worden (DNHW & CAOT, 1983) und beschreibt Konzepte der Zusammenarbeit mit den Klienten, der partizipativen Entscheidungsfindung und der Wertschätzung der Klienten unter Einbezug derer Lebenswelten (CAOT, 2012; Mroz et al., 2015). Das theoriegebundene Wissen der klientenzentrierten Vorgehensweise wird in der kanadischen

Modell-Triplette von Polatajko & Townsend (2013), mit “The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement” (CMOP-E) mit dem dazugehörigen Canadian Practice Process Framework (CPPF) und dem Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE), dargelegt. Das CMCE bietet zehn “enablement skills”, die ergotherapeutisch spezifische Fertigkeiten im Kontext des Empowerments darlegen und so die klientenzentrierte Haltung aufzeigen.

Die Enablement Skills dienen als Grundlage des kanadischen Berufsprofils. Die daraus definierten ergotherapeutischen Rollen wurden neben Deutschland auch in der Schweiz und den Niederlanden (DVE, 2019a) verwendet, um ergotherapeutisches Handeln und die damit verbundenen Rollen von Ergotherapeuten*innen erklärbar darzustellen (Weiler, 2020).

Ebenso bietet das “Canadian Occupational Performance Measurement” (Law et al., 2020) kurz COPM, ein klientenzentriertes, valides und reliables Messinstrument, zur Evaluierung von Betätigungsperformanzproblemen in den Bereichen Selbstfürsorge, Produktivität und Freizeit.

In der Studie von Christensen et al. (2018) wurde mithilfe eines Scoping Review untersucht, ob eine Verbesserung der klientenzentrierten Praxis mit dem COPM (Law et al., 2020) einhergeht.

Hierzu wurden zwölf Studien von unterschiedlichen Designs identifiziert, in welchen Praktiker das COPM in unterschiedlichen Umgebungskontexten anwendeten. Das Scoping Review zeigte, dass die Verwendung des COPM (Law et al., 2020) die klientenzentrierte Praxis verbesserte. Vor allem wurde evaluiert, dass das Bewusstsein für Perspektiven, Hoffnungen und Wünsche der Klient*innen für die Zukunft verbessert wird, wodurch eine Zusammenarbeit auf partnerschaftlicher Ebene die kollaborative Zielsetzung stärkte (Christensen et al., 2018). Als Voraussetzung einer Verbesserung der client-centered practice (CCP) sahen die Autoren vor allem professionelle Kommunikationsfähigkeiten, Machtteilung sowie institutionelles Engagement.

Nach Borgetto et. al. (2007) ordnet sich das Scoping Review auf der deskriptiven Pyramiden-
seite auf der Stufe 3 “multiple-case studies (series), normative studies, descriptive surveys” ein. Die Kategorisierung und Datenanalyse dieser Studie ist qualitativ beschreibend. Das klassische systematische Review steht in der Mitte des Pyramidenbodens auf der niedrigsten “Outcome” Darstellungsseite der Pyramide. Dies ergibt sich aus der Erkenntnistheorie und Entwicklungsmethodik nach Tomlin & Borgetto (2011). Der Unterschied zum systematischen Review besteht

hier in dem Überblick der Evidenz, unabhängig ihrer Qualität, so dass die formale Bewertung der methodischen Qualität entfällt, da dies dem Ziel, den Überblick der vorhandenen Evidenz darzustellen, widerspricht (Haupt et al., 2019).

Die Betätigungsbasierung

Die Betätigungsbasierung legt den Fokus auf das zentrale Merkmal der Ergotherapie, auf die Betätigung. Dies zeigt die Definition der Ergotherapie (DVE, 2007) auf:

“Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen”.

(DVE 08/2007)

Der Begriff ”Betätigung” zeigt gleichsam Relevanz für Berufspraktiker, etwa innerhalb betätigungsbasierter Interventionen, sowie als Forschungsgegenstand der ergotherapeutischen Disziplin der “Occupational Sciences”.

In dem Positionspapier zur Klientenzentrierung der World Federation of occupational Therapists, kurz WFOT (2010), basieren die Grundannahmen der Ergotherapie auf der Betätigungsperspektive über Menschen und Gesundheit. In diesem Kontext wird Betätigung als angeborenes Grundbedürfnis angesehen. Sie dient der Zeit- und Lebensstrukturierung, wird in ihrer Einzigartigkeit und Kontextabhängigkeit verstanden und ihr wird therapeutisches Potenzial zugeschrieben.

Auch ergotherapeutische Praxismodelle, welche sich an der Praxis orientieren und daher kein eigenes theoretisches Modell anbieten, fokussieren Betätigung als zentrales Merkmal. Das OTIPM “Occupational Therapy Intervention Process Model” (Fisher, 2018) stellt den zentralen Fokus der Betätigung durch die ergotherapeutische spezifische “Top-down” Intervention durch die Betätigungsanalyse und Betätigungsperformanzanalyse von Ergotherapeut*innen in der realen Lebenswelt ihrer Klienten*innen, dar.

Auch das “Occupational Performance Model (Austria)”, kurz OPM-A (Chapparo & Ranka, 2004), stellt die Betätigungsperformanz in den Fokus.

Das Wissen um “bedeutsame Betätigungen” in all seinen Facetten ist Inhalt der Occupational Science. Die durch die Betätigungswissenschaft erhaltenen Erkenntnisse prägen Qualität und Werte von der ergotherapeutischen Ausbildung und Praxis. Sie unterstützen evidenzbasiertes Arbeiten und das “Clinical Reasoning”. Es wird zudem die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert. Und zwar rund um das Handeln oder die Betätigung des Menschen”, (Kranz, 2017). Bei der Zielbeschreibung der Ergotherapie ergänzt DACHS (Deutschland, Austria, Schweiz, Südtirol, Claudiana 2007), ein länderübergreifendes Ergotherapieprojekt, den Aspekt der Teilhabe und Rehabilitation im Kontext der Betätigung. Dabei wird beschrieben, wie die ergotherapeutische Behandlung unter anderem zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit im Alltag und zur gesellschaftlichen Partizipation beiträgt (Claudiana, 2007). ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education, 2007) führt auch die persönlichen und soziokulturellen Aspekte der Betätigung als Komplex von Aktivitäten auf (Stadler-Grillmaier, 2007).

Das Kompetenzprofil Ergotherapie (→ Kap. 2.5) (DVE, 2019a) impliziert die sukzessive Kenntniserwerb der professionellen Berufspraktiker*innen und Berufsanwärter*innen als Expert*innen für Betätigung und deren Konzepten.

Die Evidenzbasierung

Innerhalb Deutschlands ist die evidenzbasierte Praxis (EBP), die die externe Evidenz, die interne Evidenz und die Patientenperspektive einbezieht, im Sozialgesetzbuch (SGB) V § 92,1 verankert und wird von den Krankenkassen gefordert. In der Praxis fehlen jedoch vielen Ergotherapeut*innen die fachlichen Kompetenzen oder die Zeit, evidenzbasiert zu arbeiten (Hucke & Meiling, 2019).

In der Studie von Benkler et al. (2015) wurde erforscht, welche Förderfaktoren und Barrieren sich in den Therapien des Universitätsspitals Basel ergaben, 10 Jahre nachdem dort das evidenzbasierte Arbeiten eingeführt wurde. Bei 54 Teilnehmenden wurde sichtbar, dass der häufigste intrinsische Hinderungsgrund für die Implementierung von EBP in die Arbeit die fehlende Zeit (85 %) war, gefolgt von fehlender Übertragbarkeit in die Praxis (50 %) und fehlender

klinischer Relevanz (38 %). Benkler et al. (2015) sahen vor allem Journal Clubs und interne Schulungen als bedeutsam an, um EBP in die Arbeit implementieren zu können. Nach Borgetto (2007) ordnet sich diese Studie in der Evidenzpyramide auf der quantitativen Seite des Outcomes auf der untersten Stufe “one group, pre-post studies” ein. Die statistische Auswertung der Fragebögen mit der “Clinical Trial Unit” bezogen sich dabei auf eine Gruppe Angestellte des Universitätshospitals Basel, ohne Vergleichsgruppe und Poststudie.

Der Bezug der Evidenz zum Kompetenzprofil wird besonders in der Beschreibung der Domäne “Management” (→ Kap. 2.5) deutlich, die die effektive und effiziente Umsetzung der ergotherapeutischen Tätigkeit sowie die Umsetzung und Sicherung von Qualität in der ergotherapeutischen Arbeit darstellt (DVE, 2019a).

Bei zunehmendem Kostendruck im Gesundheitswesen wird der Outcome der ergotherapeutischen Arbeit zunehmend bedeutsamer.

Die Kontextbasierung

Der Begriff Kontext wird in der Ergotherapie auch mit dem Wort „Umwelt“ oder „Umfeld“ synonym verwendet. Nach van Hartingsveldt et al. (2010) beinhaltet der Kontext all das, was in der Umgebung vorhanden ist und sich die Betätigung auswirken kann.

Dabei steht die transaktionale Interaktion zwischen Person, Betätigung und Kontext, welche komplex strukturiert ist, und in gegenseitiger Wechselwirkung steht, im Fokus (Hengelaar & van Gils, 2019). Das Person Environment Occupational (PEO) Model (Law et al., 1996) stellt diese transaktionale Interaktion dar. Durch eine andere Zeit, andere Personen oder eine unterschiedliche Umwelt wird Betätigung demnach immer wieder anders und einzigartig (Pierce, 2001).

Das beschreibende Rahmenwerk OTPF, das Occupational Therapy Practice Framework (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020), zeigt einzelne Unterteilungen von Betätigung auf. Die Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living [ADL]) und die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Instrumental Activities of Daily Living [IADL]) stellen mit Ruhe und Schlaf, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und sozialer Teilhabe den Kontext, in dem Betätigung stattfinden kann, dar. Kontext steht im OTPF (Occupational

Therapie Practice Framework, AOTA, 2020) für in Wechselwirkung stehende innere und äußere Konditionen. Nach Polatajko & Townsend, 2013 werden dem Kontext kulturelle, zeitliche und virtuelle Kategorien zugeschrieben und grenzen sich von der Umwelt, welche sich aus der physischen und sozialen Umwelt zusammensetzt, ab.

An den Kontext ist auch die berufliche Identität der Ergotherapeut*innen gekoppelt (le Granse et al., 2019). Diese steht in Wechselwirkung mit den gesellschaftspolitischen Veränderungen (→ Kap. 2.3). Politische Regelwerkänderungen sind untrennbar mit inhaltlichen und praktischen Verschiebungen des Berufsbildes verbunden, wie etwa die Vergesellschaftung der Versorgung oder die Ergotherapie als Profession in der Primärversorgung (Hengelaar & van Gils, 2019). Dies bietet einerseits eine Chance, andererseits ist die praktische Ausgestaltung im gesellschaftspolitischen Feld aber auch mit Bemühungen von Seiten der Ergotherapeut*innen verbunden (Hengelaar & van Gils, 2019).

Die Populationsbasierung

Population kann als neue Bezeichnung des Wortes „Bevölkerung“ verwendet werden und definiert „die Gesamtanzahl von Individuen auf einer bestimmten Fläche“ (Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache [DWDS], o. D.b). Ergotherapeut*innen arbeiten nicht nur im Einzelsetting, sondern auch mit Personengruppen im Kontext der sozialen Partizipation innerhalb der Gemeindefarbeit (Cup & Hartingsveldt, 2019).

Die moderne Ergotherapie zeigt durch gemeinwesenorientierte Arbeit, zum Beispiel durch die Nutzung des Community-Development-Framework (Zinkstok et. al., 2017), auf, dass sie nicht nur mit einzelnen Personen, sondern auch mit vulnerablen oder marginalisierten Gruppen, zielorientierte ergotherapeutische Interventionen, hinsichtlich deren Betätigungsproblemen, durchführen kann.

Global dienen hierbei Angebote und Hilfen dazu, Schwellenängste zu reduzieren und verhelfen somit beispielsweise sozial benachteiligten Menschen zur Teilhabe (Gesemann & Riede, 2021).

Charakterisierend für die Ergotherapie innerhalb der Gemeindefarbeit ist dabei die Handlungsachse Exklusion versus Inklusion. Diese löst die Handlungsachse Krankheit und Behinderung versus Gesundheit ab. Zentral ist dabei die kollektive Dimension von Betätigung als Schnittstelle zwischen sozialen Bereichen und dem Gesundheitsbereich (Schiller, 2012). Eine

Analyse der Rolle von Betätigung im Community Development bedarf noch weiterer Forschung (Schiller, 2012).

Nach Christiansen & Townsend (2010) stehen Betätigungen für eine lebendige, gerechte und wirtschaftlich produktive Gemeinschaftsbildung. Teilhabe am Alltagsleben wird als qualitativ hochwertig angesehen und steht somit an erster Stelle (Christiansen & Townsend, 2010).

Die Technologiebasierung

Von technischen Entwicklungen profitieren Ergotherapeut*innen durch neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Cup & van Hartingsveldt, 2019). Dies zeigt nach Cup & van Hartingsveldt (2019) Veränderungen in dem Verhältnis zwischen Klient*innen und Therapeut*innen sowie der therapeutischen Interventionen auf. Technologiebasierung weicht zeitliche und örtliche Bedingungen auf.

Den Ergotherapeut*innen werden hierbei beratende und begleitende Funktionen zugeschrieben. Auch bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation können Ergotherapeut*innen aufgrund ihrer Kompetenzbefähigung (→ Kap. 2.5) bei neuen technischen Anwendungen beteiligt sein (Cup & Hartingsveldt, 2019). Als zentrale Schlüsselkompetenzen im digitalen Zeitalter nennt Deloitte (Deloitte, 2017) Kreativität und soziale Intelligenz. Diese sind, auch in Kombination mit ausgeprägten mathematischen oder technischen Kompetenzen, Maschinen und Software überlegen und schützen gleichzeitig vor Automatisierung. Deutlich ausgebildete Kompetenzen im Bereich Ausbildung, Gesundheit und Kommunikation können daher als Nischenkompetenzen fungieren, da auch diese Automatisierung verhindern (Deloitte, 2017). Soziale Kompetenzen verhelfen daher Tieferqualifizierten durch situative Anpassung des Arbeitskontextes und das durchlässige Bildungssystem zu zukunftssichernden Aussichten. Neben anderen hat das lebenslange Lernen durch Weiterbildung einen zentralen Stellenwert, um auf die durch Digitalisierung und Prozesse der Automatisierung bedingten Veränderungen der Kompetenzanforderungen reagieren zu können (Deloitte, 2017).

2.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland

Im Folgenden werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland betrachtet. Dabei wird insbesondere auf die Ausbildung der Ergotherapeut*innen sowie das Thema der Akademisierung eingegangen.

Die ergotherapeutische Ausbildung in Deutschland stellt einen Sonderfall dar, da sie außerhalb des dualen Ausbildungssystems, an sogenannten “Schulen der besonderen Art” zu verorten ist (von der Heyden, 2013).

Ergotherapeut*innen werden hierbei in Deutschland in der Regel an staatlichen oder privaten Berufsfachschulen ausgebildet. Die Ausbildung wird durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV)) aus dem Jahr 1999 (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o. D.a), sowie das Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz – ErgThG) von 1976, bundeseinheitlich geregelt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o. D.b). In der ErgThAPrV sind neben den Vorgaben zur Prüfung auch die in der Ausbildung zu unterrichtenden Inhalten aufgelistet und mit entsprechenden Stundenumfängen belegt (Vgl. ErgThAPrV). Die in der ErgThAPrV festgelegten Inhalte und Stundenumfänge müssen von allen Schulen eingehalten werden (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o. D.a). Die beschriebenen Inhalte bilden jedoch nur grobe Themenkomplexe ab, weshalb es in den einzelnen Bundesländern mehr oder weniger verpflichtende Curricula gibt.

Durch die unterschiedliche Ausgestaltung der Curricula in den Bundesländern, unterscheidet sich die Ausbildung der Ergotherapeut*innen an den Berufsfachschulen deutlich.

Die Notwendigkeit eines Kompetenzprofils liegt unter anderem in den gesetzlichen Rahmenbedingungen begründet. Es wurden beispielsweise der Europäische Qualifikationsrahmen ([EQR], EU, o. D) und der Deutsche Qualifikationsrahmen ([DQR], BMBF, 2021.) in den Bildungsprogrammen implementiert. In diesem werden die Bildungsgänge und -abschlüsse dem deutschen Bildungssystem untergeordnet und einem einheitlichen Ordnungsrahmen zugeordnet (Weiß, 2019). Hierin sind acht Qualifikationsniveaus enthalten. Die Zuordnung ist mit

Qualifikationen verknüpft, die die Grundlage dieser Zuordnung bilden und so als erworbene Kompetenzen bezeichnet werden (Weiß, 2019).

Darauf aufbauend folgte die Erarbeitung des interdisziplinären hochschulischen Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (FQR-ThGFB) (Staubner et. al., 2014).

Das "Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen" umfasst die relevanten Berufs- und Ausbildungsverbände für die Therapieberufe Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie, an welchem auch der DVE beteiligt ist. Diese repräsentieren mit über 130.000 praktizierende Therapeuten und Auszubildende und die Zusammenschlüsse der Hoch- und Berufsfachschulen (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe [HVG], 2019). In einem Positionspapier forderten sie 2019 eine nachhaltige und zukunftssichere Ausbildung der Therapieberufe in Deutschland. Der Bundesrat hat sich gegen eine Verlängerung der Modellklauseln bis 2026 ausgesprochen und sieht eine Verlängerung dieser nur bis Ende 2022 vor (Bundesrat, 2016). Somit wird eine Ausgestaltung der Akademisierung für Gesundheitsfachberufe realistisch. Dabei ist eine Teilakademisierung für Physio- und Ergotherapeuten sowie eine Vollakademisierung für Logopäden als Gesetzesentwurf vorgesehen.

Für Ergotherapeut*innen ist dies ein notwendiger Schritt in Richtung Profession.

Als weiterer Referenzrahmen gelten die "Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten" (Revision 2016) von der "World Federation of Occupational Therapists" (WFOT, 2016). Diese zeigen sechs Kompetenzbereiche für die Berufspraxis auf, nämlich die Beziehung von Person, Betätigung und Umwelt im Kontext der Gesundheit, die beruflichen und therapeutischen Beziehungen, den ergotherapeutischen Prozess, das professionelle Verhalten und Reasoning, den Kontext der Berufspraxis sowie evidenzbasiertes Arbeiten zur Sicherung der bestmöglichen Praxis (WFOT, 2016). Mindeststandards gelten gesellschaftlich, berufsbezogenen und ausbildungsbezogen seitdem die Ausbildung innerhalb der Revision 2000 eingebunden wurde, um Professionsangehörige für die globale Berufsgemeinschaft qualifizieren zu können (WFOT, 2016).

Kompetenzen nehmen im Bildungssektor einen hohen Stellenwert ein. Sie dienen als Referenzpunkte, um institutionelle Bildungsgänge und persönliche Lernerfahrungen zu verknüpfen

(Bundesinstitut für Berufsbildung [bibb], o. D.). Kompetenzentwicklung gilt demnach als Bildungsprozess, indem der Erwerb der beruflichen Handlungsfähigkeit als Leitziel einer Berufsausbildung festgeschrieben wird (bibb, o.D.). Kompetenz ist somit auch ein zentraler Bestandteil für therapeutische Professionen im Gesundheitsbereich. Die nicht heterogenen Rahmenbedingungen tragen bis heute dazu bei, dass Akademisierung nicht als Voraussetzung für den Beruf der Ergotherapie gesetzlich verankert wurde.

2.4 Der Kompetenzbegriff

Dieses Kapitel befasst sich mit der Definition und Bedeutung des Kompetenzbegriffs.

Kompetenz als Begriff hat seinen Ursprung im lateinischen *competentia* und bedeutet so viel wie „Zusammentreffen“. Unter den Kompetenzbegriff fallen Fähigkeiten und Zuständigkeitsbereiche (Bibliographisches Institut GmbH, 2021) Im Sprachgebrauch bedeutet Kompetenz u. a. für etwas fähig, geeignet oder befugt zu sein (North et al., 2013).

Der Literatur sind viele unterschiedliche Definitionen zum Kompetenzbegriff zu entnehmen. Kompetenzen umfassen physische und geistige Selbstorganisationsdispositionen. Hierbei handelt es sich um Fähigkeiten, die in Selbstorganisation kreativ genutzt werden, um in einer Situation entsprechend handeln zu können (Erpenbeck et al., 2017).

North et al. (2013) definieren Kompetenz als eine erlernbare Fähigkeit, in einer Situation adäquat reagieren zu können. Kompetenz beschreibt ein Zusammenspiel von Anforderungen, mit denen eine Person oder eine Gruppe konfrontiert ist, und den Fähigkeiten oder Potenzialen, um diese adäquat lösen zu können.

Bei Kompetenzforschenden und Praktizierenden hat sich die Kompetenzdefinition des Psychologen Weinert durchgesetzt (Erpenbeck et al., 2017).

Weinert (2001) definiert Kompetenzen als verfügbare oder erlernbare kognitive Fähigkeiten, mit denen das Individuum Probleme löst. Zudem nutzt das Individuum die damit in Verbindung stehenden Bereitschaften und Fähigkeiten (motivational, volitional und sozial), um Probleme in unterschiedlichen Situationen verantwortungsvoll und erfolgreich lösen zu können.

Von Kompetenz kann erst gesprochen werden, wenn ein Transfer des Wissens in das Handeln übergeht (North et al., 2013).

In der Psychologie spielt der Begriff Kompetenz eine Rolle, wenn aus anwendungsorientierter Sicht Leistungen betrachtet werden. Aus bildungspädagogischer Sicht werden Kompetenzen genutzt, um Bildungsstandards zu definieren (Hartig & Klieme, 2006).

Im DQR wird die Kompetenz als eine Fähigkeit und Bereitschaft definiert, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten anzuwenden. Die betreffende Person soll in ihrem Verhalten durchdacht, individuell und sozial verantwortlich agieren. Kompetenz ist somit als umfassende Handlungskompetenz zu verstehen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2021).

In einem Positionspapier der World Federation of Occupational Therapists (2012) wird deutlich, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen zu einer kompetenten Ausübung der therapeutischen Praxis aufgefordert werden. Demnach bedeutet kompetentes Handeln, den Beruf in angemessener Art und Weise und den lokalen Gegebenheiten entsprechend auszuüben.

„Ein kompetenter Ergotherapeut demonstriert in seinem gesamten Berufsleben das erforderliche Fachwissen, Verständnis, die nötigen Fertigkeiten und die angemessene Einstellung für eine sichere, effektive und effiziente therapeutische Intervention“ (Cup & van Hartingsveldt, 2019, S. 202).

Die Veränderungen im Bildungswesen mit der einhergehenden Paradigmenverschiebung, welche den Fokus in der Ausbildung von der Input- zur Outputorientierung lenken, begründen die Entwicklung des Kompetenzprofil Ergotherapie für Deutschland. Das Kompetenzprofil verfolgt u.a. das Ziel, eine Orientierung für ergotherapeutische Ausbildungsprogramme zu sein (DVE, 2019a).

In der Vergangenheit gab es unterschiedliche Projekte, um ein einheitliches Berufsbild der Ergotherapie zu entwickeln. Zum Beispiel fand 2007 im Rahmen einer Arbeitsgruppe des europäischen Ergotherapieverbandes (ENOTHE) ein Projekt statt, in dem eine einheitliche Fachsprache für die deutsche Ergotherapie entwickelt werden sollte (Stadler-Grillmaier, 2007). Das Projekt *Tuning Educational Structures in Europe* verfolgte das Ziel, eine Methodik hinsichtlich der Bologna-Reform zu entwickeln, um die Gestaltung von Studienstrukturen zu unterstützen.

Tuning hat einen europaweiten Konsultationsprozess organisiert, in dem Arbeitgeber*innen, Absolvent*innen der Bildungsgänge und Hochschulmitarbeiter*innen und Lehrende beteiligt wurden. Es sollten alle Kompetenzen herauskristallisiert werden, die in diesem Bildungsgang geformt oder entwickelt worden sind. Das Ergebnis des Projektes stellen Referenzpunkte dar, welche allgemeine und fachspezifische Kompetenzen beinhalten, die vom jeweiligen Fachbereich festgelegt wurden. In diesem Zuge beauftragten ENOTHE und COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries) im Jahre 2006 Berufsangehörige, optionale berufsspezifische Kompetenzen auf unterschiedlichen Bildungsniveaus (Bachelor, Master) zu bestimmen (von der Heyden, 2014).

Auch im Kompetenzprofil Ergotherapie wurden verschiedene Definitionen aufgegriffen und diskutiert (DVE, 2019a). Der Kompetenzbegriff wird in dieser Forschungsarbeit entsprechend der Definitionen im Kompetenzprofil verstanden.

2.5 Der DVE und das Kompetenzprofil Ergotherapie

An dieser Stelle wird auf den Deutschen Verband Ergotherapie e.V. (DVE) und die Entwicklung des Kompetenzprofils des DVE (2019a) eingegangen.

Der DVE besteht seit mehr als 60 Jahren und bildet mit mehr als 12.000 Mitgliedern den führenden Berufsverband der Ergotherapeut*innen, neben dem Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (BED) (DVE, o. D.)

Das erste vom DVE durchgeführte Projekt zu einem Berufsprofil wurde im Jahr 2004 veröffentlicht und bestand aus einer Darstellung des damaligen Standes und der Kontexte der Ergotherapie in Deutschland (DVE, 2008). Daran anschließend wurde ein Folgeprojekt begonnen, dessen Ergebnis die vom DVE im Mai 2008 veröffentlichte Broschüre "Ergotherapie im Profil" (DVE, 2008) ist. Darin werden die Hauptmerkmale des Berufes angesprochen und es sollte einen Beitrag zum Berufsverständnis und einer Differenzierung von anderen Berufsgruppen geleistet werden (DVE, 2008). Der 5. Punkt der Broschüre befasst sich mit der Definition und Beschreibung deutscher Berufskompetenzen. Laufer und Schnettker (DVE, 2008) teilten die deutschen Berufskompetenzen in die sechs Kategorien „Grundlegende Berufskompetenzen“,

„Kompetenzen im Rahmen der Intervention“, „Interpersonale und intrapersonale Kompetenzen“, „Kompetenzen im Bereich Organisation“, „Kompetenzen in der Darstellung und Weiterentwicklung des Berufsbildes“ und „Kompetenzen im Bereich Ausbildung, Weiterentwicklung und wissenschaftlichen Arbeitens“ ein.

Das jetzt aktuelle Kompetenzprofil Ergotherapie wurde von der Projektgruppe „Kompetenzprofil und Modularisierung“ des DVE erstellt, die im Jahr 2017 gegründet wurde. Ziel der Erstellung eines Kompetenzprofils war es, die allgemeinen Kompetenzen von Ergotherapeut*innen darzustellen. Das Kompetenzprofil Ergotherapie soll dabei als Orientierung und Referenzrahmen verwendet werden und zur Gestaltung der Ausbildung beitragen (DVE, 2019a). Grundlage für das Kompetenzprofil war nach dem DVE (2019a) eine Analyse verschiedener anderer nationaler und internationaler Kompetenzprofile. Die „Canadian Medical Education Directives for Specialists“ (CanMEDS) (Tannebaum et. al. 2009) entsprach den vielfältigen, vom DVE herausgearbeiteten Anforderungen am besten, weshalb das Kompetenzprofil Ergotherapie eine Adaption der CanMEDS darstellt (DVE, 2019a)

Das Kompetenzprofil Ergotherapie

Das Kompetenzprofil Ergotherapie ist in 7 Domänen untergliedert, wobei die ergotherapeutische Expertise das zentrale Element bildet. Der Begriff Domäne wird als Handlungsbereich verstanden, in welchem Kompetenzen abgebildet werden können (DVE, 2019a). Dabei stehen die Domänen nicht für sich allein, sondern stellen als Gesamtbild den Tätigkeitsbereich von Ergotherapeut*innen dar. Die einzelnen ergotherapeutischen Kompetenzen sind den Domänen zugeordnet (DVE, 2019a) und sind nicht voneinander trennbar, sondern eng miteinander verbunden.

Die einzelnen Kompetenzen werden zudem in verschiedenen Niveaustufen betrachtet. *„Die unterschiedlichen Niveaustufen werden durch die Ringe dargestellt, deren höchster Punkt die Mitte der ergotherapeutischen Expertise darstellt.“* (DVE, 2019a, S.7). Diese Niveaustufen finden sich in Form der Ringe dabei im Kompetenzmodell, der grafischen Darstellung der Kompetenzprofils, wieder.

Das Kompetenzprofil greift das aktuelle ergotherapeutische Paradigma (→ Kap. 2.1), die Betätigung und die Occupational Science auf (DVE, 2019a). Innerhalb der Domänen wird die Klientenzentrierung nicht als eigenständige Kompetenz aufgeführt. Im Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) wird sie als klientenzentriertes Handeln in der ergotherapeutischen Expertise eingebunden.

Die Domänen im Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) sind Kommunikation, Zusammenarbeit, Management, Fürsprache, Lernen, Professionalität und die ergotherapeutische Expertise, welche das zentrale stehende Element bildet und die anderen Domänen miteinander in Verbindung bringt (DVE, 2019a) → Abb. 2.5

Das Kompetenzprofil stellt das Einstiegsniveau von Berufseinsteigenden dar und wurde nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) auf der Niveaustufe 6 formuliert. Das Wissen und Handeln von Ergotherapeut*innen wird in den einzelnen Domänen jeweils zuerst beschrieben, bevor die zur Anwendung notwendigen Kompetenzen dargestellt werden. Im Folgenden werden die Inhalte der Domänen aus dem Kompetenzprofil (DVE, 2019a) zusammenfassend dargestellt:



Zur Etablierung einer vertrauensvollen und professionellen Beziehung mit den Klient*innen verwenden Ergotherapeut*innen verschiedene Kommunikationsformen und bedienen sich diverser Kommunikationsmedien zur Weitergabe und Aufnahme von Informationen. Die Kommunikation wird wertschätzend, effektiv und an die Klient*innen angepasst verwendet. In der Kommunikation mit anderen, stellen Ergotherapeut*innen ihr berufsspezifisches Handeln dar und vertreten dieses (Abb. 1: Ausschnitt Kompetenzmodell DVE, 2019a).



Eine intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit ist wichtig, um die klientenzentrierte Gesundheitsversorgung effektiv gewährleisten zu können. In der Zusammenarbeit mit anderen können ergotherapeutische Handlungsfelder erschlossen und erweitert werden, wobei im Fokus die Betätigung und Teilhabe von Klient*innen steht. Die Netzwerkarbeit und der Kooperationsaufbau sind weitere Bestandteile der Domäne Zusammenarbeit. (Abb. 2: Ausschnitt Kompetenzmodell DVE, 2019a).



Das Management beschreibt die Organisation und Weiterentwicklung der ergotherapeutischen Tätigkeiten im Hinblick auf das Berufsbild der Ergotherapie. Die Qualität wird fortlaufend durch ein Qualitätsmanagement gesichert und verbessert und die Potenziale der Ergotherapie werden gegenüber anderen aufgezeigt, wodurch eine Etablierung des Berufes unterstützt wird (Abb. 3 : Ausschnitt Kompetenzmodell DVE, 2019a)



Durch die Fürsprache werden Klient*innen in ihrer Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden gestärkt, in dem das berufliche Handeln der Ergotherapeut*innen nach den Bedürfnissen der Klient*innen ausgerichtet ist. Klient*innen soll auf gesellschaftlicher Ebene Teilhabe durch Betätigung ermöglicht werden. Ergotherapeut*innen tragen dazu bei, die Gesundheitskompetenz der Klient*innen zu stärken und eine gesundheitsfördernde Umwelt zu schaffen (Abb. 4: Ausschnitt Kompetenzmodell DVE, 2019a).

Das lebenslange Lernen wird als Prozess gesehen und beinhaltet die Selbstreflexion der Ergotherapeut*innen in Bezug auf das eigene professionelle Verhalten, um dieses zu sichern und zu



erweitern. Ergotherapeut*innen setzen sich ein für die Nutzung sowie Weiterentwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse der Ergotherapie und unterstützen die Verbreitung dieser nach kritischer Betrachtung (Abb. 5: Ausschnitt Kompetenzmodell DVE, 2019a).



Eine professionsethische Grundhaltung wird durch die Beachtung von Normen und Werten gewährleistet. Interventionen werden in der ergotherapeutischen Behandlung nach den aktuellen Standards durchgeführt und das professionelle Handeln eigenverantwortlich in den beruflichen Alltag integriert. Im gesellschaftlichen Bezug sind sich Ergotherapeut*innen ihrer Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung bewusst (Abb. 6: Ausschnitt Kompetenzmodell DVE, 2019a).



Die ergotherapeutische Expertise verbindet die zuvor dargestellten Domänen. Sie beschreibt, dass Ergotherapeut*innen in ihren verschiedenen Tätigkeitsfeldern eigenverantwortlich und kompetent handeln. Ziel ist es dabei, die Teilhabe, die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Klient*innen zu fördern. Dabei sind Ergotherapeut*innen Expert*innen für Betätigung, arbeiten klientenzentriert auf Grundlage ihrer Berufsethik und aktuellen Erkenntnissen aus der Wissenschaft. (Abb. 7: Ausschnitt Kompetenzmodell DVE, 2019a).

Als Abbild der Berufsidentität und als Berufsprofil ist das Kompetenzprofil gleichermaßen von den Weiterentwicklungen des modernen Paradigmas als auch von gesellschaftspolitischen Veränderungen abhängig und muss diesem Wandel angepasst werden (DVE, 2019a).

2.6 Mikro-, Meso- und Makroebene

Im Kapitel zur Mikro-, Meso- und Makroebene folgt eine Beschreibung der drei genannten Ebenen. Anschließend wird die jeweilige Ebene in Bezug zum Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) gesetzt.

Die Mikro-, Meso- und Makroebenen werden im Gesundheitswesen in großem Umfang eingesetzt (Yin et. al., 2020). Es handelt sich bei den Ebenen um ein darstellendes Modell, bestehend aus drei hierarchisch voneinander abgegrenzten Schichten. Mit diesem Modell können wichtige Akteure und Institutionen unseres Gesundheitswesens mit ihren Rollen, Aufgaben und ihrem Einfluss im Gesundheitswesen erläutert werden (DVE, 2019a).

Die Mikroebene wird auch als individuelle Ebene bezeichnet (le Granse et. al., 2019). Die Mikroebene ist die kleinste Ebene und besteht aus Individualakteuren. Diese fragen Gesundheitsgüter nach oder bieten diese an, gleichzeitig müssen gesetzliche Bestimmungen beachtet werden (DVE, 2019a). In der Ergotherapie bezieht sich die Mikroebene auf das therapeutische Handeln und die Kommunikation mit den Klient*innen, Schüler*innen etc. (Marzinik et. al., 2012). „Die Mikroebene stellt den persönlichen Professionalisierungsprozess von Ergotherapeut*innen in den Mittelpunkt hinsichtlich klientenbezogener Kompetenzen, die individuell zur Qualitätssicherung herangezogen werden können“ (Feiler, 2019). Während in Kompetenzprofilen für Ergotherapie im internationalen Raum auf einen Nutzen auf Mikroebene konkret eingegangen wird z. B. im Kompetenzprofil der Ergotherapie für in Österreich praktizierende Ergotherapeut*innen (Ergotherapie Austria, 2019), lassen sich aus der Beschreibung des deutschen Kompetenzprofils Aspekte auf Mikroebene ableiten. Beispielsweise soll ein Zusammenspiel der einzelnen Domänen kompetentes ergotherapeutisches Handeln ermöglichen. Dies würde bedeuten, dass sich Ergotherapeut*innen mit den beschriebenen Berufskompetenzen auseinandersetzen und hinsichtlich Kompetenzentwicklung eigenes Handeln reflektieren müssen, um Kompetenzen als Outcome evaluieren zu können.

Die Mesoebene wird auch als sozioökonomische Ebene bezeichnet (le Granse et. al., 2019). Sie ist die mittlere der drei Ebenen und besteht aus freien Organisationen und Institutionen sowie aus den Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenkasse (DVE, 2019a). Die Aufgaben der Mesoebene beziehen sich auf die intra- und

interdisziplinäre Zusammenarbeit (Marzinik et. al., 2012). Sie befasst sich unter anderem auch mit organisationsbezogenen Aspekten der Professionalisierungs- und Qualitätsentwicklungsprozesse. Zusammenarbeit im intra- und interdisziplinären Team und qualitätssichernde Maßnahmen werden von organisatorischen Normen und Regeln beeinflusst (Feiler, 2019). Hinsichtlich der Mesoebene ist aus dem Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE zu entnehmen, dass dieses eine Orientierungshilfe für die Gestaltung von Ausbildungsprogrammen darstellen soll. Dies würde bedeuten, dass sich Ausbildungsstätten für Ergotherapie mit dem Kompetenzprofil auseinandersetzen müssten um Ausbildungsinhalte, Curricula etc. entsprechend danach ausrichten zu können (DVE, 2019a).

Die Makroebene ist die gesellschaftliche Ebene (le Grasse et. al., 2019). Sie bezieht sich auf die Bereiche der Berufsentwicklung (Marzinik et. al., 2012). Zu der Makroebene zählen die verschiedenen Berufsverbände, Stakeholder und darüber hinaus auch nationale und internationale Gesundheitsorganisationen (Feiler, 2019). Diese staatlichen Akteure steuern das Verhalten der Akteure auf der Mikro- und Mesoebene, indem Verordnungen und Gesetze verabschiedet oder überwacht werden (DVE, 2019a).

Dem Kompetenzprofil ist zu entnehmen, dass hinsichtlich der Makroebene im Vorfeld ein Entwurf zur Änderung des Ergotherapeutengesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung stattgefunden hat (DVE, 2019a). Derzeit bestehen keine gesetzlichen Rahmenbedingungen, das Kompetenzprofil Ergotherapie standardmäßig in der ergotherapeutischen Ausbildung zu integrieren.

Die Forscherinnen beziehen sich im Interviewleitfaden auf förderliche oder hinderliche Faktoren auf diesen drei Ebenen.

2.7 Internationaler Bezug

Das Kompetenzprofil wird in diesem Kapitel im internationalen Vergleich, anhand eines Beispiels betrachtet.

Um das deutsche Kompetenzprofil Ergotherapie international zu vergleichen, wurde das Kompetenzprofil der Ergotherapie aus Österreich (Ergotherapie Austria, 2019) als Vergleich

gewählt. Als Nachbarland, ebenfalls im deutschsprachigen Raum, hat der Berufsverband Ergotherapie Austria 2019 ein Kompetenzprofil für österreichische Ergotherapeut*innen veröffentlicht.

Während das deutsche Kompetenzprofil Ergotherapie einen Orientierungscharakter hat und als ein erster Entwurf zur Konturierung eines Berufsprofil zu verstehen ist, scheint das österreichische Berufsprofil ein Dokument zu sein, welches ein klares Bild des Berufes zeichnet. Das österreichische Kompetenzprofil soll ein Dokument sein, mit dem u. a. die Schaffung neuer Stellen und Präzisierung von Aufgabenbereichen argumentiert werden und Qualitätssicherung gewährleistet werden soll. Neben der ergotherapeutischen Relevanz auf Makro- und Mesoebene soll das Kompetenzprofil die tägliche ergotherapeutische Arbeit unterstützen (Ergotherapie Austria, 2019).

Während der Entwicklung des Profils in Österreich arbeitete eine Arbeitsgruppe von 9 Ergotherapeut*innen aus unterschiedlichsten Arbeitsbereichen und mit unterschiedlichen Berufserfahrungen zusammen. Das Kompetenzprofil wurde zwischen 2017 und 2019 erarbeitet. Nachdem eine Literaturrecherche stattgefunden hatte, wurde neben Kleingruppenarbeiten und Zuteilung von Arbeitspaketen das Profil entwickelt. Dabei orientierte man sich an den CanMEDS Roles und die extrahierten Kompetenzen aus der Literaturrecherche zugeteilt. Die Beschreibung der Kompetenzen sind an dem PEO Modell angelehnt (Ergotherapie Austria, 2019).

In Deutschland wurde nationale und internationale Literatur während der Entwicklung des Kompetenzprofils berücksichtigt. Beispielsweise wurden Kompetenzprofile für Ergotherapie aus den Niederlanden, Kanada, Großbritannien und Schweden hinzugezogen. Das Kompetenzprofil sollte international und national interprofessionell anschlussfähig sein und die unterschiedlichen Bezüge der deutschen Ergotherapie aufzeigen. Aus diesem Grund wurden als Orientierung, wie beim österreichischen Profil, die CanMEDS Roles gewählt. Im Vorfeld wurde vom DVE in Zusammenarbeit mit dem Verband deutscher Ergotherapie Schulen (VDES) ein Entwurf eines neuen Ergotherapeutengesetzes und einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erarbeitet. Um diese zu erarbeiten, wurden eine Literaturrecherche, eine Befragung von Berufsangehörigen und Ergebnisse von Gruppendiskussionen des DVE und VDES hinzugezogen. Dies bildet die Grundlage für das deutsche Kompetenzprofil des DVE (2019a).

Hinsichtlich des Aufbaus soll das österreichische Kompetenzprofil der Ergotherapie einen übergeordneten Einblick in den Beruf der geben. Als Grundlage wurden die CanMEDS Roles gewählt. Die Rolle der Expert*in für Betätigung liegt im Zentrum des Profils, das von den restlichen Rollen umgeben wird. Sie bildet die Basis von Kompetenzen ab, die Absolvierende des Bachelorstudienganges für Ergotherapie nach Abschluss besitzen. Die restlichen Rollen wurden darauf aufbauend entwickelt und sind nach Bachelorabschluss in Ansätzen vorhanden. Sie erweitern sich mit Berufserfahrung und Fort- und Weiterbildungen. Um die Kompetenzen zu beschreiben, wurde eine Strukturierung angelehnt an das *Person-Environment-Occupation-Model* (PEO) gewählt (Ergotherapie Austria, 2019). *Person* wird in diesem Zusammenhang als Ergotherapeut*in bezeichnet. In dem Kompetenzprofil sind somit Selbstkompetenzen des/r Ergotherapeut*in gemeint. *Environment* stellt den Aspekt des Arbeitssettings dar und beschreibt somit das jeweilige Setting, sowie das vorliegende Gesundheits- und Sozialsystem. *Occupation* beschreibt den Aspekt der Betätigung. Darunter wird die Arbeit der Ergotherapeut*innen mit Klienten*innen, Kolleg*innen, Lehrenden und Lernenden verstanden. Die folgende Abbildung stellt beispielhaft die Rolle des/r Teamarbeiter*in dar (Ergotherapie Austria, 2019).



Teamarbeiter*in

Innerhalb dieser Rolle arbeiten Ergotherapeut*innen sowohl im ergotherapeutischen und multiprofessionellen Team, als auch mit Schlüsselfiguren im Gesundheits- und Sozialsystem auf konstruktive, effektive Art und Weise zusammen. Innerhalb dieser Rolle können sie sowohl in einer leitenden Funktion als auch als Mitglied des Teams agieren.

Aspekt		Wissen / Fähigkeit / Haltung
Interdisziplinäre/multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Fokus auf die Ziele des Patient*innen/Klient*innen	<p>Als Teil eines multiprofessionellen Teams setzen sich Ergotherapeut*innen mit ihrer handlungs- und alltagsspezifischen Sichtweise für die Ziele und Bedürfnisse des*der Patient*in/Klient*in ein (2).</p> <p>Ergotherapeut*innen gehen dabei verantwortungsvoll und wertschätzend mit dem Umfeld um und hinterfragen konstruktiv-kritisch die Einschätzungen anderer, um die bestmöglichen Behandlungsabläufe für den*die Patient*in/Klient*in sicherzustellen (1,9).</p>	<p>W: Ergotherapeut*innen wissen um die Aufgaben anderer Berufsgruppen im multiprofessionellen Team und kennen die im jeweiligen Setting üblichen Abläufe.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen sind kooperationsfähig und treffen Entscheidungen im Sinne aller Beteiligten.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen nutzen Netzwerke, um das bestmögliche Ergebnis für Patient*innen/Klient*innen zu erzielen.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen schätzen multiprofessionelle Zusammenarbeit und die Bedeutung von Netzwerken.</p>
Die sozialkommunikativen Kompetenzen und Selbstkompetenzen betreffend	<p>Ergotherapeut*innen kennen ihre Grenzen sowie ihren Zuständigkeitsbereich. Sie sind sich ihrer Rolle im Team bewusst und üben ihre Kompetenzen im Rahmen dieser aus (9).</p>	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen die ihnen zugeschriebenen Aufgaben und Erwartungen innerhalb des Teams.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen setzen die Aufgaben ihres Zuständigkeitsbereichs mit bestem Wissen und Gewissen um.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen ist es wichtig, sich selbst und anderen nicht zu schaden (9).</p>
Den Arbeitskontext betreffend	<p>Ergotherapeut*innen kommunizieren respektvoll, zielführend und wertschätzend und unterstützen die Dynamik im Team konstruktiv (9). Sie zeigen Verständnis für die Rollen und Verantwortlichkeiten innerhalb eines Teams und wissen diese Vielfalt zu respektieren und zu schätzen (1). Sie tragen zur Unterstützung und Weiterentwicklung ihrer Kolleg*innen bei, indem sie in der jeweiligen Situation adäquate Rollen einnehmen (3).</p>	<p>W: Ergotherapeut*innen wissen um die Komplexität von Teamkonstellationen.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen tragen aktiv zu einem positiven Teamgefühl bei (1).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen zeigen empathisches Verhalten und können somit die Sichtweise anderer nachvollziehen.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen ist stetige positive Teamentwicklung wichtig.</p>

Abb. 8: Teamarbeiter*in (Ergotherapie Austria, 2019)

Das deutsche Kompetenzprofil orientiert sich hinsichtlich der Domänenbeschreibung ebenfalls an den CanMEDS Roles. Hierbei wurde der Begriff „Rolle“ ausgelassen. Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass die in den CanMEDS Roles definierte Rolle allein das berufliche Handlungsfeld einschließt, statt den gesamten Menschen in unterschiedlichen Kontexten zu betrachten. Zudem geht die Arbeitsgruppe davon aus, dass die Definition von unterschiedlichen Kompetenzniveaus durch den Begriff der Rolle schwieriger möglich ist. Aus diesem Grund legte man sich auf den Begriff „Domäne“ fest, der ein Handlungsfeld beschreibt, in dem Kompetenzen abbildbar sind (DVE, 2019a). Die untenstehende Abbildung zeigt am Beispiel der Kompetenz Zusammenarbeiten, als Pendant “Teamarbeiter*in” aus dem österreichischen Profil, eine Kompetenzbeschreibung auf.



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.

Abb. 9: Domäne Zusammenarbeiten (DVE, 2019a)

Die Kompetenzen aus beiden Profilen sind auf Bachelorniveau beschrieben worden. Während in Österreich die Ergotherapieausbildung ausschließlich an Hochschulen (Ergotherapie Austria, o. D.a) durchgeführt wird, ist die Ausbildung in Deutschland variabel möglich. Sie kann entweder im Rahmen einer schulischen Ausbildung oder eines Studiums erfolgen. Hier bestehen hinsichtlich des Studiums weitere Möglichkeiten, dieses zu absolvieren: berufsbegleitend, grundständig oder ausbildungsintegriert (DVE, o. D.a).

Eine Besonderheit des deutschen Kompetenzprofils ist, dass alle Kompetenzen auf DQR 6 Niveau beschrieben worden sind, obwohl der Abschluss an einer Berufsfachschule DQR 4 entspricht. Die Begründung liegt darin, dass Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung von wissenschaftlich qualifizierten Therapeuten*innen begegnet werden müssen, um die Ergotherapie in unserem Gesundheitssystem zu etablieren (DVE, 2019a).

Während der Recherche hinsichtlich internationaler Kompetenzprofile fielen den Forscherinnen einige Gemeinsamkeiten zwischen internationalen Kompetenzprofilen für Ergotherapie

auf. Beispielsweise haben die CanMEDs Roles einen orientierenden Charakter, wenn es um den Aufbau eines Kompetenzprofils für Ergotherapie geht. So wurde neben dem Kompetenzprofil für Ergotherapie in Deutschland und Österreich ebenfalls das “Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada (CAOT, 2012) nach den CanMEDs Roles strukturiert.

Die niederländischen Berufskompetenzen Ergotherapie beschreiben das Einstiegsniveau von Ergotherapeut*innen in den Niederlanden, die ihren Bachelorabschluss absolviert haben. Die Berufskompetenzen sind wegweisend für Ausbildungsinhalte und für die Bewertung der Lernenden. Zusammen mit dem Berufsprofil bilden die Berufskompetenzen die Kerndomänen der Ergotherapie ab und zeigen auf, welche Dienstleistungen die Ergotherapie für ihre Klient*innen zu bieten hat (Verhoef et al., 2013).

Im Jahr 2010 wurde eine Projektgruppe beauftragt, mit der Aktualisierung der fachlichen Kompetenzen zu beginnen; Teil der Aufgabe war es, die Vision des Berufs, die im aktualisierten Berufsprofil beschrieben ist, und die europäischen Tuning-Kompetenzen in die Revision einzubeziehen. Ein wichtiger Ansatzpunkt für die fachlichen Kompetenzen ist, dass es sich um ein Ausbildungsdokument handelt, das die Anforderungen beschreibt, die an Berufsanfänger*innen gestellt werden. Die beruflichen Kompetenzen sollten professionelle Maßnahmen und die Anforderungen an die Umsetzung dieser Maßnahmen so beschreiben, dass sie für Lernende, Lehrende und Ergotherapeut*innen in der beruflichen Praxis nützlich sind. Das Handeln im Rahmen einer Berufskompetenz resultiert in einer Dienstleistung als Produkt. Dies können Ergotherapeut*innen für Kompetenzbewertungen als Beweise des kompetenten Handelns nutzen (Verhoef et al., 2013).

Die 12 Berufskompetenzen werden in klientenorientierte, organisationsorientierte und berufsorientierte Kompetenzen unterteilt. Die Darstellung der Kompetenzen hat keine grundlegende Struktur wie die CanMEDS Roles und bietet jedem Programm die Möglichkeit, es seiner Struktur anzupassen (Verhoef et al., 2013).

Wie ein Kompetenzprofil für Ergotherapie im nationalen Kontext zum Einsatz kommt, fällt im internationalen Vergleich unterschiedlich aus. Im deutschen Kontext wird im Kompetenzprofil Ergotherapie beschrieben, dass das Profil vorrangig ein Orientierungsinstrument für die Ausbildung und ein erster Entwurf zur Konturierung eines Berufsprofils darstellen soll (DVE, 2019a). Somit beschränkt sich der Einsatz des Kompetenzprofils theoretisch auf der

Ausbildungsebene. Anders wird der Einsatz in anderen Ländern beschrieben. Die Niederlande haben beispielsweise während der Aktualisierung der Berufskompetenzen berücksichtigt, dass die Berufskompetenzen auch für Lehrende und praktizierende Ergotherapeut*innen nützlich sein sollen (Verhoef et al., 2013). In den *Australian Occupational Therapy Competency Standards* (Occupational Therapy Board of Australia, 2018) wird beschrieben, dass die formulierten Kompetenzstandards für den regelmäßigen Einsatz für alle praktizierenden Ergotherapeut*innen in allen Arbeitssettings konzipiert wurden. Sie sind zudem für Arbeitgebende und Manager*innen eine Ressource zur Beurteilung, was von kompetenten Ergotherapeuten*innen erwartet werden kann, um die Sicherheit des Klientels zu gewährleisten. Zudem können sie von Bildungsträgern genutzt werden, um ihre Studiengänge zu untermauern.

2.8 Qualitätssicherung und Professionalisierung

Im letzten Kapitel des theoretischen Hintergrundes werden die Professionalisierung des ergotherapeutischen Berufes und die Qualitätssicherung betrachtet.

Qualitätssicherung wird wie folgt definiert: *“Die Qualitätssicherung umfasst als Bestandteil des Qualitätsmanagements alle organisatorischen und technischen Maßnahmen, die vorbereitend, begleitend und prüfend der Schaffung und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung dienen.”* (Voigt, 2018)

Ergotherapeut*innen sind dazu aufgefordert, dass sie an der Qualität ihrer eigenen Leistung systematisch arbeiten. Damit Qualität erreicht wird, ist eine professionelle Einstellung die Voraussetzung. Kritische Reflexionen stehen dabei im Mittelpunkt des professionellen Handelns (Merklein de Freitas & Weber, 2019). Es gibt allerdings keine genaue Definition von Qualität. Jeder Klient*in oder Ergotherapeut*in hat ein anderes Verständnis von Qualität. Bei der Qualität gibt es kein Endniveau. Jedoch kann das eigene Fachwissen und dadurch die eigene Qualität stetig weiterentwickelt werden und so kann nach der optimalen Qualität gestrebt werden (Merklein de Freitas & Weber, 2019).

Die Qualitätssicherung ist im Kompetenzprofil des DVE in der Domäne Management zu finden.

*“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”* (DVE, 2019a, S. 13).

Mit Professionalisierung ist der Erwerb der Merkmale einer Profession gemeint. Professionen haben drei wichtige Merkmale: die Akademisierung, eine hohe Bedeutung für den Erhalt des Wertsystems und die Autonomie (Schaeffer, 2011). Professionelles Handeln bedeutet, dass der Klient*in im Mittelpunkt steht und seine Wünsche berücksichtigt werden. Die durchgeführten Interventionen können mit wissenschaftlicher Evidenz belegt werden (evidenz-based practice) (van der Hulst et al., 2019). Durch die Professionalisierung ist es der Ergotherapie möglich auch weiterhin wertvolle Leistungen anzubieten, die in unserem Gesundheitssystem Bestand, haben. Der Professionalisierungsprozess ist auf allen Stufen der Berufsentwicklung zu finden. Von schulischer, über hochschulischer bis hin zur berufspolitischen Ebene (Kufner & Scholz Schwärzler, 2017).

War die Profession Anfang des 19. Jahrhunderts nur wenigen Berufen vorbehalten, die hierdurch Privilegien erhielten und somit den Markt und die Gesellschaft kontrollieren konnten, sind in der Moderne viele diverse Professionen darüber hinaus in den Geistes- und Naturwissenschaften zu finden. Oevermann (1996) nennt innerhalb seiner Professionalisierungstheorie die Einführung in einen wissenschaftlichen Diskurs, die Entwicklung einer spezifischen Handlungslogik und das Zusammenbringen des theoretischen Wissens in der Auseinandersetzung zu konkretem Fallverstehen, den Kasuistiken, als grundlegende Pfeiler einer Profession. Professionalisierungsstrategien sind nach Goode (1982) wissenschaftliches Arbeiten, theoriegebundenes Arbeiten und Bildung eines Berufsstandes, die die voraussetzenden relevanten Merkmale als Grundlage einer Profession darstellen und deshalb als Merkmalstheorie verstanden werden. Für Goode (1982) ergab sich aus der Überlegenheit des Wissens einer Disziplin, eine ethische Verpflichtung gegenüber den “Nicht -Wissenden”.

Innerhalb der Theorien der Professionen stellte Oeverman (1996), als Strategien neben dem Theorie-Praxis-Transfer, dem Professional Reasoning und dem wissenschaftlichen Arbeiten, das Arbeitsbündnis zwischen Klient*in und Therapeut*in in den Mittelpunkt.

Neben der interprofessionellen Zusammenarbeit und Klientenzentrierung ist auch die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen bedeutsam, an welchen ergotherapeutische Qualitätskriterien abgeleitet werden können. Die Wirksamkeit sollte nicht nur auf der Mikroebene im Therapeuten-Klienten-Kontakt bedeutsam sein, sondern auch Konzepte der Wirksamkeitsnachweise, auf Meso- und Makroebene einbeziehen (Marotzki, 2008).

In Deutschland findet ein tiefgreifender Wandel der Ergotherapie zu einer Profession statt (Marotzki, 2008). Kompetenzprofile können zur Professionalisierung in Deutschland beitragen (Kaldewei, 2019).

3 Methodisches Vorgehen

Im Anschluss an den theoretischen Hintergrund wird in diesem Kapitel, nach der Beschreibung der Literaturrecherche, auf die Forschungsmethode, das Forschungsdesign und die Vorgehensweise der Datenerhebung eingegangen. Ebenso werden die aus dem theoretischen Hintergrund und der Literaturrecherche abgeleiteten Forschungsfragen dargelegt. Die ethischen Aspekte sowie die Teilnehmerakquise, die Leitfadenerstellung und die Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) werden systematisch und in Bezug zum Forschungsgegenstand dargestellt und ausgewertet. Abschließend werden in diesem Kapitel die sechs Gütekriterien nach Mayring (2016), die in dieser Studienarbeit angewendet werden, beschrieben.

3.1 Literaturrecherche

An dieser Stelle wird das Vorgehen bei der Literaturrecherche zu dieser Arbeit zusammenfassend dargestellt und beschrieben.

Hinsichtlich der Forschungsfrage dieser Arbeit (→ Kap. 1) wurde in Anlehnung der PICOT-Kriterien, eine PI(C)O-Fragestellung formuliert, um relevante Informationen zum Forschungsgegenstand zu erhalten (Ritschl et al., 2016). Die Forscherinnen formulierten folgende PI(C)O-Fragestellung: Welche Erfahrungen (Outcome) machen Ergotherapeut*innen (Population/Patient/Problem), die das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) in ihrer Arbeit in Deutschland einsetzen (Intervention)?

Da das Kompetenzprofil Ergotherapie vom DVE erst im Jahr 2019 veröffentlicht wurde, gingen die Forscherinnen davon aus, eine flache Studienlage in Deutschland zu diesem Forschungsgegenstand zu finden. In der Literaturrecherche wurde entsprechend nach themenverwandter Literatur recherchiert und der internationale Kontext einbezogen.

P (Patient)	In Deutschland praktizierende Ergotherapeut*innen
I (Intervention)	Einsatz des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a)
C (Comparison)	Keine Vergleichsgruppe
O (Outcome)	Erfahrungen

Tab. 1: Darstellung Patient-Intervention-Comparison-Outcome

Die Forscherinnen legten Suchbegriffe fest, die während der Recherche, in Verbindung mit Booleschen Operatoren und Filterfunktionen der jeweiligen Datenbanken, genutzt werden sollten. Im Folgenden sind die verwendeten Suchbegriffe tabellarisch aufgeführt. Der konkrete Verlauf der Literaturrecherche wird beispielhaft im Anhang (→ Anh. 2) dargestellt.

	Deutsch	Englisch
P (Patient)	Ergotherapeut Ergotherapeutin Ergotherapeuten Ergotherapie	Occupational therapist Occupational therapists Occupational therapy OT
I (Intervention)	Kompetenzprofil Kompetenzen Berufskompetenzen	Professional skills Competences Competence profile Skills
O (Outcome)	Erfahrung Erleben	Experience Perceptions

Tab. 2: Suchbegriffe Literaturrecherche

Unter Verwendung der oben genannten Suchbegriffe erfolgte eine Literaturrecherche in den Datenbanken Discovery Information Sources Zuyd (DiZ), die den Zugang zu relevanten Datenbanken wie CINAHL, Cochrane, OTseeker, OTDbase und PubMed ermöglicht, und Google Scholar.

Die Suchbegriffe wurden mit Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft recherchiert.

Obwohl das Kompetenzprofil Ergotherapie 2019 veröffentlicht wurde, legten sich die Forscherinnen in der Filterfunktion der jeweiligen Datenbanken auf den Zeitraum von 2011 bis 2021 fest. Die Absicht war, auch themenverwandte vorher entstandene Literatur zu finden.

Konkret zum Forschungsgegenstand des Kompetenzprofil Ergotherapie konnte keine Literatur im Rahmen der Recherche gefunden werden. Themenverwandt zeigten sich vier Forschungsarbeiten zu Kompetenzprofilen im Kontext Ergotherapie, welche sich nicht auf das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) bezogen (→ Anh. 2).

Hierbei konnte eine themenrelevante Bachelorarbeit zu den niederländischen Berufskompetenzen recherchiert werden (Sanning & Schatz, 2020). In dieser Mixed-Method-Studie beleuchten die Autoren*innen die Veränderung von deutschsprachigen Alumni, durch die Anwendung niederländischer Berufskompetenzen. Sanning & Schatz (2020) leiten in ihrer Bachelorarbeit eine Veränderung der deutschsprachigen Alumni hinsichtlich vermehrter Orientierung der Studienteilnehmenden an evidenzbasiertem, betätigungsbasiertem und klientenzentriertem Arbeiten, ab. Dies trägt so zum zeitgenössischen Paradigma der Ergotherapie bei. Ebenso wurde eine Entwicklung der Studienteilnehmenden sichtbar, höhere Kompetenzlevels im niederländischen Kompetenzniveau erreichen zu können (Sanning & Schatz, 2020) (Einordnung nach Borgetto (→ Anh. 3).

Eine weitere themenrelevante Studie wurde von Karstens et al. (2012) recherchiert (Einordnung nach Borgetto (→ Anh. 3). In dieser Forschungsarbeit stellen die Autor*innen die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ dar. Im Rahmen deskriptiver Forschung fanden zunächst Expertengruppen statt, in denen zu erwerbende Kompetenzen identifiziert wurden. Zudem wurde eine Mindmap zu dieser Thematik erstellt. Anschließend wurde auf Basis dieser Ergebnisse ein Fragebogen erstellt, mit dem Lernende und Berufstätige die identifizierten Kompetenzen und Aufgaben bewerten sollten. Des Weiteren wurden Interviews mit Leitungspersonen durchgeführt, um weitere Informationen zu dieser Thematik zu erhalten. Die Ergebnisse wurden abschließend diskutiert und konsentiert, sowie daraus ableitend ein Kompetenzprofil erstellt. Das vorgestellte Berufskompetenzprofil orientiert sich an von der WHO vorgeschlagenen Kompetenzen als Voraussetzung zur interprofessionellen Zusammenarbeit und orientiert sich ebenso wie das Berufskompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) an den CanMEDS Roles.

Neue Berufsprofile der Nachbardisziplinen in den Gesundheitsberufen zeigen so auf, dass neu definierte Kompetenzen erforderlich sind, um zukünftig den gesellschaftspolitischen Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht werden zu können (Karstens et al., 2016). Die beschriebene Forschung gibt Hinweise darauf, welche Kompetenzen aus Sicht von Lehrenden, Lernenden und Praktizierenden relevant sind und in einem Kompetenzprofil vertreten sein müssen. Es handelt sich zudem um einen interprofessionellen Bachelorstudiengang, so dass die Ergebnisse auf die deutsche Ergotherapie teilweise übertragbar sein könnten. Da die Forscherinnen auf das Erleben während der Anwendung des Kompetenzprofil Ergotherapie eingehen möchten, reicht die oben beschriebene Ausarbeitung für die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage nicht aus.

Eine weitere themenrelevante Forschungsarbeit befasst sich mit der Analyse von internationalen ergotherapeutischen Kompetenzprofilen. In dieser qualitativen Übersichtsarbeit und anschließender qualitativer Inhaltsanalyse beschreiben die Autor*innen, dass grundlegende Kompetenzen im Kontext des ergotherapeutischen Prozesses mit Klient*innen erlangt werden (Einordnung nach Borgetto → Anh. 3).

Hierbei wurden die evidenzbasierte Praxis (EBP), die therapeutische Beziehungsgestaltung und das Clinical bzw. Professional Reasoning als zentrale Kompetenzen eines grundständigen Studienganges in der Ergotherapie B. Sc. herausgestellt (Harms et al., 2018).

Zusammenfassend wird dargestellt, dass hierbei das Bestehen eines Kompetenzprofils nicht ausreicht, sondern dass zum Erwerb der Kompetenzen innerhalb der Studiengänge die Curricula umgestellt werden müssen, um den Kompetenzerwerb schrittweise zu vollziehen (Harms et al., 2018). Zu dieser Zeit wurde das deutsche Kompetenzprofil DVE (DVE, 2019a) gerade vom Deutschen Verband Ergotherapie erarbeitet, so dass dieses nicht einbezogen war.

Im kanadischen Kontext konnte eine themenverwandte Studie ausfindig gemacht werden, die den Einsatz von Berufskompetenzen untersucht. Es sollte untersucht werden, auf welchem Kompetenzniveau sich die teilnehmenden Ergotherapeut*innen mit einem Masterabschluss wahrnehmen, welche Faktoren die Umsetzung der Kompetenzen beeinflussen und mit welchen Strategien sie im Sinne der sieben Rollen ihre Kompetenzen entwickeln. Im Rahmen eines Mixed-Method-Designs wurden Online-Befragungen und Fokusgruppen durchgeführt. Die Rollen: *communicator*, *collaborator* und *professional* wurden in der Praxis als sehr gefragt

empfunden und im Vergleich zu den anderen Rollen (*expert, manager, change agent, scholar roles*) häufiger mit einem höheren Kompetenzniveau bewertet. Es wurde benannt, dass institutionelle und persönliche Faktoren die Umsetzbarkeit der Kompetenzen beeinflussen können. Rat suchen bei Kolleg*innen wurde als bevorzugte Strategie genannt, um die *scholar role* zu unterstützen (Rochette et al., 2020). Die beschriebene Studie gibt einen Überblick, welche Kompetenz-Rollen im beruflichen Alltag zum Einsatz kommen und wie die Teilnehmenden die Kompetenzentwicklung verfolgen. Aufgrund unterschiedlich nationaler Kontexte können die Forschungsergebnisse nicht mit dem Kompetenzprofil Ergotherapie (2019a) in Bezug gesetzt werden. Die beschriebene Studie reicht somit zur Beantwortung der Forschungsfrage nicht aus.

Aussagen über den theoretischen Inhalt der Berufskompetenzen bietet das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) selbst (→ Kap. 2.5). Ein theoretisches Rahmenkonstrukt bieten hierbei die CanMEDS (Tannenbaum et al., 2009) (→ Kap. 2.5). Der Nutzen von Kompetenzprofilen wird im modernen Paradigma des Gesundheitswesens angestrebt (→ Kap. 2.6; 2.7; 2.8).

Berufliche Kompetenzprofile können als Referenzpunkt dienen, wenn beruflicher Beitrag im Gesundheitswesen belegbar sein soll (Büscher et. al., 2009). Kompetenzprofile beschreiben demnach Kompetenzen, professionelle Werte und die berufliche Ethik (Büscher et. al., 2009).

Abschließend kann dargelegt werden, dass zu der Forschungsfrage keine passgenaue Literatur gefunden werden konnte. Die Forscherinnen konnten themenverwandte Studien zu den Themen Kompetenzen im Kontext der Ergotherapie, welche sich aber nicht auf Kompetenzen des Berufsprofiles bezogen oder nur als Verweis in Studien angewendet wurden, recherchieren. Da die recherchierte Literatur nicht ausreicht, um die Forschungsfragen zu beantworten, haben die Forscherinnen einen empirischen Forschungsansatz für das weitere Vorgehen gewählt. Für das Forschungsdesign bieten sich u. a. ein Review, qualitative und quantitative Designs, an. Die Forscherinnen entschieden sich hierbei für ein qualitatives Forschungsdesign, da es sich bei der Fragestellung um das Erleben und die Erfahrungen von Ergotherapeuten*innen mit dem Kompetenzprofil handelt.

Die Entscheidungsfindung zum Forschungsansatz, -design und -methode wird anhand des Entscheidungsbaumes nach Ritschtl et. al (2016) dargestellt:

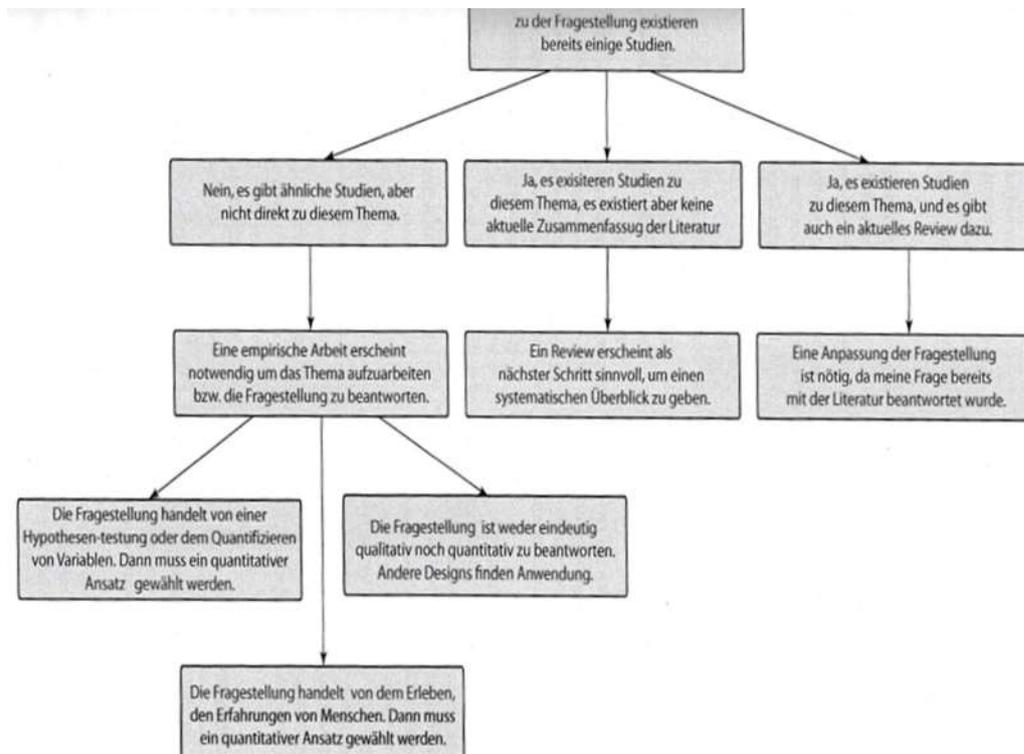


Abb. 10: Entscheidungsbaum Ritschl et. al. (2016, S. 23) [sic]

Das Forschungsthema dieser Studie will die Erfahrungswirklichkeit der Anwender*innen mit dem Kompetenzprofil evaluieren. Der Fokus des Handelns und menschlichen Erlebens gilt der alltäglichen Lebenswelt und handelt von dem Erleben, den Erfahrungen von Menschen (Döring & Bortz, 2016). Nach dem Prinzip ganzheitlicher, rekonstruktiver Untersuchungen lebensweltlicher Phänomene findet im qualitativen Paradigma die alltägliche Lebenswelt von Individuen statt (Döring & Bortz, 2016). Dieses lässt sich nicht durch *“allgemeine Gesetzmäßigkeiten kausal erklären, sondern nur anhand der jeweils individuellen Weltansichten und Sinngebungen der Beteiligten in ihren Alltagszusammenhängen verstehen und intentional erklären“* (Döring & Bortz, 2016, S.65). Eine qualitative empirische Arbeit erschien den Forscherinnen daher notwendig, um das Thema aufzuarbeiten und Antworten auf die Fragestellungen zu finden.

3.2 Forschungsdesign

Dieser empirischen Forschung liegt ein qualitatives empirisches Forschungsdesign mit induktiver Vorgehensweise (→ Kap. 3.3) zugrunde, das im Folgenden kurz begründet wird.

Da bei der qualitativen Forschung das subjektive Erleben der Personen im Vordergrund steht, können dabei keine standardisierten oder objektiven Ergebnisse erfolgen (Ritschl et. al., 2016). Dennoch gibt es in der qualitativen Forschung Gütekriterien (→ Kap. 3.7), durch die die Qualität der Studie gewährleistet und beurteilt werden kann.

Des Weiteren sind für die qualitative Forschung bestimmte Charakteristika beschrieben, wie beispielsweise Subjektbezogenheit und Alltagsorientierung, Offenheit und Reflexivität oder die Stichprobenauswahl (Ritschl et. al., 2016).

In dieser Forschung wird die Subjektbezogenheit und Alltagsorientierung dadurch gewährleistet, dass der Fokus auf der Umsetzung des Kompetenzprofils im individuellen Arbeitsalltag der Personen liegt und somit die natürliche Lebens- und Arbeitswelt dieser Personen einbezogen ist.

3.3 Forschungsmethode

Nach Festlegung des qualitativen Forschungsdesigns erfolgt in diesem Unterkapitel die Wahl der Methode. Methoden der qualitativen Forschung sind Phänomenologie, interpretative phänomenologische Analyse, "Grounded theory", Ethnografie, "Case study", Inhaltsanalyse, Hermeneutik, partizipative Gesundheitsforschung und qualitative Themenbildung (Ritschl et. al., 2016).

Phänomenologie wurde in Praxisberufen und interdisziplinären Wissenschaften angewandt und verhilft mit diesen Methoden, Erfahrungen aus der Praxis wirklichkeitsgetreu verstehbar zu machen (Ritschl et. al., 2016).

Den Menschen phänomenologisch zu betrachten bedeutet, Verhaltensweisen, menschliche Erfahrungen, Situationen und Zusammenhänge so zu untersuchen, wie sie in der Alltagswelt auftreten (Evetts et. al., 2019). Für die Ergotherapie und "Occupational Science"

phänomenologisch bedeutsam ist die Lebenswirklichkeit einer Person oder Gruppe, deren alltägliche Selbstverständlichkeiten normalerweise unbemerkt bleiben und daher als Phänomen verborgen sind (Evetts et. al., 2019).

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden die phänomenologische Herangehensweise und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) zum Beschreiben von Inhalten aus Interviews gewählt, da es weiter das Ziel der Forscherinnen war, die Sichtweisen und die Erfahrungen der teilnehmenden Personen zu verstehen und daraus auf allgemeine Faktoren zu schließen. Dabei entschieden sich die Forscherinnen für die induktive Vorgehensweise. Dies erschien den Forscherinnen nach gemeinsamem Konsens sinnvoll, da das Kompetenzprofil hinsichtlich seiner Anwendung noch nicht erforscht wurde. Die induktive Vorgehensweise sollte so eine unverzerrte, argumentative Darstellung der Studienteilnehmenden aufzeigen.

3.4 Ethische Prinzipien

An dieser Stelle wird auf die ethischen Aspekte in der Forschungsarbeit eingegangen.

Das Zitat von Saadi (1190 – 1292) aus dem Gedicht “der Rosengarten” kann so interpretiert werden, dass jeder Mensch, unabhängig von Aussehen, Religion und sozioökonomischer Situation, Hilfe verdient, wenn er diese benötigt (Menschenkind, 2014). Dieses Zitat beinhaltet ethische Aspekte in einem Appell an die Menschenwürde und die Gleichstellung aller Menschen. Auch in Professionen des Gesundheitswesens sind ethische Aspekte von zentraler Bedeutung.

Die Forscherinnen haben sich hierbei auf die Prinzipien nach Schnell & Dunger (2018) verständigt, da dieser forschungsethische Aspekt, das ethische Einvernehmen aller vier Forscherinnen darstellt.

Die acht forschungsethischen Prinzipien werden jeweils durch Zitate nach Schnell & Dunger (2018) definiert und anschließend in Bezug zu vorliegender Forschungsarbeit gesetzt.

Prinzip 1: Beachtung der Forschergemeinschaft

„Der Forscher muss begründen können, warum zu seinem Thema Forschung überhaupt notwendig ist.“ (Schnell & Dunger, 2018, S. 32)

Der Forschungsarbeit ging eine Recherche voraus, in der nach Studien zum Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) als Forschungsgegenstand gesucht wurde. Das Profil wurde im Jahr 2019 veröffentlicht, so dass es hierzu noch keine Forschungen gab, durch welche die Fragestellung nach der Umsetzung des Kompetenzprofils beantwortet werden hätte können.

Aus den benannten Gründen stellt das Thema der Arbeit einen relevanten Forschungsgegenstand dar. Erkenntnisse von Fachkollegen zu diesem Thema wurden unter anderem im theoretischen Hintergrund (→ Kap. 2) berücksichtigt und darauf aufgebaut.

Prinzip 2: Aufklärung über Ziel und Umstände

„Der Forscher muss erklären können, was das Ziel seiner Forschung ist und unter welchen Umständen die Probanden an ihm mitwirken.“ (Schnell & Dunger, 2018, S. 32)

Vor Teilnahme an der Forschung wurden die Teilnehmenden schriftlich (→ Anh. 5) über die Rahmenbedingungen aufgeklärt. In dem Schreiben enthaltene Informationen waren beispielsweise das Ziel der Forschung, die Hintergründe, die Teilnahmebedingungen und die Hinweise zum Datenschutz. Durch ihre Unterschrift haben sie der Teilnahme an der Forschung unter den angegebenen Bedingungen zugestimmt.

Prinzip 3: Aufklärung über die Methode

„Der Forscher muss das methodische Vorgehen seines Vorhabens explizit erklären können.“ (Schnell & Dunger, 2018, S. 32)

Im Rahmen der Forschungsarbeit wurde eine qualitative Studie durchgeführt. Die Teilnehmenden berichteten in den Interviews von ihrem Erleben bei der Umsetzung des Kompetenzprofils in ihrem Berufsalltag. Die Teilnahme geschah auf freiwilliger Basis. Das methodische Vorgehen wurde so für die Lesenden nachvollziehbar dargelegt (→ Kap. 3).

Prinzip 4: Abschätzung der Folgen

„Der Forscher muss einschätzen, ob seine Forschungstätigkeit ethisch relevante positive oder negative Folgen für den Probanden hat.“ (Schnell & Dunger, 2018, S. 32)

Aus der Teilnahme an der Studie resultieren keine ethisch relevanten positiven oder negativen Folgen für die Teilnehmenden. Durch die gestellten Interviewfragen erzählten die Teilnehmenden von persönlichen Erfahrungen und Meinungen aus ihrer Berufspraxis. Entsprechend der durch die Fragestellungen ausgelösten Antworten wurde dabei individuell auf die Interviewpartner*innen eingegangen und das forschungsethische Verhalten berücksichtigt.

„Der Forscher muss eine „ethische Prävention“ initiieren, die der Prognose gerecht wird.“ (Schnell & Dunger, 2018, S. 34)

Da, wie bei Prinzip 5 aufgezeigt, keine Risiken erkennbar sind, wurde keine ethische Prävention veranlasst.

Prinzip 5: Ethische Prognose

„Der Forscher muss vor der Realisierung seines Vorhabens die durch eine Realisierung möglicherweise auftretenden Verletzungen und Schäden abschätzen („ethische Prognose“).“ (Schnell & Dunger, 2018, S. 33)

Für die an der Forschung Teilnehmenden Personen, die Forscherinnen und anderer Personen sind keine vorhersehbaren Folgen zu benennen.

Prinzip 6: Ethische Prävention

„Der Forscher muss eine „ethische Prävention“ initiieren, die der Prognose gerecht wird.“ (Schnell & Dunger, 2018, S. 34)

Da, wie bei Prinzip 5 aufgezeigt, keine Risiken erkennbar sind, wurde keine ethische Prävention veranlasst.

Prinzip 7: Pflicht zur Wahrheit

„Der Forscher darf keine falschen Aussagen über den Nutzen seiner Forschung abgeben.“
(Schnell & Dunger, 2018, S. 33)

Ziel und Nutzen der Forschung wurden den Teilnehmenden zu Beginn offengelegt, um falschen Erwartungen einer Teilnahme vorzubeugen. Die Teilnehmenden waren darüber informiert, dass die Forschung im Rahmen eines Bachelorstudiums durchgeführt wurde und durch die Interviews Daten zum Forschungsthema generiert werden sollten. Ihnen war bekannt, dass die Daten im Rahmen der Forschungsarbeit genutzt werden.

Prinzip 8: Beachtung der Datenschutzgesetze

„Der Forscher muss die geltenden Datenschutzbestimmungen beachten.“ (Schnell & Dunger, 2018, S. 34)

Schriftliche Aufzeichnungen sowie Videoaufnahmen der Interviews wurden entsprechend der geltenden Datenschutzbestimmungen behandelt. Die Daten wurden ausschließlich für die vorliegende Forschungsarbeit verwendet und alle persönlichen Daten anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf die Identität der Teilnehmenden möglich sind. Die Teilnehmenden wurden im Vorfeld schriftlich (→ Anh. 5) über die Datenschutzhinweise aufgeklärt und haben diesen durch ihre Unterschrift zugestimmt.

3.5 Datenerhebung

In diesem Kapitel wird das genaue Vorgehen der Forscherinnen bei der Datenerhebung beschrieben. Die Datenerhebung umfasst die Erstellung des Interviewleitfadens, die Akquise und die Darstellung der Studienteilnehmenden, die Durchführung der Pretests sowie der Hauptstudie und die Transkription der Interviews.

3.5.1 Interviewleitfaden

Zur Datenerhebung entschieden sich die Forscherinnen für semistrukturierte Leitfadeninterviews. Das Interview ordnet sich nach Ritschl et. al. (2016) der allgemeinen Feldforschung oder Felduntersuchung zu.

Als Forschungsmethode der qualitativen Forschung wurden zur Erhebung der Daten leitfadengestützte, halbstrukturierte Experteninterviews gewählt. Diese zählen als strukturierte Variante der Leitfadeninterviews (Ritschl et. al., 2016). Als Experte*in kann eine Person bezeichnet werden, wenn sie spezielles Fachwissen besitzt (Flick, 2016; Schütz, 1972). Der Fokus der Interviews liegt dabei auf den Perspektiven und Handlungsweisen der Teilnehmenden und deren Auseinandersetzung mit dem Kompetenzprofil in ihrem persönlichen Kontext.

Zur Erstellung des Leitfadens wurden zuerst alle Fragen gesammelt, die in Bezug auf das Forschungsthema von Bedeutung sein könnten und aus dem theoretischen Hintergrund heraus relevant waren. Wie in einem semistrukturierten Interview vorgesehen, nutzten die Forscherinnen Formulierungen in offenen Fragen, um eine Antwortfreiheit zu gewährleisten. Durch die offenen Fragen kann so ersehen werden, welcher Aspekt aus den Antworten hervortreten und als bedeutsam hinsichtlich Tatsachen, Verhalten oder etwa Reaktionen, interpretiert werden kann (Puel, 2019). Die Experteninterviews können durch die offenen Fragen flexibel gestaltet werden und einen hohen Informationsgehalt bringen. Eine große Nachvollziehbarkeit der Argumente durch freies Antworten ermöglicht so eine genaue Analyse, von der wiedergegebenen Wirklichkeit der Befragten (Baur & Blasius, 2014).

3.5.2 Akquise der Studienteilnehmenden

Der Aufruf zur Studienteilnahme wurde im Zeitraum vom 07. Juni bis 30. Juli 2021 durchgeführt. Zur Teilnahme an der Studie wurden die folgenden Einschlusskriterien vorausgesetzt:

Ergotherapeut*innen mit staatlicher Anerkennung, die in Deutschland praktizieren und mindestens 1 Jahr Berufserfahrung haben. Der Arbeitskontext der Ergotherapeut*innen konnte dabei im direkten Klientenkontakt, in einer ergotherapeutischen Leitungsposition, als Lehrende an einer Berufsfachschule oder Hochschule für Ergotherapie oder in der Forschung sein. Das

Arbeitsfeld und Klientel waren hierbei nicht festgelegt. Relevant für diese Forschung war, dass Studienteilnehmer*innen das Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019a) kennen und es in ihrer Arbeit anwenden.

Die Ausschlusskriterien lassen sich anhand der Einschlusskriterien ableiten. Ergotherapeut*innen, die noch in einer erstqualifizierenden ergotherapeutischen Ausbildung sind oder noch unter einem Jahr Berufserfahrung aufweisen wurden von der Studie ausgeschlossen Auch für Ergotherapeut*innen, die nicht in Deutschland tätig sind, keinen in Deutschland staatlich anerkannten Abschluss des Berufes Ergotherapeut*in vorweisen können oder nicht (mehr) als Ergotherapeut*in tätig sind, war die Teilnahme nicht möglich.

Zur Teilnehmerakquise versendeten die Forscherinnen per E-Mail einen Flyer über soziale Netzwerke, wie Facebook-Gruppen, Instagram und Ergotherapie-Foren.

Hierzu wurde als Verfahren das probabilistische Auswahlverfahren der einfachen Stichprobe gewählt (Ritschl et. al., 2016). Dies zeigt eine Stichprobe durch Zufallsprinzipien aus der Grundgesamtheit auf und war für die Forscherinnen zeit- und kostensparend. Diese Stichprobenziehung ist daher nicht repräsentativ und kann nicht auf die Gesamtpopulation angewendet werden.

Hierzu wählten die Forscherinnen die Spiekermann-Liste in dem “ErgoXchange” Forum für Ergotherapie (Spiekermann, o.D.). Zur Akquirierung nutzten die Forscherinnen die unterschiedlichen Postleitzahlenbereiche und wählten unterschiedliche, willkürliche Ziffern pro Postleitzahlenbereich aus, um Institutionen herauszufiltern. Bei veralteten Kontaktangaben wurde die jeweils nächste untenstehende Institution per E-Mail angeschrieben. Hierbei legten die Forscherinnen fest, dass jede von ihnen insgesamt 25 Adressen kontaktiert, so dass insgesamt 100 Adressen angeschrieben wurden.

Forscherin	Postleitzahlenbereich	Ausgewählte Institution zur Studienakquise
XY	4	Jeder 10. Eintrag

Tab. 3 Vorgehensweise der Teilnehmerakquise

Ebenso wurde die Möglichkeit der gezielten, persönlichen Ansprache einer*s Ergotherapeut*in genutzt, der*die über den DVE Kontakt zu potentiellen Teilnehmenden hatte. Dadurch konnten

nach dem “Schnellballsystem”, zwei Personen für den Pretest gewonnen werden (→ Kap. 3.5.4).

Nachdem sich an dem von den Forscherinnen gewählten Ablaufdatum am 20.06.21 auf den Aufruf der Studie nur vier Studieninteressierte per E-Mail gemeldet hatten, wovon eine Person ihr Interesse an der Studie per E-Mail wieder zurückzog, wurde der Aufruf gezielt über Ansprache an Kollegen*innen und Kommilitonen*innen der Forscherinnen mit der Bitte um Weiterleitung des Flyers, gestartet und das Ablaufdatum des Studienaufrufes bis zum 30.06.21 verlängert.

Nach diesem Aufruf meldete sich eine weitere Person per E-Mail. Nach der zweiten Verlängerung unseres Studienaufrufes konnten insgesamt 4 Personen für diese Studie akquiriert werden. Eine Person, welche im ersten Durchgang Interesse zeigte, meldete sich nicht mehr und wurde daher nicht mehr mit einbezogen, so dass sich die Teilnehmerrekrutierung auf 3 Personen reduzierte. Da nicht abzusehen war, wie viele der bereits akquirierten Personen die Studie vorzeitig abbrechen würden, entschieden die Forscherinnen den Aufruf zur Studie erneut bis zum 30.07.21 zu verlängern. Ebenso wurde ein Aufruf auf der DVE-Website veröffentlicht. Nach Ablauf der dritten Verlängerung konnten drei weitere Personen akquiriert werden, was die Teilnehmerzahl auf 6 Personen erhöhte. Durch gemeinsamen Konsens haben sich die Forscherinnen entschieden, die Person, mit der der zweite Pretest durchgeführt wurde, und die im Vorfeld in Absprache mit den Forscherinnen ihr Einverständnis hierzu gab, in die Studie mit aufzunehmen.

Mit einer Teilnehmeranzahl von sechs Studienteilnehmenden, wurde der Aufruf zur Studie am 30.07.21 beendet und die Hauptstudie durch den Einbezug der*des Pretestenden mit einer Teilnehmeranzahl (n) von n = 7 durchgeführt.

Ablauf Teilnehmerakquise	Zeitraum	Studienteilnehmende (TN)
Erstellung	Bis 16.05.21	--

Leitfaden		
Durchführung Evaluation Pretest	28. 05. 21 bis 05.06.21	2 TN (Pretestende)
Akquise Studienteilnehmende	→ 20.06.21	4 TN gemeldet 1 TN abgesagt
1. Verlängerung Akquise	→ 30.06.21	1 TN gemeldet 1 TN keine Rückmeldung
2. Verlängerung Akquise	→ 30.07.21	3 TN gemeldet
Durchführung Interviews/Hauptstudie	07.06.21 bis 06.08.21	6 TN + 1 Pretesende*r TN / n = 7

Tab. 4: Ablaufschema Teilnehmerakquise; TN= Teilnehmende; n= Teilnehmerzahl insg.).

3.5.3 Darstellung der Studienteilnehmenden

Dieses Kapitel gibt aufgrund des qualitativen Charakters dieser Studie nur einen kurzen Überblick über Merkmale der Teilnehmenden, welche für diese Studie relevante Informationen enthält.

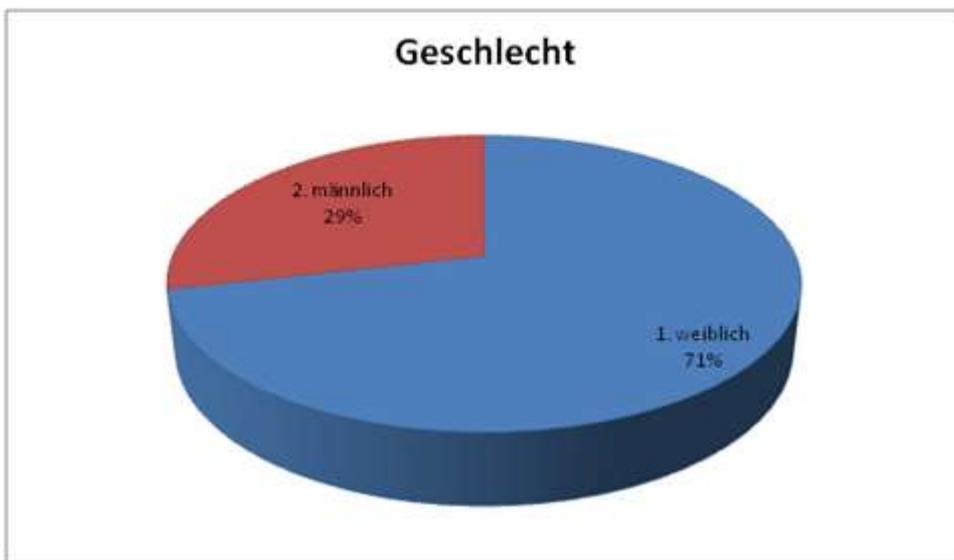


Abb. 11: Diagramm Darstellung Geschlecht; Teilnehmende Anzahl n = 7

Von den 7 Teilnehmenden waren 5 Personen (71%) weiblich und 2 Personen (29%) männlich. Da sich in der personenbezogenen Datenabfrage keine Person (0%) dem Geschlecht “divers” zuordnete, wurde dieses im Diagramm nicht abgebildet.

Das Alter der Teilnehmenden liegt, wie die nachfolgende Tabelle zeigt, zwischen 30 und 63 Jahren. Die Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren war mit drei Personen am meisten repräsentiert, während im Alter zwischen 41 und 49 Jahren zwei Personen und jeweils eine Person mit 52 und 63 Jahren teilnahmen.

Teilnehmer	TN1	TN2	TN3	TN4	TN5	TN6	TN7
Alter in Jahren	49	32	30	41	63	39	52

Tab. 5: Darstellung Altersverteilung der Teilnehmenden. Teilnehmer (TN); Fallnummer (1, 2 etc.)

Die nachfolgende Tabelle stellt den Arbeitsbereich und Arbeitskontext der Teilnehmenden dar.

Teilnehmende	Bundesland	Höchster ergotherapeutischer Abschluss	Arbeitsfeld	Fachrichtung	Arbeitssetting
<i>TN 1</i>	NRW	Master of Science	Lehre	Alle Fachrichtungen, Schwerpunkt Pädiatrie	FS für Ergotherapie
<i>TN 2</i>	BW	Master of Science	direkter Klientenkontakt, Lehre, Leitungsposition	Neurologie und Orthopädie	Praxis für Ergotherapie, FS für Ergotherapie
<i>TN 3</i>	BW	Master of Science	direkter Klientenkontakt, Lehre, Leitungsposition	Neurologie	FS für Ergotherapie
<i>TN 4</i>	BY	Berufsausbildung	Lehre, Leitungsposition	Lehre	FS für Ergotherapie
<i>TN 5</i>	BW	Master of Science	Lehre	Schule	FS für Ergotherapie
<i>TN 6</i>	BY	Master of Science	Lehre	Lehre	FS für Ergotherapie
<i>TN 7</i>	NRW	Berufsausbildung	direkter Klientenkontakt, Lehre, Leitungsposition	Psychiatrie und Neurologie	Praxis für Ergotherapie, FS für Ergotherapie, Fortbildungsinstitut

Tab. 6 Darstellung Arbeitsbereiche der Teilnehmenden; Teilnehmende (TN); Fachschule (FS); Baden-Württemberg (BW); Nordrhein-Westfalen (NRW); Bayern (BY).

3.5.4 Durchführung des Pretests

Um Antworten auf die Forschungsfrage zu erhalten, erstellten die Forscherinnen theoriegebundene Interviewfragen (→ Anh. 8). Zur Evaluation des Interviewleitfadens wurde ein Evaluationsbogen entwickelt (→ Anh. 7) und den Pretestenden nach Durchführung der Interviews per E-Mail gesendet. Der Evaluationsbogen enthielt Fragen hinsichtlich Relevanz,

Verständlichkeit, logischem Aufbau und atmosphärischen Aspekten während des Interviews. Anschließend wurden zwei Experteninterviews durchgeführt. Beide Experten*innen haben langjährige Berufserfahrung und den M.Sc. in Ergotherapie. Beide Expert*innen arbeiten vorwiegend in der Lehre. Eine Person davon ist darüber hinaus auch im direkten Klientenkontakt tätig. Beide Expert*innen besitzen ein vertiefendes Verständnis über den Inhalt des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) und setzten das Kompetenzprofil in ihrer Arbeit regelmäßig ein.

	Pre1	Pre2
Bundesland	BW	BW
Höchster Schulabschluss	Fachhochschulreife	Fachgebundene Hochschulreife
Höchster (ergoth.) Berufsabschluss	Master of Science	Master of Science
Arbeitsfeld	Direkter Klientenkontakt Lehre Forschung	Direkter Klientenkontakt Lehre Leitungsposition
Fachrichtung	Pädiatrie	Neurologie Orthopädie
Setting	Praxis Schule	Ergotherapiepraxis Ergotherapieschule

Tab. 7: Darstellung Pretest; Baden-Württemberg (BW).

Nach der Durchführung der Pretests, sendete der*die erste Pretestende den Evaluationsbogen nicht zurück. Dieser konnte daher nicht ausgewertet werden. Der*die zweite Pretestende beantwortete die Fragen über diese hinaus. Die Forscherinnen entschieden sich, im gegenseitigen Konsens, die Antworten aus dem Pretest, die für alle Forscherinnen relevante Informationen zur Überarbeitung des Leitfadens enthielten, zu verwenden. Die Evaluation der Informationen aus dem Pretest ergab, dass der Leitfaden dabei nicht in wesentlichen semantischen Punkten geändert werden sollte. Die im Evaluationsbogen gestellten Fragen wurden von der*dem Pretestenden hierbei nicht beantwortet, sondern beinhalteten Vorschläge zur Leitfragengestaltung innerhalb der Lehre und der Ausbildung. Da Auszubildende aufgrund der Ausschlusskriterien

in dieser Forschung nicht eingeschlossen waren, fanden die Vorschläge für diese Forschung keine Anwendung. Des Weiteren gab der*die Pretestende Vorschläge zur deduktiven Kategorienbildung an, die in unserem Forschungsprozess ebenso keine Anwendung fanden, da sich die Forscherinnen im gemeinsamen Konsens auf die induktive Kategorienbildung verständigt hatten (→ Kap. 3.6). Der Evaluationsbogen des Pretestenden 2 mit Hinweis auf die gegebene ausführliche Rückmeldung ist im Anhang der Arbeit (→ Anh. 7) einzusehen.

3.5.5 Durchführung der Hauptstudie

Vorab wurde den sieben Studienteilnehmenden (einem*r davon vorab bereits durch den Pretest) die Datenschutz- und Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie (→ Anh. 5) sowie die Abfrage zu den Angaben zur Person per E-Mail zugesendet (→ Anh. 6). Ebenso wurde per E-Mail den Studieninteressierten angeboten, das Kompetenzprofil DVE (2019a) vorab zugeschickt zu bekommen. Hiermit sollte ein voriges Einlesen und eine visuelle Orientierung während des Interviews gewährleistet werden. Ebenso sollte das Vorliegen des Kompetenzprofils des DVE (2019a) differenziertere Antworten in den Interviews ermöglichen. Die Studienteilnehmenden hatten das Profil ggf. eigenständig beim Interview vorliegen. Während der Hauptstudie waren in jedem Interview die teilnehmende Person, eine Forscherin als Moderatorin und eine Forscherin als Co-Moderatorin über die Plattform Teams online anwesend. Dabei wurde der Interviewablauf zu Beginn von der Moderatorin erklärt und anschließend das Interview in Bild und Ton aufgenommen. Die Anwesenheit der Co-Moderatorin wurde als qualitätsunterstützende Maßnahme durchgeführt, um eine weitere inhaltliche und formelle Begleitung des Interviews zu ermöglichen. Die Co-Moderatorin konnte bei Bedarf entsprechend intervenieren, beispielsweise, um auf übersprungene Interviewfragen hinzuweisen oder bei Rückfragen der Teilnehmenden eine Zweitmeinung einzubringen.

3.5.6 Transkription der Interviews

Nach Mayring (2015) ist die Übertragung der Interviews in ein normales Schriftdeutsch die am meisten verwendete Methode. Dabei werden beispielsweise Dialekte der Teilnehmenden nicht

transkribiert und Fehler im Satzbau werden korrigiert. Diese Methode wird angewendet, wenn die inhaltlichen Informationen im Mittelpunkt stehen.

Die Forscherinnen entschieden sich für die wörtliche Transkription. Die inhaltlich-thematische Ebene, das Erleben der Anwendung des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a), stand im Mittelpunkt dieser Arbeit. Die sprachliche Gewandtheit und Ausdrucksfähigkeit traten in den Hintergrund (Gläser-Zikuda, 2011).

Zur Transkription verwendeten die Forscherinnen das PC-gestützte Programm MAXQDA 2020 (VERBI Software, 2019). Die Nutzung von MAXQDA 2020 (VERBI Software, 2019) verhalf damit zur Qualitätssicherung der Auswertung. Der gesamte Prozess der Datenaufbereitung zeigte transparent die Beziehungen zwischen Sinneinheiten in einer lückenlosen Dokumentation auf.

Nach der Transkription wurden die Transkripte den Studienteilnehmenden per E-Mail zugesandt, um diese im Abgleich mit dem Gesagten hin kritisch zu überprüfen (Member Checking). Alle sieben Studienteilnehmenden bestätigten durch die Rücksendung der Transkripte, die Richtigkeit und Vollständigkeit, dieser.

3.6 Datenanalyse

Für die Datenanalyse entschieden sich die Forscherinnen übereinstimmend für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) und orientierten sich dabei an den einzelnen von Mayring beschriebenen Schritten. Die Inhaltsanalyse wird als Auswertungsmethode bezeichnet, da bereits fertiges, sprachliches Material vorliegt (Mayring, 2015). Eine systematische, regelgeleitete und theoriegeleitete Vorgehensweise ist hierbei elementar. Damit eine Entscheidung hinsichtlich des zu interpretierenden Materials getroffen werden kann, ist eine genaue Analyse des Ausgangsmaterials notwendig (Mayring, 2015).

Festlegung des Materials

In dem ersten Schritt der Datenanalyse wird festgelegt welches Material zur weiteren Analyse verwendet wird (Mayring, 2015).

Bei dem für diese Forschung ausgewählten Material handelt es sich um die Transkripte der sieben durchgeführten Interviews (→ Kap. 3.5.5). Bei der Analyse wurde das gesamte Material der sieben Interviews verwendet.

Alle sieben Teilnehmenden arbeiteten zum Zeitpunkt des durchgeführten Interviews in der Lehre. Vier von ihnen arbeiten zusätzlich im direkten Klientenkontakt.

Analyse der Entstehungssituation

Bei der Analyse der Entstehungssituation wird beschrieben von welcher Person und unter welchen Umständen das Material generiert wurde (Mayring, 2015).

Die Studieninteressierten konnten sich auf den Studienaufruf hin melden. Die Teilnahme an den Interviews basierte somit auf Freiwilligkeit.

Bei den Interviews wurden halbstandardisierte Fragen genutzt, die theoriegebunden erstellt wurden. Die Studieninteressierten erhielten vorab per E-Mail die Informationen und Bedingungen zur Teilnahme an der Forschung. Bei der Durchführung der Interviews wurden die im Leitfaden festgelegten offenen Fragen gestellt, was den Teilnehmenden freies Antworten ermöglichte. Aufgrund der Corona-Pandemie fanden alle Interviews online über Teams statt (→ Corona-Passus). Die Teilnehmenden befanden sich dabei in ihrer realen Lebenswelt (z. B. häusliches Umfeld, Arbeitsplatz). Der Vorteil der Online-Interviews bestand in der Möglichkeit, die Expert*innen, ohne großen zeitlichen und räumlichen Aufwand, interviewen zu können. Die Interviews wurden von den Forscherinnen dieser Studie durchgeführt (→ Kap. 3.5.5). Hierbei wurde eine Zeit von 60 Minuten eingeplant.

Formale Charakteristika des Materials

Die Form der Sammlung des Datenmaterials wird in den formalen Charakteristika beschrieben (Mayring, 2015).

Die Forscherinnen verwendeten für die Aufnahme der Interviews in Bild und Ton, die Online Plattform Microsoft Teams (Microsoft Corporation Version 1.0., 2021). Die Transkription der Interviews wurde mithilfe des Softwareprogramms MAXQDA (VERBI Software, 2019) am

Computer in einem Worddokument verschriftlicht. Die personenbezogenen Daten der Teilnehmenden wurden am PC in eine Excel-Tabelle eingepflegt und die für diese Forschung relevanten Daten in Tabellen und einer Grafik (→ Kap. 3.5.3) dargestellt.

Dabei wendeten die Forscherinnen die erweiterten Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) an (→ Anh. 8).

3.6.1 Fragestellungen der Analyse

Bei der Fragestellung der Analyse geht es um die Festlegung dessen, was aus dem Ausgangsmaterial interpretiert werden soll (Mayring, 2015). Dies beinhaltet nach Mayring (2015) die Richtung der Analyse und die theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung.

Richtung der Analyse

Aus dem generierten Material können nach Mayring (2015) verschiedene Informationen, wie beispielsweise über den Gegenstand oder den Verfasser des Textes extrahiert werden. Mayring (2015) ordnet den Text dazu in ein inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell ein. Die Interviews sollen die Studienteilnehmenden dazu veranlassen, über ihre bisherigen Erfahrungen in ihrer beruflichen Lebenswirklichkeit mit dem Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) zu erzählen. Von Interesse waren hierbei die Möglichkeiten und Herausforderungen bei der Nutzung des Profils und welche Bedeutung dieses für die Ergotherapie hat. Bei Betrachtung des Kommunikationsmodells setzt die Richtung der Analyse beim Kommunikator an (Mayring, 2015). Für die Forschung von Bedeutung sind der emotionale und kognitive Hintergrund und der Handlungshintergrund der Teilnehmenden. Diese stehen unter anderem in Verbindung mit dem Vorverständnis der Teilnehmenden (Mayring, 2015).

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Die Analyse wird durch die inhaltliche Fragestellung begründet. Laut Mayring (2015) werden dabei die in Theorien gewonnene Erfahrungen anderer Personen über einen Gegenstand dargestellt.

Das Datenmaterial enthält die Erfahrungen von sieben Experten*innen mit der Anwendung des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) in ihrem beruflichen Arbeitsalltag. Wie im theoretischen Hintergrund dargestellt, formuliert das Kompetenzprofil einheitliche Standards was Ergotherapeut*innen nach einer Ausbildung auf DQR 6 Niveau können sollen (Möller,-2019). Kompetenzprofile zeigen so Abschlusskompetenzen auf, welche sich in der Ausbildung und im Ausbildungsziel widerspiegeln (Kaldewei, 2019). Ergotherapeutische Kompetenzen vereinen nach Kaldewei (2019) kognitive und meta-kognitive Fähigkeiten. Ebenso vereint werden hierbei Fachwissen, zwischenmenschliche, praktische und intellektuelle Fähigkeiten sowie ethische Werte (Kaldewei, 2019). Die Erarbeitung von Kompetenzprofilen wird von Experten*innen durch die Aushandlung und Systematisierbarkeit der wichtigsten Kompetenzen, konzipiert (Kaldewei, 2019).

Diese Studie soll dabei den Ist-Zustand der Praktikabilität hinsichtlich der Erfahrungswerte mit dem Kompetenzprofil aufzeigen und einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Kompetenzprofils leisten.

Aufgrund des theoretischen Hintergrunds und der vorhandenen Literatur orientiert sich die Ausarbeitung dieser Studie an den Leitfragen innerhalb der Hauptfragestellung.

3.6.2 Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

Im allgemeinen Konsens entschieden sich die Forscherinnen für die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Zur Auswertung der Daten wurden die Inhalte jedes Interviews schrittweise zusammengefasst, um die Kernaussagen, wie nach Mayring (2015) beschrieben, zu erhalten.

Grundprinzip dieser Analyse ist es, *“dass die jeweilige Abstraktionsebene der Zusammenfassung genau festgelegt wird, auf die das Material durch den Einsatz der Makrooperatoren transformiert wird”* (Mayring, 2015, S. 69).

Mayring (2015) beschreibt dazu ein Ablaufmodell in 7 Schritten (→ tt 12; Anh. 12), wobei die Schritte 2 bis 5 bei großen Datenmengen in einem Schritt durchgeführt werden können. Dabei wurden von den Forscherinnen zur Übersichtlichkeit alle 7 Schritte durchgeführt.

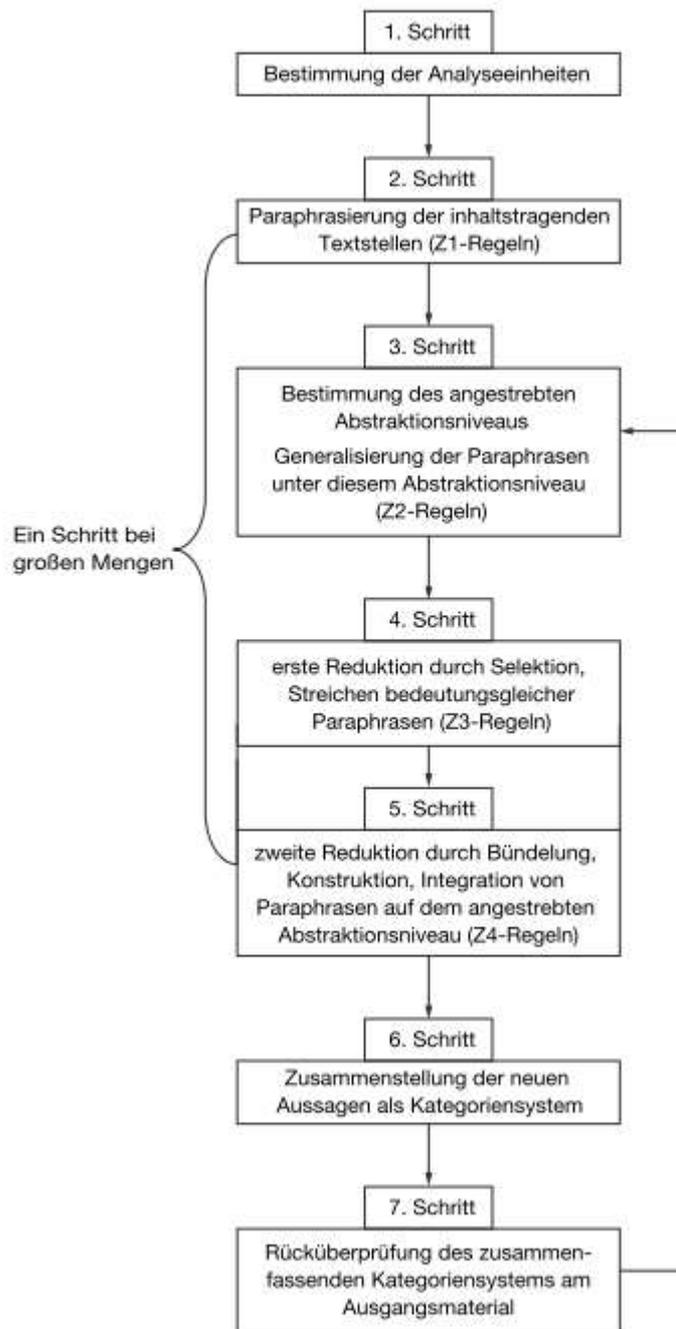


Abb. 12: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S.70)

1. Schritt: Bestimmung bei der Analyseeinheiten

Nach Mayring (2015) wird durch die Kodiereinheit, der kleinste auszuwertende Materialbestandteil des Textmaterials festgelegt. Die Forscherinnen legten als Minimum einer Einheit einen Satz fest. Hierbei wurden als Satz mindestens zwei Satzglieder bestimmt. Bei einem Satz mit zwei Satzgliedern wurde bestimmt, dass dieser ein Prädikat enthält.

Als Kontexteinheit wird die größtmögliche Texteinheit für eine Kategorie bestimmt (Mayring, 2015). Hierfür wählten die Forscherinnen eine Anreihung von Sätzen, die inhaltlich miteinander verknüpft sind bzw. einen Absatz.

Nach Mayring (2015) fällt bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse Auswertungs- und Kontexteinheit zusammen.

Als Analyseeinheit wurde ein Transkript definiert. Als Kontexteinheit wurde das gesamte Material, da alle sieben Transkripte beinhaltet, definiert. Dabei wurden die einzelnen Transkripte der Teilnehmenden anonymisiert und einer Fallnummer (von 1 bis 7) zugeordnet (Teilnehmer [TN]: TN1, TN2 etc.). Die Auswertungseinheit legte hierbei die Reihenfolge der auszuwertenden Textpassagen ab.

Die Forscherinnen legen die Reihenfolge entsprechend dem chronologischen Interviewablauf fest. Dabei wurde die Inhaltsanalyse in Tabellenform strukturiert und das Datenmaterial in Fallnummer, Seitenzahl, Zeile, Originaltext, Paraphrase, Generalisierung, Reduktion und Kategorie unterteilt. Dabei wurden die Analyseschritte auf jede Analyseeinheit, die ein transkribiertes Interview darstellt, separat angewendet.

Die sieben Transkripte wurden unter den vier Forscherinnen aufgeteilt und einzeln analysiert.

2. Schritt: Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen nach den Z1-Regeln

Die Kodiereinheiten werden nach Mayring (2015) in eine kurze, inhaltlich beschränkte und beschreibende Form umgeschrieben. Dies ist die Paraphrasierung. Hierbei werden ausschmückende oder nicht inhaltsrelevante Textbestandteile weggelassen und in einer einheitlichen Sprache formuliert und so in einer grammatikalischen Kurzform verschriftlicht. Hierbei werden die Z1-Regeln entsprechend der zusammenfassenden Inhaltsanalyse angewendet (→ Anh. 12).

Bei der Paraphrasierung wurden die einzelnen Transkripte durch Streichen von nicht inhalts-tragenden Textbestandteilen, analysiert. Dabei wurde auf eine grammatikalische Kurzform und eine einheitliche Sprachebene durch die Forscherrinnen geachtet.

3. Schritt: Bestimmung des festgelegten Abstraktionsniveaus nach den Z2-Regeln

An dieser Stelle findet die Generalisierung der Paraphrasen unter dem Abstraktionsniveau statt.

Dieser Analyseschritt bestimmt das Abstraktionsniveau des Datenmaterials. Hierbei werden alle Paraphrasen, die unter diesem Abstraktionsniveau liegen, verallgemeinert, was Mayring (2015) als Makrooperator der Generalisation bezeichnet. Paraphrasen über dem Abstraktionsniveau werden hierbei erstmal belassen (Mayring, 2015).

Die Paraphrasen wurden in diesem Schritt durch die Forscherinnen verallgemeinert und es wurde darauf geachtet, die Prädikate dabei auf die gleiche Weise zu generalisieren.

Hierbei wurde das Datenmaterial auf das angestrebte Abstraktionsniveau modifiziert. Als Abstraktionsniveau legten die Forscherinnen fest, dass alle Aussagen der Teilnehmenden beim Interview, die für die Erfahrungen mit der Umsetzung des Kompetenzprofils relevant sind, verwendet werden. Die theoretisch untermauerten Leitfragen gaben dabei Hinweise, was relevante Aspekte für die Anwendung bzw. Umsetzung des Kompetenzprofils waren.

4. Schritt: Erste Reduktion durch Selektion nach den Z3-Regeln

In diesem Schritt werden bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen.

Durch die Makrooperatoren „Auslassen“ und „Selektion“ werden inhaltsgleiche Paraphrasen des Datenmaterials gestrichen und unwichtige oder nicht inhalts-tragende Paraphrasen weglassen sowie weiterhin zentral inhalts-tragende Paraphrasen übernommen (Mayring, 2015). (→ Anh. 12).

Die Forscherinnen führten die erste Reduktion mit den Makrooperatoren “Auslassen” und “Selektion” innerhalb der Analyse der einzelnen Transkripte durch. Hierbei verwendeten sie den Makrooperator “Auslassen”, wenn sich inhaltsgleiche Paraphrasen doppelten, nicht inhalts-tragend oder von den Forschenden als unwichtig erachtet wurden, indem diese Paraphrasen aus

dem Datenmaterial gestrichen wurden. Alle Paraphrasen, die sich als inhaltstragend erwiesen, wurden mit dem Makrooperator “Selektion” weiter als Datenmaterial beibehalten. Die erste Reduktion wurde hierbei in der verwendeten Tabelle, eine Spalte rechts neben den generalisierten Paraphrasen, eingetragen. So entstand eine grobe Kategorienbildung.

5. Schritt: Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau nach den Z4-Regeln

In der zweiten Reduktion werden mehrere, mitunter über das Datenmaterial verteilte und sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst. Diese Paraphrasen werden durch neue Aussagen wiedergegeben (Mayring, 2015). Dabei greift der Makrooperator “Bündelung” bei ähnlichen Aussagen oder mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand. Mit den Makrooperatoren “Konstruktion” oder “Integration” (→ Anh. 12) werden Paraphrasen bei einem gleichen oder ähnlichen Gegenstand und verschiedener Aussagen zu einer Paraphrase zusammengefasst (Mayring, 2015).

Dieser Analyseschritt zeigt den Abschluss des ersten Datenmaterialdurchgangs auf.

Mit den Makrooperatoren “Bündelung, Konstruktion und Integration”, wurde das Datenmaterial weiter reduziert. Die zweite Reduzierung wurde hierbei in einer neuen Tabelle mit den generalisierten Paraphrasen und der ersten Reduzierung am PC eingepflegt (→ Anh. 11). Hierbei wurden zur Übersichtlichkeit die jeweils reduzierten Paraphrasen der ersten Reduktion und die neu entstandenen Kategorien aus diesen zur zweiten Reduktion farblich passend zugeordnet (→ Anh. 11).

Das Abstraktionsniveau setzten die Forscherinnen dabei, wie nach Mayring (2015) im Ablauf der zusammenfassenden Analyse vorgesehen, entsprechend „herauf“ oder „herab“. Das „Herabsetzen“ bezog sich hierbei auf eine neue Kodiereinheit in Form einer neu verschriftlichten Paraphrase, wenn eine Paraphrase sich nicht in eine bereits bestehende einordnen ließ. Das „Heraufsetzen“ bedeutete demnach, dass Paraphrasen z. B. gestrichen oder zu einer zusammengefasst wurden, wenn diese bereits kodiert waren. Das Abstraktionsniveau zeigte sich angepasst, wenn Paraphrasen nicht mit anderen bereits generalisierten Paraphrasen in Bezug

standen. Dies macht die Paraphrase nach Mayring (2015) zu einer neuen Aussage bündelbar, integrierbar und konstruierbar.

6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Hier wird überprüft, ob die innerhalb eines Kategoriensystems zusammengebrachten neuen Aussagen noch das Ausgangsmaterial repräsentieren (Mayring, 2015). Somit soll sichergestellt werden, dass relevantes Datenmaterial nicht übergangen wurde oder verloren ging.

In einer weiteren Tabelle wurden die Kategorien der zweiten Reduzierung nochmal gebündelt und zusammengefasst und die Kategorien mit dem Originaltext abgeglichen. Innerhalb des Kodiervorgangs erhielten die Kategorien (K) Ziffern (1, 2 usw.). Diese wurden dabei nicht hierarchisch geordnet, sondern stehen gleichberechtigt in gegenseitiger Wechselwirkung zueinander. Zur endgültigen Erstellung des Kategorienbaums wurden die Kategorienbildungen im Abgleich zum Originaltext jeweils von einer anderen Forscherin durchgeführt, so dass jede Forscherin das Kategoriensystem einer anderen Forscherin abglich.

7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

In diesem Analyseschritt wird durch einen Abgleich des zusammenfassenden Kategoriensystems eine Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial hinsichtlich der Zusammenfassung durchgeführt (Mayring, 2015).

Die Rücküberprüfung der zweiten Reduzierung fand mit allen Forscherinnen durch das gegenseitige Abgleichen der Kategorienbildungen statt. Hierbei wurden nochmals Kategorien zusammengefasst und im gegenseitigen Konsens abschließend gebildet. Hierzu wurde der Kategorienbaum als grafisch dargestellt (→ Kap. 4).

3.7 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die qualitative Studie wurde in einer Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) ausgewertet. Aufgrund dessen wurden für ein einheitliches Vorgehen auch die von Mayring (2016) beschriebenen sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung verwendet. Diese werden im Folgenden dargestellt und in Verbindung zur Forschungsarbeit gesetzt.

Verfahrensdokumentation

Das Vorgehen dieser Studie ist nach dem Forschungsgegenstand ausgerichtet und die Methoden wurden daran angepasst (Mayring, 2016). Durch den theoretischen Hintergrund (→ Kap. 2) wird das Vorverständnis zu der Forschung erläutert. Die Erklärung zur Wahl der Analyseinstrumente sowie der Durchführung der Datenerhebung finden sich im Methodenteil (→ Kap. 3). Das Vorgehen bei der Auswertung der gesammelten Daten wird im Kapitel Datenanalyse (→ Kap. 3.6) dargestellt. Die einzelnen Schritte und Vorgehensweisen im Forschungsprozess werden somit für den Lesenden nachvollziehbar.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Besonders in der qualitativen Forschung stellen Interpretationen nach Mayring (2016) einen wichtigen Faktor dar. Da Interpretationen nicht nachweisbar sind, müssen diese durch Argumentation belegt werden. Das Vorverständnis im theoretischen Hintergrund (→ Kap. 2) bildet dabei die Basis für die Interpretationen der Forscherinnen. Der argumentativen Interpretation liegen die Ergebnisse (→ Kap. 4) der Datenauswertung zugrunde.

Regelgeleitetheit

Feststehende Verfahrensregeln müssen, trotz Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand, in der qualitativen Forschung befolgt und das Material in systematischem Vorgehen bearbeitet werden (Mayring, 2016). Dieses Gütekriterium wurde auch in der vorliegenden Forschungsarbeit eingehalten. Die Analyse der Daten (→ Kap. 3.6) wurde, entsprechend den von Mayring

(2016) beschriebenen sieben Schritten der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt.

Nähe zum Gegenstand

Mayring (2016) beschreibt, dass die Nähe zum Forschungsgegenstand erreicht wird, indem so nah wie möglich in der Alltagswelt der Teilnehmenden, also im Feld, geforscht wird. Die in dieser Forschung teilnehmenden Personen arbeiten in ihrem Berufsalltag mit dem Kompetenzprofil und können daher das eigene Erleben der Umsetzung gut beschreiben, wodurch die Nähe zum Gegenstand hergestellt wurde. Das Interesse der Teilnehmenden, die dem Studienaufruf folgten, war gegeben. Die Ergebnisse in → Kapitel 4 zeigen auf, dass alle Teilnehmenden von persönlichen Erfahrungen mit dem Forschungsgegenstand berichten konnten.

Kommunikative Validierung

Durch das Vorlegen der Ergebnisse und der Interpretation an die Teilnehmenden kann die Gültigkeit überprüft und abgesichert werden (Mayring, 2016). Die Teilnehmenden erhielten jeweils das Transkript ihres Interviews zur Rücküberprüfung. Somit erhielten sie die Möglichkeit, den Inhalt ihrer Aussagen zu prüfen und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen.

Triangulation

Triangulation bedeutet, dass zur Beantwortung einer Fragestellung verschiedene Möglichkeiten der Lösung herangezogen werden, um somit die Qualität der Studie zu steigern (Mayring, 2016). Dies kann sich auf unterschiedliche Quellen der Daten, Forschende, Methoden oder Theorien beziehen. In dieser Forschung wurden die Forscherinnen als unterschiedliche Interpreten genutzt. Dabei wurden beispielsweise bei der Analyse der Interviews unterschiedliche Lösungsansätze gefunden und die Ergebnisse verglichen und auf einen gemeinsamen Konsens gebracht.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse anhand der zuvor herausgearbeiteten und im Folgenden dargestellten Kategorien K1 bis K9 erläutert. Zur Verdeutlichung der Inhalte werden die Ergebnisse mit Zitaten der Teilnehmenden untermauert.

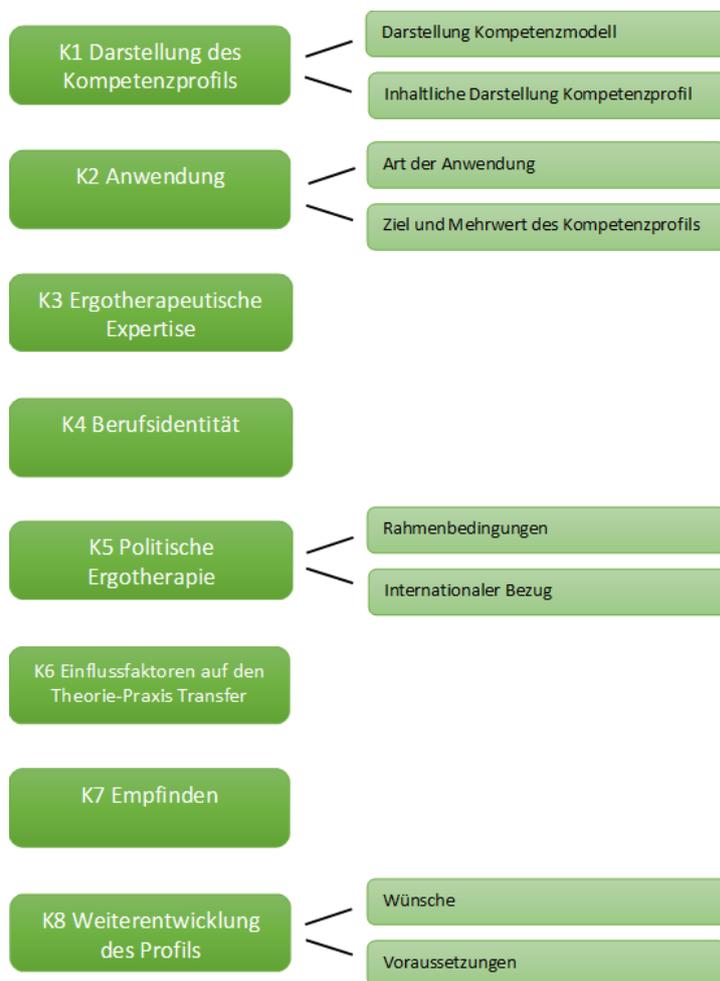


Abb. 13: Kategorienbaum

Die Abfolge der Kategorien wurde in logischer Reihenfolge geordnet, stellt aber keine inhaltliche Hierarchisierung dar.

Kategorien

Kategorie 1 (K1): Darstellung des Kompetenzprofils

Wie im Kategorienbaum ersichtlich, wurden die Unterkategorien Darstellung Kompetenzmodell und inhaltliche Darstellung Kompetenzprofil gebildet. Die inhaltliche Darstellung wurde in Subkategorien Verständlichkeit und Qualifikationsniveau unterteilt.

Unterkategorie (K1): Darstellung Kompetenzmodell

Diese Unterkategorie gibt die qualitativen Aussagen der Expert*innen über die Darstellung des Kompetenzprofils, welches als Kompetenzmodell bezeichnet wird, als Grafik wieder.

Die grafische Präsentation des Kompetenzprofils, hinterließ einen **positiven ersten Eindruck**.

Diese wurde als **fundiert, klar** und **ansprechend** bezeichnet (TN1, TN4). Für TN3 stellt es die Einzigartigkeit der Ergotherapie dar (TN3).

TN1, Abs. 7: *“Beim ersten Mal war ich sehr beeindruckt, weil ich ... sowohl die Darstellung sehr ... sehr klar und ansprechend empfunden habe und auch direkt gesehen habe, dass da viel Arbeit drinsteckt.”*

Die **Visualisierung** des Modells wurde hierbei von TN7 als **orientierend** erlebt und **als Strukturierungshilfe genutzt**. TN4 Abs. 53: *“... was schonmal gut ist, dass das Schaubild ansprechend ist. Das glaube ich ist für diese Makroebene total wichtig, weil dann die Leute sagen ... das ist ja schön bunt und ... Ergotherapeuten machen wohl eine ganze Menge”*.

TN7 Abs. 28 fand, dass sich die Darstellung des Kompetenzmodells hierbei förderlich zeigte, um **Klarheit** zu vermitteln: *“...in den Seminaren unterstützt hat es die Visualisierung ... auf jeden Fall, also dieses Poster ... man kann darauf verweisen Das heißt es ist ganz klar demonstriert das was unser Gegenstandsbereich ist.”*

Unterkategorie (K1): Inhaltliche Darstellung Kompetenzprofil

Die inhaltlichen Aspekte geben den wahrgenommenen Eindruck der Studienteilnehmenden über die Verschriftlichung und Ausdrucksweise des Kompetenzprofils hinsichtlich Verständlichkeit und Klarheit des Kompetenzprofils wieder.

Subkategorie (K2): Verständlichkeit des Kompetenzprofils

Die qualitativen Aussagen über die Verständlichkeit der Darstellung des Kompetenzprofils spiegeln die Wahrnehmung der Studienteilnehmenden in dieser Unterkategorie. Einerseits wird das Verständnis einzelner Aspekte des Profils aus der Perspektive der Teilnehmenden beleuchtet und andererseits Unklarheiten in der Interpretation des Profils der Studienteilnehmenden dargelegt.

Die **Wortwahl** des Kompetenzprofils wurde als **kompliziert, theoretisch, abstrakt** und zu **komplex** (TN1, TN2, TN5) beschrieben. TN3 beschreibt hierbei eine hinderliche Wortwahl. TN4, Abs. 16 beschrieb es als gut verständlich, **fachspezifisch** und treffend: *“...es ist ... nicht so kompliziert, dass man es ... nicht versteht ... wenn man die Grund ... Komponenten kennt, dann ... kann man das ... relativ einfach anwenden.”*

Eine zu abstrakt formulierte Wortwahl wurde hierbei unabhängig voneinander wahrgenommen und in unterschiedlichen Kontexten der Interviews erwähnt oder thematisiert. Unterschiedlich wurde die Verständlichkeit beschrieben.

TN5, Abs. 4 *“... also der erste Eindruck war, es sieht ziemlich kompliziert aus, ziemlich komplex. ... man muss sich schon näher damit auseinandersetzen.”*

TN3, Abs. 64 *“... Und ich glaube es hindert auch, dass manchmal ... gewisse Worte in dem Kompetenzprofil nicht für alle einleuchtend sind, es gibt zwar ein Glossar ... ob man in der praktischen Arbeit wirklich immer Zeit hat ...”*

TN7, Abs. 55 *“... Teilweise sind die Aussagen sehr global, sehr allgemein gehalten.”*

Die globale Ausdrucksweise des Profils wurde von TN1 und TN5 thematisiert. Bei TN1, Abs. 36 führte dies zu einem **Verlust von Klarheit**. *“... so eine Klarheit ... verloren geht, weil es so*

viele Bereiche sind ... die auch die Lernenden zumindest fern sind von ihrem Berufsalltag ... oder von ihrem Lernalltag.“

TN5 beschreibt, dass die Praxisanleitenden die Beurteilung anhand eigens erstellter **Evaluationsinstrumente** auf Basis des Kompetenzprofils **problematisch** fanden, da die Menge der zu bewertenden **Items zu viel** war, **die Formulierungen** aus dem Kompetenzprofil **fremd** waren und ein Vergleich zu älteren, geläufigeren Bögen vorhanden war.

TN5, Abs. 22: *“... Die Menge der Items und teilweise eben auch die Formulierungen die zumindest mal den Anleiterinnen teilweise fremd vorkam ... Problem war weil sie vorher andere Bögen kannten die ihnen geläufiger waren einerseits von der Formulierung von der sprachlichen Ausgestaltung der ... Kompetenzen, also wie sie formuliert sind ... waren das vielleicht so Fremdeffekte die ... eine Rolle gespielt haben...”*

Für TN2, Abs. 4 fanden zudem Fachkompetenzen wenig Hervorhebung: *“... wirkt es sehr abstrakt und man wundert sich, gerade die ganzen Fachkompetenzen kommen an der Stelle nicht zu sehr hervor, sondern es kommen eher zum Beispiel die Domäne Fürsprache oder ähnliches...”*

Die Beschreibung der Domänen wurde dabei in unterschiedlichen Aspekten kritisiert. Wie Kompetenzen erworben werden, fehlte TN1 in der Beschreibung des Kompetenzprofils, ebenso die Beschreibung der **Zusammenhänge** der Domänen und die Erwartung an Lernende, diese zu erreichen.

TN1, Abs. 68 *“... diesen Weg dahin wie man diese Kompetenzen erwirbt ist zu wenig beschreiben ... bei den Lernenden ... ist es nicht so klar wie erwerb ich das eigentlich?”*

Ebenso fand TN1, Abs. 34, dass die **Lehre** zu **wenig dargestellt** ist, sowie: *“... Mikro-, Meso- und Makroebene ist ja leider im Kompetenzprofil gar nicht enthalten.”*

Die Formulierungen des Kompetenzprofils wurden aufgrund ihrer darstellenden Weise teils als unverständlich erlebt. Deshalb wird der nachfolgende Punkt in diese Kategorie geordnet, wobei der Übergang zu dem Theorie-Praxis-Transfer hier in Wechselwirkung steht.

Die abstrakten Formulierungen des Kompetenzprofils assoziierte für TN1 bei den Lernenden, wenig von den Kompetenzen umsetzen zu können. TN1 fand **Begriffe** aus dem Profil mitunter für Lernende **nicht klar verständlich** und die Wiederholung von Domänen war so fast immer

nötig im Kontext zu Lernenden. TN4 gab an, das **Profil zum besseren Verständnis für die Auszubildenden runterzubrechen** und Kompetenzerwartungen hierfür zu operationalisieren.

TN1, Abs. 19: *“... und zum Teil auch sehr abstrakt beschrieben ist, dass wir immer wieder Übersetzungsarbeit leisten”*.

TN4, Abs. 49 sah sich im Berufsalltag mit dem Profil konfrontiert: *“... das heroische Ziel das gleich im Berufskundeunterricht anzuwenden ist ... gescheitert. Das ist zu komplex weil da steht dann ja mit irgendjemand zusammenarbeiten. Ihnen ist aber noch gar nicht klar, was das ... eigentlich alles therapeutisch heißt.”*

Dabei wurde die Darstellung des Kompetenzprofils im Kontext mit der **Betätigungsbasierung** von TN1, TN2 und TN4 als wichtig erachtet. TN1, Abs. 54 sah in dem Kompetenzprofil die Klientenzentrierung sehr deutlich, aber die Betätigungsbasierung **nicht so, wie es für sie notwendig gewesen wäre**, um ein **einheitliches Arbeiten in Deutschland zu erwirken** und *“... damit auch ein Paradigmenwechsel ... mehr zu unterstützen.”*

Subkategorie (K2): Qualifikationsniveau

Diese Unterkategorie zeigt die reflexiven Aussagen der Studienteilnehmenden über Berufsqualifikationen von den Expert*innen selbst oder von Personen im Arbeitskontext der Studienteilnehmenden. Ebenso werden die qualitativen Aussagen des DQR im Zusammenhang mit der Darstellung des Kompetenzprofils zusammenfassend dargelegt.

Die **fehlende Verankerung von Berufsqualifikationen über dem Bachelorerwerb** wurde von TN6 thematisiert.

TN6, Abs. 33: *“... ich finde es dann aber schade, dass es kaum berücksichtigt ... was ist mit ... den ganzen Doktoren, die es jetzt schon gibt oder was ist mit den weiter Qualifizierten ... Menschen?”*

Die inhaltliche Darstellung aller Kompetenzen zeigt hierbei die **Sicherstellung von Qualität** im Kontext des Profils für TN1 auf.

Das **Wegfallen des Chance Agent**, wie er in der ursprünglichen Fassung des Kompetenzprofils vorgesehen war, wurde als Barriere von TN6 wahrgenommen: *“... Ursprünglich gab es eben*

noch diesen ... Veränderer ... als Domäne ... übergeordnet heißt es ja der Change Agent und den habe ich so gerne, also der gesundheitsfördernde Change Agent ... der das begleitet, das finde ich ist ein kleines Hemmnis ... dass ich mich voll committen kann zu diesem Kompetenzprofil, weil also übergeordnet. Weil ich denke, da fehlt noch etwas oder das ist noch nicht so berücksichtigt.” (TN6, Abs. 31).

Ebenso zeigten die Teilnehmenden auf, dass die **unterschiedlichen Qualifizierungsniveaus** von DQR 4 für Ausbildung und DQR 6 für Studium **nicht im Profil berücksichtigt werden** und so ein Hindernis in der Ausgestaltung für die Teilnehmenden darstellen (→ Kategorie 3).

Die Entscheidung, das Kompetenzprofil auf DQR 6 zu schreiben, wurde von TN4 und TN6 trotz der Hindernisse in der Ausgestaltung befürwortet.

TN4, Abs. 57: *“... was bewusst ... damals die Entscheidung war, das stellen ... viele in Frage, aber ich finde es richtig, dass auf DQR 6 Niveau ... zu schreiben. Weil damit ähm letztendlich sowohl die Berufsschulfachausbildung als auch die ... Bachelorausbildung oder ... die ... hochschulische Ausbildung zumindest inkludiert ist. Ob es dazu beiträgt, dass ... die Akademisierung ... vorangetrieben ist weiß ich nicht, weil damit müsste die Politik das ganze ja mal verstehen. Und Politik versteht leider die Komplexität unseres Berufes nicht*

TN6, Abs. 35 äußerte hierzu *”... wir sind nicht in dem DQR 6. ... und ich finde das als ... WURF ... genial, dass dieses ... Kompetenzprofil als ... ersten Abschluss sozusagen der in Deutschland generiert werden kann für jemand der Ergotherapie ... ausbildet, dass das auf Bachelorebene passiert. ... Das finde ich ... hilfreich, weil das kann ... unterstützend genommen werden für ... Verhandlungen für ... Modellstudiengänge”*

So bleibt für TN1 **offen, inwieweit Auszubildende** die Kompetenzen des **DQR 6 erreichen** sollten und welche Erwartungen an die Lernenden dabei gestellt werden können. Ebenso wurde von TN1 festgestellt, dass das Kompetenzprofil nicht klar für Ausbildung und Studium konzipiert ist.

Kategorie 2 (K2): Anwendung

Im gemeinsamen Konsens ergab die Anwendung folgende, induktiv gebildeten Unterkategorien: Art der Anwendung und Mehrwert der Anwendung. Zur Übersichtlichkeit wurden diese Kategorie teilweise weiter unterteilt.

Unterkategorie (K2): Art der Anwendung

Diese Unterkategorie beschreibt in welchem Arbeitssetting welches Anliegen bezüglich des Kompetenzprofils von den Experten*innen eingesetzt wurde und wie die einzelnen Aufgaben ausgestaltet wurden.

Arbeitssetting

Von allen sieben Teilnehmenden (TN1 bis TN7) wurde das Kompetenzprofil im Bereich der Lehre, als Lehrende an einer Berufsfachschule für Ergotherapie eingesetzt und das Kompetenzprofil dabei im Curriculum berücksichtigt.

Ausgestaltungsinstrumente

Selbsteinschätzungsbogen

Ein Bogen mit Selbsteinschätzungsbereichen wurde bei TN1, TN3 und TN5 entwickelt.

In der Fachschule von TN1 enthält der Selbsteinschätzungsbogen die Auflistung aller Unterdomänen des Profils und eine Likert-Skala von 1 bis 8 zum Markieren für die Lernenden. Als Unterbau werden dem Kompetenzprofil hierbei methodische, fachliche, soziale und personale Kompetenzen zu Grunde gelegt.

Bei TN3 wurde eine Qualitätssäule, die die Kompetenzen abbildet, konzipiert und angelehnt an das Kompetenzprofil wurden Kompetenzen zum Selbsteinschätzen formuliert.

Modulhandbuch

TN5 nutzt zusätzlich ein Modulhandbuch zur Erarbeitung von Selbsteinschätzungsbögen und etablierte ein Kompetenzprofil für die praktische Ausbildung in Form von Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen.

Beurteilungsbogen

Ein selbst konzipierter Beurteilungsbogen wurde von TN5 innerhalb eines Modellversuches in der Berufsfachschule und in den Praxisstellen eingesetzt.

Kompetenzhandbuch

Ein Kompetenzhandbuch für Lernende wurde von TN2, TN3 und TN5 (bei TN3 innerhalb einer konzipierten Qualitätssäule) erstellt.

TN5, Abs. 12: "... Wir haben ... ein Kompetenzhandbuch ... für Lernende Dieses wurde im Vorfeld entwickelt und dann haben wir gesagt ... wir brauchen ... noch etwas was wir dann auch in der praktischen Ausbildung anwenden können ... Deswegen haben wir für die praktische Ausbildung ... ein eigenes ... Kompetenzprofil einen eigenen ... und ... Selbst- und Fremdeinschätzungsbogen entwickelt."

Einsatz in der Praxis

TN7, Abs. 15 setzte die Inhalte des Profils direkt in der Praxis um.

"... Ich arbeite vorwiegend ... im psychiatrischen Bereich in der Praxis, ... diese Patienten, diese Klienten benötigen ja auch eine besondere Ansprache ... so dass ich da auch wieder schauen kann, ob brauch ich noch mehr Kompetenzen in der Kommunikation oder ... was können wir, was die Fürsprache angeht, also Vernetzung, ... um diese Ergotherapie noch besser umsetzen zu können."

Der **Einsatz des Profils** wird dabei von TN5 in der Fachschule genutzt, um die neuen Anforderungen der WFOT **“Minimum Standards” gerecht zu werden** (TN5). TN5 benennt dabei die Schwerpunktsetzung auf der Outcome-Orientierung, die auf Kompetenzen basiert. Hierdurch soll die Ausbildung modernisiert, modularisiert werden und der Kompetenzerwerb im Fokus stehen. Ebenso kann das Profil den Ausbildungsstätten einen orientierenden Rahmen vorgeben, um deren Inhalte zu optimieren (TN7).

Auf Mesoebene wird die inhaltliche Ausrichtung mit anderen Schulen gemeinsam abgesprochen (TN5, TN6).

TN1, Abs.17: *“...Also für uns ist es der Abgleich zur Berufsrealität ... das heißt das wir versuchen Ausbildung dahingehend ... zu gestalten, dass sie möglichst praxisnah ist und da es so wenig Beschreibungen zur Praxis gibt versuchen wir jetzt das Kompetenzprofil als Abbild dessen was man in der Praxis beherrschen sollte zu nehmen und dahingehend die Ausbildung ... zu gestalten dass diese Punkte aufgegriffen werden ... und das ist unser größtes Ziel oder unser größter Nutzen daran. Von außen betrachtet und von innen, ist es so, dass wir die Lernenden auffordern sich regelmäßig damit zu beschäftigen, ... damit sie selber auch beginnen ein Abgleich zu machen mit dem was vielleicht als Erwartung auch da steht später im Berufsalltag”.*

Unterkategorie (K2): Ziel und Mehrwert des Kompetenzprofils

In dieser Kategorie werden die globalen qualitativen Aussagen über den Mehrwert des Kompetenzprofils der Studienteilnehmenden dargelegt und die zielführenden Aspekte hierbei entschieden. Diese Kategorie steht in Wechselwirkungen mit den anderen. Der Mehrwert ist so auch in anderen Kategorien (z. B. zur politischen Ergotherapie) zugeordnet und steht so in Wechselwirkung mit diesen.

TN1, Abs. 19 führt den großen Nutzen aufgrund einer guten Anwendbarkeit auf. Ebenso: *“... dass es eine Beschreibung gibt dazu und ... das ist der große Nutzen, dass es so eine Ziellinie gibt.”*

TN2, Abs. 12 *“... Deswegen ... ist das ... schon ein sehr großer Nutzen, dass wir überhaupt erst mal ein Kompetenzprofil haben und das ist ja ... das erste was eigentlich im*

deutschsprachigen Raum für/von uns aus überhaupt vorhanden ist. Deswegen ist es auf jeden Fall schon ein großer Nutzen und ein wichtiger Meilenstein in dieser Entwicklung”

Es verdeutlicht für TN4, Abs. 55, die **Wichtigkeit von Betätigung**: *“... Therapeuten die mit dem Betätigungsbegriff vielleicht nichts anfangen können und die sich damit auch sehr angegriffen fühlen ... vielleicht kann man ... sie aber über diese anderen Ebenen ins Boot holen, um ihnen klar zu machen ... das tut hier alles, das macht ihr alles ... Vielleicht führt das dazu, dass man ihnen darüber klar macht, Fürsprechen, Zusammenarbeiten und so, das sind alles Domänen, die ihr gut könnt.”*

Auch TN2 sieht ein Potential in der **Betätigungsorientierung**, das bei idealer Umsetzung Bezug zum Profil herstellt und Bereiche wie etwa Gesundheitsförderung oder Präventionsarbeit auch auf kommunaler Ebene aufgreifen kann.

Als **zentraler Wert** wird auch **Orientierung** genannt.

TN7, Abs. 22: *“... Also den wichtigsten Nutzen finde ich ist die Orientierung, weil das aus der Historie der Ergotherapie Und jetzt ... noch eine Orientierung, also für ... Deutschland zu haben, dass das aus uns entwickelt wurde ... das find ich mit das stärkste Argument.”*

TN6 sieht das **Potenzial des Profils bei der Anbindung und Zugehörigkeit** als Experten für Handlungsfähigkeit und Alltagsorientierung. Die Anbindung der Zugehörigkeit erfolgte bereits über die Anbindung an andere Länder (USA, Kanada) und ist daher für TN6 aber ein zu später Schritt.

Alle Studienteilnehmenden (TN1 bis TN7) gaben dabei an, das **Kompetenzprofil** zielführend **als Reflexionsinstrument** zu nutzen.

Dabei stellt sich die **Reflexion** über die **eigene Arbeit** (TN1, TN2, TN7) als zentral dar, um den Blick auf das Berufsbild zu legen (TN2) und die eigene Arbeitsweise verbessern zu können (TN7).

Das Profil dient neben der Selbstreflexion auch **zur Lösungsfindung, bietet Hilfe zur Strukturierung**, als Lernhilfe und Hilfe (TN3) zur Rollenfindung (TN3, TN4).

TN1, Abs. 58: *“... ich finde es macht auch deutlich die großen Lücken ... wo ich, ich sag jetzt mal die blinden Flecken meiner Arbeit habe.*

TN7 äußerte, dass die Aneignung der Kompetenzen **Lernende** dabei leichter einen **professionellen Blick bekommen lässt**.

TN6 sah es als zielführend, dass **Lernende** anhand des Kompetenzprofils auch **selbständig reflektieren** und ihre **eigene Entwicklung begleiten** und weiter, dass Examensschüler dies als Ressource sahen und mit einem eigenen Profil aus der Ausbildung kamen. Dabei fühlten sich Lernende auch unter Druck gesetzt, den Bachelor machen zu müssen.

TN4, Abs. 20: *“... Das Ziel ist definitiv ... ein sehr klares ... Berufsbild zu vermitteln und wenn ich was habe ... was mir quasi aufzeigt, in welchen ... Rollen oder Kompetenzbereichen sich eine ... FERTIGE Ergotherapeutin bewegen soll später.”*

Für TN1 dient das Profil als **Ableich von Praxisfähigkeiten**. Hier zeigt nach TN1 das Profil noch Lücken in der Anwendung auf, da ein Behandlungskontext darin fehlt.

Für TN5, Abs. 32 inkludiert es **alle Bereiche und alle Ebenen der Ergotherapie**: *“... dass ich das Kompetenzprofil eigentlich nur wärmstens empfehlen kann allen Berufsangehörigen ... nicht nur in der Ausbildung, sondern auch ... die mit Klientinnen arbeiten und ... in beratenden Tätigkeiten ... unterwegs sind ... leitende Positionen haben also das ist eigentlich ein Instrument für ... Ergotherapeut*innen in allen Fachbereichen und auf allen Ebenen.”*

Nach TN7 werden Ergotherapeut*innen an die **permanente Aktualisierung** durch das Profil **erinnert** und unterstützt dabei, Berufsfremden den Beruf darzustellen (TN7).

Auch die **Akademisierung** wird hierbei als wichtiger Baustein im Kontext des Kompetenzprofils deutlich.

Das Kompetenzprofil bietet so eine **Grundlage für kompetenz- und lernfeldorientierte Studiengänge** und für ein Berufsprofil (TN3). TN6 sieht das Kompetenzprofil auf Bachelorebene als Unterstützung für Verhandlungen und Modellstudiengängen.

Ebenso zeigt sich der **Mehrwert** (TN2, TN3) bei der Akademisierung **für den curricularen Aufbau** und sieht einen **Beitrag zu** den Inhalten der **“Occupational Science”** (TN3).

Die Ausbildung nach dem Kompetenzprofil auszurichten, ist größter Nutzen für TN1.

Für TN1 dient das Profil als **Abgleich zur Berufsrealität** und Abgleich des Ausbildungsstandes der Auszubildenden in Bezug zu den Kompetenzen (TN1). Ein Vorteil für Lernende ist die **Klarheit** und **systematisierte Nutzbarkeit des Profils** (TN1).

Ebenso sieht TN7, Abs. 26 eine **Stärkung der interdisziplinären Arbeit** im beruflichen Alltag als Mehrwert, da der Beruf dadurch besser dargestellt werden kann: *“... auch Stärkung im interdisziplinären, das heißt wir können es noch besser darstellen was wir tun und wir können uns darauf berufen, das find ich einen ganz großen Mehrwert, dass da ... jetzt nicht nur die Überzeugungen einer Person ist oder vielleicht drei, vier Personen ...”*

Ein weiterer Mehrwert wird von TN4 darin gesehen, dass **Deutschland sich geeinigt hat**, ein **Profil zu beschreiben** und eine Positionierung des Berufsverbandes durch die Herausgabe stattfand. Dies wurde als **elementarer Schritt** angesehen, da ein Berufsprofil dazu dienen soll, dass sich alle Ergotherapeut*innen darin wiederfinden. Ein Mehrwert ist für TN4, dass durch eine **klare Definition** der Beruf **besser gesellschaftspolitisch verankert** werden kann.

TN4, Abs. 33: *“... Wie uneinig ... die deutsche Ergotherapie über Jahrzehnte war und vielleicht auch immer noch ist, ... jetzt gibt es zumindest mal was, wo man sagen könnte okay, der Berufsverband hat mal was vorgelegt”*.

Kategorie 3 (K3): Ergotherapeutische Expertise

Mit der ergotherapeutischen Expertise ist gemeint, welche Auswirkung das Kompetenzprofil vom DVE auf die ergotherapeutische Expertise hat oder inwieweit diese beeinflusst wird.

Für TN3, Abs. 83 hat das Kompetenzprofil keinen starken Einfluss auf die ergotherapeutische Expertise genommen: *“... aber ich glaube nicht, dass es jetzt meine ergotherapeutische Expertise ... sehr stark verändert hat”*. Auch die Auseinandersetzung mit der Professionalisierung wird deutlich bei TN3, Abs. 76: *“... es ist Teil der Professionalisierung, es ist Teil der Vereinheitlichung, also ich sehe da extrem viel Sinn und extrem viel Zweck dahinter, wenn man sich ... einlässt sich damit auseinander zu setzen”*

Bei TN5, TN6 und TN7 hat das Kompetenzprofil die ergotherapeutische Expertise beeinflusst. Das Kompetenzprofil stimmte dabei mit der eigenen Vorstellung über Ergotherapie überein (TN5).

TN5, Abs. 26: *”... das hat ... in Bezug auf ... meine Ergotherapeutische ... Expertise vor allen Dingen den Effekt gehabt ... dass ich gesagt habe, ja genau so ist es und das ist eigentlich das wenn ich es lese so wie ich mir auch Ergotherapie vorstelle“.*

Die ergotherapeutische Expertise wird durch eine **bewusstere Haltung** und eine **bewusstere Rolle** verändert.

TN7, Abs. 44 erlebt diese als: *“...Das hat eine hohe Dynamik, wenn wir mit Menschen arbeiten ist das so, das muss auch so sein, aber ... für mich selber fühle ich mich so auch innerlich stabiler. ... dadurch, dass ich weiß was ich tue. Also ich kann dazu auch stehen und kann dazu argumentieren und kann meine Arbeit ... vertreten.*

Kategorie 4 (K4): Berufsidentität

In dieser Kategorie wird der Einfluss des Kompetenzprofils auf die berufliche Identität von Lernenden und auf die eigene berufliche Identität dargestellt. Auch die Auswirkung der Identität auf das Berufsbild fließt mit ein.

Das Kompetenzprofil trägt durch die Definition dessen, was Ergotherapie ausmacht, zur **Entwicklung einer Berufsidentität** bei und ist daher für die Ausbildung von Bedeutung (TN5).

TN5, Abs. 24: *“ ... für mich ein sehr wichtiges ... Instrument zur Entwicklung von ... Berufsidentität weil dort in einer komprimierten Form ... eigentlich alles abgebildet ist was moderne Ergotherapie heute ausmacht”.* Die Auseinandersetzung mit der beruflichen Identität durch Lernende wurde von TN5 in Reflexionsgesprächen dabei als unterschiedlich intensiv erlebt.

Das Kompetenzprofil unterstützt dabei (TN3), bei **Lernenden eine ergotherapeutische Berufsidentität zu bilden**, die alle Kompetenzen einbezieht. Mit dem Profil wird ein klares Berufsbild vermittelt und es kann aufzeigen, welche Kompetenzen am Ende der Ausbildung erreicht werden sollen (TN4). Es ermöglicht den Lernenden, **Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen Berufsgruppen** zu identifizieren.

TN3, Abs. 17: *“... sich einerseits seine eigene Identität ausbilden zu können und andererseits ... sich auch von anderen Berufsgruppen bisschen abgrenzen zu können oder auch zu wissen, wo sind meine Schnittmengen mit einer anderen Berufsgruppe, aber was unterscheidet mich nochmal.”*

Für den **beruflichen Alltag** als Ergotherapeut*in wird das Kompetenzprofil im Allgemeinen als wichtig (TN3) für die ergotherapeutische Identität angesehen. TN3: *“Ich glaub auch, dass es uns einfach ... gerade im praktischen Berufsalltag ganz wichtig ist für ... unsere ergotherapeutische Identität, für unsere Berufsidentität, weil da einfach nochmal ... die Komplexität unserer Entscheidung zum Tragen kommt.”*

TN4, Abs. 59 berichtet, dass sie sich in der **eigenen Berufsidentität** bestätigt und klarer erlebt: *“... das beschreibt jetzt mal ... wie ich mich beschreiben würde und ... hinter dem kann ich auch gut stehen.”*

TN5, Abs. 26 hat dabei keine großen Auswirkungen bei sich selbst festgestellt: *“ ... aber ich kann mir schon vorstellen dass das ... grad im Sinne von Veränderung der Berufsidentität ein ganz wichtiges Instrument ist und auch noch wird.”*

Bei TN2, TN3 und TN4 führte Auseinandersetzung mit dem Kompetenzprofil zu einer veränderten Sichtweise auf das Berufsbild und zu **veränderten reflektierenden Prozessen**.

TN2: *“... ich muss auch sagen, dass im Rahmen dieses Prozesses auch einfach bei mir selber in der Art und Weise wie ich auf unser Berufsbild blicke auch nochmal in der Reflektion WIE ich arbeite, auf welche Art ich arbeite, dass das einfach auch viel ausgelöst hat.”*

Dabei **bleibt Berufsidentität** für TN2 und TN4 in der Abgrenzung zu anderen Disziplinen **auch unklar**. TN2 Abs. 12: *“... was ist denn eigentlich unsere ... Berufsidentität? Was ist denn jetzt eigentlich Ergotherapie im Vergleich zu anderen Disziplinen? ...Und es gehört zu einem Berufsbild eben auch dazu, dass man eben auch klare Kompetenzen absteckt.”*

Ebenso sah es TN3 als wichtig an, Schnittmengen mit anderen Berufsgruppen zu kennen, um sich von anderen Berufsgruppen abgrenzen zu können.

Das **Profil erzeugte** vor allem ein **gestärktes Selbstbewusstsein** (TN3) und eine **Erleichterung** der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die **Stärkung der Berufsidentität** (TN7). Das Kompetenzprofil hilft, mit anderen Disziplinen auf demselben Stand zu sein (TN3, TN7).

Außerdem **unterstützt es bei der Kommunikation** mit anderen Disziplinen (TN3). Das Kompetenzprofil kann somit die Wichtigkeit von Betätigung bei der Kommunikation verbessert darstellen (TN3).

Zudem wird das **Kompetenzprofil als “Werbeinstrument”** gesehen (TN5), um den Beruf sowohl berufsfremden Personen als auch Berufsangehörigen näher zu bringen. Es kann bei einer **Neudefinition des Berufes** und der Erstellung eines zukünftigen Berufsprofils eine **wichtige Rolle** spielen (TN5). Es bietet für TN6 eine **Unterstützungsmöglichkeit**, sich zeitgenössischer Ergotherapie **zugehörig zu fühlen**.

Kategorie 5 (K5): Politische Ergotherapie

Die politische Ergotherapie hat die Unterkategorien Rahmenbedingungen und internationaler Bezug des Profils.

Unterkategorie (K5): Rahmenbedingungen

Zu den Rahmenbedingungen zählen Gesetze und Verordnungen, die in Bezug zur Ergotherapie stehen.

Die Studienteilnehmer TN2, TN4 und TN6 sind der Meinung, dass die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung überarbeitet werden muss. TN2, Abs. 24 beschreibt dazu: “... *Ich kann ein Kompetenzprofil nur in begrenztem Umfang in die Ausbildung einbinden, weil die ergotherapeutische Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mir das eigentlich gar nicht erlaubt. Ja, wenn ich eine ... Ausbildungs- und Prüfungsverordnung habe, die dermaßen veraltet ist und die auch inhaltlich nicht zeitgemäß ist, dann ... lehne ich mich schon weit aus dem Fenster, wenn ich überhaupt so ein Kompetenz ... Modul, ... Kompetenzhandbuch et cetera aufbaue*”.

Die **Erneuerung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung** ist nach TN4 als abhängig von der Bundestagswahl zu betrachten. Das Kompetenzprofil wird eine andere Bedeutung bekommen, wenn das Berufsgesetz verabschiedet wird (TN4, Abs. 67): “... *dann wird das Kompetenzprofil eine andere Bedeutung bekommen, weil dann ist klar, dass wir ... ein neues Fundament kriegen und dann haben wir eine neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.*“

Neben einer veralteten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist die Berufsdefinition nach Aussagen der Teilnehmenden ebenfalls veraltet und die Definition der Ergotherapie nicht ausreichend und für Laien unverständlich.

TN2, Abs. 12: *“... reicht eben nicht nur aus eine Berufsdefinition zu haben, die ... recht alt ist ... die eigentlich für das Fachpublikum gedacht ist und nicht für Laien ... dazu kommt ... dass diese Definition ... nicht ausreichend ist ... heißt wir brauchen abgestimmtes Kompetenzprofil.”*

Des Weiteren wurde von TN3 berichtet, dass es gut ist, ein Kompetenzprofil zu haben, das an das deutsche Gesundheitssystem angepasst ist. TN2 findet, dass die Politik und Gesellschaft ein fehlendes Wissen gegenüber der Ergotherapie besitzen.

TN2, Abs. 20: *“... die Politik genauso wie auch die ... meisten in der Bevölkerung, immer noch keine Ahnung haben was Ergotherapie eigentlich ist. ... das ist eines der großen Knackpunkte”.*

Die Verknüpfungspunkte zu aktueller politischer Ergotherapie wurden hierbei von den Teilnehmenden hergestellt.

Ebenso kann das Kompetenzprofil auf Makroebene im politischen Kontext zur Unterstützung bei Verhandlungen für mehr **akademische Ausbildungsstätten** beitragen. Hierbei gilt eine kritische Betrachtung den privaten Anbietern gegenüber, da sich das viele Menschen finanziell nicht leisten können (TN6). Ein weiterer Punkt ist, dass, das Kompetenzprofil bei Verhandlungen mit der Politik für eine bessere Bezahlung genutzt werden kann (TN4).

TN6, Abs. 35: *“... Das ist ... hilfreich ... auch für Verhandlungen, zu sagen wir brauchen aber mehr Ausbildungsstätten die akademisch ausbilden ... Mein Wunsch wäre es nicht nur viele private Anbieter zu haben, sondern einfach auch ... Fuß ... fassen können in anderen Bildungseinrichtungen. Weil ich finde das eben kritisch, dass Bildung abhängig davon ist ob es sich jemand leisten kann oder nicht.”*

Unterkategorie (K5): Internationaler Bezug

Der internationalen Bezug beschreibt den Vergleich der deutschen Ergotherapie mit anderen Ländern.

TN3 und TN4 empfanden es als **Freude**, dass durch das Kompetenzprofil ein **gleicher Stand mit internationalen Kompetenzprofilen besteht**. TN3 fand es von **hoher Bedeutung**, da andere Länder ebenso Kompetenzprofile entwickelt haben und damit arbeiten. Das Kompetenzprofil ermöglicht es, sich berufspolitisch und international auf einer Ebene zu verständigen (TN7).

TN4, Abs. 6: „... *Wie kann man Ergotherapie oder das Berufsbild der Ergotherapeutinnen in Deutschland irgendwie beschreiben. ... ich wusste lange, dass die Holländer für sich irgendwie ihre Kompetenzen beschrieben haben ... die Kanadier haben es beschrieben und ... die Schweizer haben es beschrieben und die Österreicher glaube ich haben es auch irgendwie auch ... mal in einer ähnlichen Richtung gemacht und bei uns gab es immer nichts, von daher war ich sehr froh, als sich die Projektgruppe gegründet hat.*“

Kategorie 6 (K6): Einflussfaktoren auf den Theorie-Praxis-Transfer

Unter diese Kategorie fallen von den Studienteilnehmenden genannte Bedingungen, die sich förderlich oder hemmend auf den Theorie-Praxis-Transfer auswirken oder auswirken könnten.

Auseinandersetzung

Das Kompetenzprofil Ergotherapie soll einen Orientierungsrahmen für Ausbildungsstätten darstellen (DVE, 2019a). Die Teilnehmenden gaben aus subjektiver Sicht wieder, dass jedoch das Dozententeam auf einem unterschiedlichen Stand hinsichtlich Qualifikation sein kann und sich dies hemmend auf den Einsatz in der Ausbildung auswirken kann. Laut TN1 und TN4 ist eine **teaminterne Auseinandersetzung** erforderlich, um ein einheitliches Verständnis bezüglich des Kompetenzprofils zu schaffen und so zu klären, wie das Kompetenzprofil intern zum Einsatz kommen kann.

TN1, Abs. 11: „... *und da unser Team ... unser Dozententeam auf sehr unterschiedlichem Stand ... des Kompetenzniveaus ist beziehungsweise also ... der Kenntnis um dieses Kompetenzprofils ist sind wir immer wieder dabei darüber zu sprechen und zu sagen okay was steht da überhaupt drin?*“

TN4, Abs. 16: *“Also wir haben es natürlich für uns mal im ... Dozententeam erstmal irgendwie aufgedröselnt und es uns angeschaut ... was wir damit machen könnten.”*

Ebenso verdeutlicht eine teilnehmende Person die Relevanz der **persönlichen Auseinandersetzung mit dem Kompetenzprofil**, um überhaupt einen Transfer in die Praxis zu ermöglichen (TN7).

TN7, Abs. 20: *“... es ist ... ja die Diskussion, ja das geht ja gar nicht, das können wir ja nicht umsetzen ..., wenn wir Inhalte vermitteln und das heißt, das sind ja auch immer Hinweise darauf, ... was tust DU denn dafür, dass man es besser umsetzen könnte?”*

In der Lehre wird des Weiteren als beeinflussender Faktor die Auseinandersetzung der Lernenden mit den Kompetenzen benannt. Es ist für den Transfer in die Praxis wichtig, sich im Vorfeld mit den Kompetenzen auseinanderzusetzen, die erworben oder vertieft werden sollen und wie der Erwerb evaluiert werden kann (TN5).

Des Weiteren wird die Bekanntheit des Kompetenzprofil bei praktizierenden Ergotherapeut*innen im Klinik- oder Praxissetting angezweifelt. Ob sie sich mit der dazugehörigen Komplexität und mit Betätigungsorientierung auseinandersetzen, ist laut TN2, Abs. 8 fraglich: *“... ich würde jetzt mal bezweifeln, dass jeder Ergotherapeut, jede Ergotherapeutin in den Praxen und in Kliniken das Kompetenzprofil kennt, die Komplexität kennt und eben sich auch mit dieser THEMATIK ... Betätigungsorientierung auseinandergesetzt haben dann kämen wir dann auch in ganz andere Bereiche ... Gesundheitsförderung ... Präventionsarbeit ... wenn man dann so arbeitet das Kompetenzprofil in seiner Fülle auch nochmal ganz anders leben oder auch einsetzen.”*

Hinsichtlich einer Evaluation, der im Profil geforderten Kompetenzen in Übereinstimmung mit der nationalen Ausbildungsstruktur bzw. politischen Rahmenbedingungen, wurden kritische Überlegungen geäußert (TN2).

TN2, Abs. 10: *“... wie mache ich so etwas MESSBAR? KANN ich sowas überhaupt messbar machen? SOLLTE ich das überhaupt messbar machen? Und ähm wie kriege ich das wieder unter einen Hut mit unserer Ausbildungsstruktur, die wir in den ergotherapeutischen Gesetzen haben?”*

TN5 und TN6 zeigten auf, dass es **nicht leicht** war, das **Kompetenzprofil in den Lehrplan zu integrieren** aufgrund der Diskrepanz zwischen Vorgaben zum Staatsexamen in der Ausbildungsstätte (DQR 4) und dem Niveau des Kompetenzprofils (DQR 6).

TN1, Abs. 36: *“... Weniger förderlich ist es aber weil es nicht so richtig klar ist, wir machen nur Ausbildung und das soll ja kein Studium sein. Wie weit geht eigentlich die Kompetenz? Wie weit sollte es überhaupt etwas oder ist zu erwarten das Lernende dahin kommen?”*

Es wurde zudem von Lehrenden benannt, dass das Kompetenzprofil innerhalb der **kooperierenden Praxisstellen kaum bekannt** ist. Dies wurde so empfunden, dass die Vermittlung des Kompetenzprofils allein der Schule überlassen ist (TN1).

Eine weitere lehrende Person gab an, dass der Theorie-Praxis-Transfer der Schüler in der praktischen Ausbildung über einen eigens entwickelten Bogen gut funktioniert (TN4).

TN4, Abs. 43: *“... muss ja die Stelle nicht unbedingt schon so arbeiten, aber ich habe eine Kompetenzbeschreibung, mit der ich begründen kann warum ich erwarte, dass Theorie und Praxis ... übereinstimmen ... für die Auszubildenden.”*

Eine weitere teilnehmende Person gab an, nicht zu wissen, ob das Kompetenzprofil bei Praxisanleitenden bekannt ist. Eine baldige **Evaluation** soll darüber Aufschlüsse geben (TN5).

Hinsichtlich Faktoren auf Makroebene gehen die Meinungen der Teilnehmenden auseinander.

Aus Sicht der Teilnehmenden wird es als hinderlich angesehen, dass **keine ausbildungsspezifische Kompetenzbeschreibung** existiert und jede Schule für sich agiert (TN1).

Es wird teilweise benannt, gar keine Faktoren zu kennen, die den Einsatz des Kompetenzprofils begünstigen (TN2).

Der **zeitliche Faktor** könnte aus Sicht der Studienteilnehmenden für den Einsatz des Profils eine Rolle spielen. Dabei ist bedeutsam, ob Ergotherapeut*innen Zeit zur Verfügung gestellt wird, sich mit dem Kompetenzprofil auseinanderzusetzen (TN3). Es mangelt an Unterstützung seitens des Trägers, um den Einsatz des Kompetenzprofils zu implementieren. Dies wird in Zusammenhang mit der deutschen Ausbildungslandschaft gesehen. Aufgrund eigener Erfahrung wird spekuliert, dass das Kompetenzprofil kaum in ergotherapeutischen Praxen angekommen ist (TN3).

Wie bereits erwähnt wurde, gelten keine gesetzlichen Rahmenbedingungen und daraus resultierend agieren die Schulen für sich. Die Teilnehmenden gaben zudem als hemmenden Faktor an, dass ein **Austausch** unter den Ergotherapieschulen fehlt, um Ziele und Struktur zu schaffen (TN1).

TN1, Abs. 42: *“... ein Austausch unter den Ergotherapieschulen fehlt da, um da gemeinsam auch ... sowohl Struktur wie auch Ziele miteinbringen zu können.”*

Eine teilnehmende Person gab hingegen an, dass eine **Zusammenarbeit** unter den Ergotherapieschulen den Einsatz fördern kann. Im Rahmen einer Zusammenarbeit mit einer weiteren Schule fand eine gemeinsame Auseinandersetzung mit dem Profil und den dazugehörigen Begriffen statt. Positiv hervorgehoben wurde, dass dadurch neue Impulse entstanden (TN5).

Der verlagerte Fokus des Denkens auf Kompetenzen, statt des *“Fächerdenkens”* (TN1) führt zu einer bewussteren Durchführung und unterstützt somit den Theorie-Praxis-Transfer.

Laut TN4 ist ein gemeinsames Verständnis über den Hauptgegenstand der Ergotherapie notwendig, um das Kompetenzprofil zu etablieren. Das Kompetenzprofil wird in diesem Zusammenhang als Möglichkeit gesehen, Ergotherapeut*innen *“ins Boot zu holen”* die mit dem Begriff nichts anfangen können.

Eine teilnehmende Person erhofft sich, dass das Kompetenzprofil eine veränderte Haltung von Kolleg*innen in Praxisstellen herbeiführt (TN5).

TN5, Abs.18: *“ Es hat natürlich eine berufspolitische Wirkung ... das dadurch Einflüsse von außen zu uns kommen aber ... es wird Einfluss haben, zu mindestens versprechen wir uns davon ”.*

Wie im Punkt **Darstellung** des Kompetenzprofil beschrieben, wurde der schriftliche Inhalt als komplex und teilweise unverständlich von den Teilnehmenden empfunden. Um das Kompetenzprofil in der Lehre einsetzen zu können, waren Optimierungen notwendig.

TN4, Abs. 18: *“...man muss es irgendwie auf jeden Fall nochmal ... für sich nutzbar machen und auch viel viel kleiner machen die einzelnen ... Kompetenzerwartungen.”*

Zudem ist der Einsatz im Berufskundeunterricht aufgrund der Komplexität des Kompetenzprofils gescheitert. Es ist erforderlich, das Profil in kleineren *“Häppchen”* über das erste

Ausbildungsjahr verteilt darzubieten. Den Lernenden fällt es schwer, die Kompetenzdefinitionen, wie z. B. die Bedeutung von Zusammenarbeiten (DVE, 2019a) zu verstehen. Das Besprechen des Kompetenzprofils im Berufskundeunterricht mit einem Zeitumfang von 5 Stunden habe zu **Überforderung der Lernenden geführt** (TN4).

TN4, Abs. 49: *“... Das scheitert relativ schnell und man schafft Überforderung und dann legen sie das schöne bunte Heft wieder weg”.*

Ebenso war es im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen Schulen und Praktikumsstellen notwendig, den Praxisanleitenden das Kompetenzprofil in “dosierter” (TN4) Form näher zu bringen. In mehreren Etappen wurde das Kompetenzprofil vorgestellt und Informationen dazu in gebündelter und sortierter Form dargeboten.

TN4, Abs. 51: *“So dass das die Aufgabe für sie nicht mehr war, sich das ganze Profil selber zu erarbeiten, weil das ähm ist für viele erstmal **abschreckend**”.*

Die **Ausbildung wird als wesentlicher Faktor angesehen**, das Kompetenzprofil zu etablieren (TN4, TN5, TN7). Es ist wichtig, das Kompetenzprofil von Anfang an in der Ausbildung aufzugreifen, da die Praxis oft mit anderen Dingen beschäftigt ist (TN4): *“Und wenn ich aber mit einem klaren Profil aus der Ausbildung raus gehe ähm und quasi in der Ausbildung begriffen habe, dass das Kompetenzprofil oder das einfach mein ergotherapeutisches Profil beschreibt, dann muss ich das ja auch überhaupt nicht mehr in Frage stellen”.*

Zudem werden Fortbildungen als Möglichkeit gesehen, das Kompetenzprofil in der Ausbildung zu etablieren (TN4, TN5, TN6).

Lernende können bei der Etablierung auch eine Rolle spielen, da sie “Transporteure” von neuen Inhalten in die Praxisstellen sind (TN5).

TN5, Abs. 20: *“Wir machen seit vielen Jahren die Erfahrung, dass wir aus der Ausbildung heraus ... aktuelle Begrifflichkeiten, aktuelle der Themen der Ergotherapie auch über unsere Lernenden in die Praxisstellen transportieren ... dass dort aber nicht immer unbedingt ... auf Gegenliebe stößt...”.*

In diesem Zusammenhang wird benannt, dass Kompromisse während der Erstellung eines internen Kompetenzprofils, aufbauend auf dem Kompetenzprofil Ergotherapie, notwendig waren, um Praktikumsanleiter nicht zu überfordern (TN5).

Bei etablierten Ergotherapeut*innen spielt es eine Rolle, welche Wege sie haben, mit dem Kompetenzprofil konfrontiert zu werden (TN5).

In der Fachschule von TN5 gibt es eine Auseinandersetzung mit dem Kompetenzprofil innerhalb der Ausbildung, indem Kompetenz-Entwicklungsgespräche zwischen Lehrkraft und Lernenden geführt werden.

Kategorie 7 (K7): Empfinden

Im Folgenden werden die benannten Wahrnehmungen der Teilnehmenden, die im Zusammenhang mit dem Kompetenzprofil verspürt werden, zusammengefasst dargestellt.

TN1, Abs. 19: *“... Also es ist ... eine Freude und ein kleines Ärgernis, dieses Kompetenzprofil”*.

Positiv empfunden wird, dass es mit dem Kompetenzprofil ein Dokument gibt. Es ist eine **Freude**, dass nun eine Beschreibung vorliegt (TN1, TN3, TN4). Ebenfalls wurde die Auseinandersetzung mit dem Kompetenzprofil als Freude empfunden, da dadurch neue Impulse entstanden sind (TN5).

Das Vorliegen des Kompetenzprofils wird als **wichtig** angesehen (TN2, TN3). Gerade im internationalen Bezug wird es als **schön empfunden**, dass auch für die deutsche Ergotherapie und den dazugehörigen Rahmenbedingungen ein Kompetenzprofil entwickelt wurde (TN3, TN7).

TN7, Abs. 9: *“... Und das hat mir halt in Deutschland gefehlt und als dieses Kompetenzprofil dann erarbeitet wurde eben für Deutschland ... für unsere deutsche Ergotherapie, ... war ich sehr froh und glücklich“*.

Zudem ist die Tiefe des Kompetenzprofils “schön”, da sich besser mit **gestärktem Selbstbewusstsein** nach außen vertreten werden kann (TN3). Das Kompetenzprofil kann dazu beitragen, sich **innerlich stabil** zu fühlen. Das Gefühl wird dadurch erzeugt, zu wissen, was Ergotherapeut*innen tun. Das Wissen über das Tun ist **erleichternd und stärkend** (TN7).

Da das Kompetenzprofil als *“klangvoll geschrieben und zum Teil auch sehr abstrakt beschrieben”* wahrgenommen wird, wird die daraus resultierende “Übersetzungsarbeit” als **Ärgernis** empfunden (TN1).

Kategorie 8 (K8): Weiterentwicklung des Profils

Neben den in den vorhergehenden Kategorien benannten Möglichkeiten und Einschränkungen des Kompetenzprofils, bestehen auch Wünsche der Teilnehmenden, welche Veränderungen sie sich in Bezug auf das Kompetenzprofil wünschen und welche Voraussetzungen für die Weiterentwicklung des Kompetenzprofils notwendig sind.

Unterkategorie (K8): Wünsche

Die Teilnehmenden äußerten in den Interviews unterschiedliche Wünsche, die im Folgenden zusammengefasst werden.

Auf inhaltlicher Ebene wünscht sich TN1 **kleinschrittigere Kompetenzbereiche**, TN7 eine differenziertere Ausarbeitung der einzelnen Domänen. Im Hinblick auf die Sprache wurde von TN1 der Wunsch benannt, dass die formulierten Kompetenzen näher am ergotherapeutischen Alltag ausgerichtet sind. Für TN3 wäre die **Klärung der Zielsetzung** des Kompetenzprofils ein wichtiger Aspekt. Die Rolle des Change Agent als Domäne fehlt für TN6 und es besteht der Wunsch, eine Evaluation des Kompetenzprofils zu starten.

TN1, Abs. 46: *“... ich würde mir mehr Austausch wünschen, ich würde mir kleinschrittigere Kompetenzbereiche wünschen, um sie den Lernenden besser vermitteln zu können”*.

TN7, Abs. 46: *“... ich würde mir wünschen, dass noch differenzierter ... die einzelnen Expertisen ausgearbeitet werden”*.

In der Kommunikation wünscht sich TN1 **mehr Austausch** über das Kompetenzprofil und TN3 mehr Informationen, beispielsweise durch eine Infoveranstaltung oder TN6 durch ein Symposium oder einen Workshop.

In Bezug auf die Rahmenbedingungen wurde eine **neue und kompetenzzentrierte Ausbildungs- und Prüfungsverordnung** als Wunsch geäußert (TN1, TN3, TN6), um das Curriculum und das Staatsexamen darauf aufbauen und das Kompetenzprofil nutzen zu können (TN3). Des Weiteren sollte für Lehrende als auch für praktisch tätige Ergotherapeut*innen **mehr Zeit** zur Beschäftigung mit dem Kompetenzprofil zur Verfügung stehen (TN1). Von TN1 besteht der Wunsch, dass Lernende das Profil mit vorantreiben.

Für die Umsetzung des Kompetenzprofils wurde genannt, dass auch Praxisbeispiele hilfreich wären (TN1). Auch für TN6 besteht ein Wunsch darin, **Erfolgsgeschichten** und **Best-Practice-Beispiele** zu hören, wie das Kompetenzprofil angewendet wird. Auch, dass das Profil vom Einzelnen als Chance gesehen wird, ist für TN6 wünschenswert. Für das Kompetenzprofil sollten Einsatzmöglichkeiten gefunden werden, wofür TN6 beispielsweise **Implementierungshilfen** für verschiedene Zielgruppen, Checklisten oder einen Reasoningkatalog zur **Selbsteinschätzung** nennt. Da unser Handeln stark vom Kontext abhängig ist, wünscht sich TN7 Modelle oder Leitfäden, die aus dem deutschen Kontext heraus entstehen und sieht auch eine differenziertere Ausarbeitung der einzelnen Settings als nächsten Schritt an.

TN6, Abs. 35: *“... Also Best-Practice-Beispiele wie das Kompetenzprofil jetzt eben nicht nur als Plakat ... umgesetzt wird, sondern ich würde gerne mehr noch ... Umsetzungsbeispiele bekommen so”*.

TN6, Abs. 45: *“...Und ich glaube hilfreich sein könnte tatsächlich ..., dass für verschiedene Zielgruppen einfach Implementierungsbeispiele gegeben werden oder tatsächlich auch Checklisten zur Verfügung gestellt werden, um diese Implementierung am Ort des Geschehens möglich zu machen. Vielleicht gibt es ja auch so eine Art ... Reasoningkatalog dazu irgendwann mal mit Fragen zu den einzelnen Domänen, dass sich die Menschen dazu einschätzen können”*.

TN7, Abs. 48: *“... so wie die Betätigung dem Klientenkontext abhängig ist, ist auch ... UNSER Tun kontextabhängig. Und deshalb, dass wir das aus uns raus entwickeln, ob es ein Modell ist oder nochmal ausgearbeiteten Leitfaden und dann auch nochmal ein bisschen differenzierter in die ... einzelnen Arbeitssetting hinein...”*.

Unterkategorie (K8): Voraussetzungen

TN7 sieht das Profil, als Bestandteil der Ausbildung, als eine Möglichkeit der verpflichtenden Auseinandersetzung mit dem Profil an. Im Gegensatz dazu legt TN3 eine gewisse Berufserfahrung zugrunde. Die Ergotherapeut*innen selbst müssten über das Kompetenzprofil diskutieren (TN2), um einen **einheitlichen Konsens** dazu zu finden, sie müssen es (TN4) verstehen, anerkennen und auf vielen Ebenen verbreiten. Sie müssten hinter dem Kompetenzprofil stehen und mit einer **einheitlichen Stimme gegenüber der Politik** und anderen Disziplinen auftreten

(TN2). Ebenso sagt auch TN7, dass das Kompetenzprofil immer wieder publik gemacht werden muss, um es in Erinnerung zu rufen.

Eine weitere Voraussetzung wird darin gesehen, dass sowohl die Politik als auch die Bevölkerung über das Berufsbild Bescheid wissen (TN2) und *“... der Beruf an sich ... in der Gesellschaft bekannter wird ...”* (TN4, Abs. 33).

Laut TN2 benötigt es ein klares Kompetenzprofil und Definitionen, damit die Ergotherapie sich klar vertreten kann und um die Ergotherapie insgesamt weiterzubringen.

Das Kompetenzprofil muss weiterentwickelt werden (TN7) und es erfordert einen Kompromiss für eine einheitliche Basis und eine Rückmeldung an den DVE zum Entwurf des Kompetenzprofils (TN2).

TN3, Abs. 79: *“... Weil ich glaube schon auch dass man eine gewisse Berufserfahrung oder weiß nicht eine gewisse Auseinandersetzung mit dem Beruf braucht”*.

TN4, Abs.67: *“... Es braucht einfach viele viele Ebenen ... wo dazu was stattfindet ...”*.

TN2, Abs.20: *“...Wir müssen erstmal unsere Hausaufgaben in der Ergotherapie machen, wir müssen eine gute Basis haben und dann müssen wir Aufklärungsarbeit leisten und wir müssen ... da konstant mit der Politik im ... Austausch sein und DANN haben wir auch eine gute Basis”*.

TN2, Abs. 36: *“... dass alle Ergotherapeutinnen hinter dem Kompetenzprofil stehen, das Kompetenzprofil leben und eben auch vertreten, haben wir eine einheitliche Stimme gegenüber Politik, gegenüber anderen Disziplinen und könnten dann das auch entsprechend weiterentwickeln”*.

5 Diskussion

In diesem Kapitel diskutieren die Forscherinnen anhand der drei aufgestellten Leitfragen die Ergebnisse unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes und in einigen Aspekten im Abgleich zum österreichischen Kompetenzprofil. Im Anschluss folgt die zusammenfassende Beantwortung der Forschungsfrage. Das Kapitel schließt mit Stärken und Limitation der Forschungsarbeit ab.

5.1 Diskussion der 1. Leitfrage

Die Art und Weise, wie Ergotherapeut*innen das Profil in ihrem Berufsalltag einsetzen, wird, wie aus der Zusammensetzung der Teilnehmenden im Kapitel Darstellung der Studienteilnehmenden (→ Kap. 3.5.3) ersichtlich, vorwiegend aus der Perspektive von Lehrenden dargestellt.

1. Leitfrage: Wie setzen Ergotherapeut*innen das Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019) in Deutschland in ihrem Arbeitsalltag ein?

5.1.1 Arbeitssetting

Das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) wird von Studienteilnehmenden im Bereich der Lehre eingesetzt und ist dort im Curriculum verankert. Dies zeigt auf, dass das Kompetenzprofil in den Berufsfachschulen der Teilnehmenden angekommen ist, angewandt und ausgestaltet wird.

Als richtungsweisend zeigt sich dabei für die Teilnehmenden die “Vier-Säulen-Struktur” des DQR, die als Anforderungsstruktur des Niveaus, genannt Niveauindikatoren, “Fachkompetenzen” und “Personale Kompetenz” vorgibt (BMBF, 2021). Die Fachkompetenzen sind hierbei nochmal in “Wissen und Fertigkeiten” unterteilt und die “Personale Kompetenz” in “Sozialkompetenz und Selbständigkeit” (BMBF, 2021). Im DQR wird die Methodenkompetenz als Querschnittskompetenz verstanden, aber nicht explizit dort aufgeführt, sondern ist innerhalb der anderen Kompetenzen vorhanden. Hier wurden die Domänen des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019a) eingeordnet. Als Kompetenzmessverfahren können diese so dargestellt werden (BMBF, 2021).

Zur Formulierung von Kompetenz- und Qualifikationszielen dient auch der deutsche Hochschulqualifikationsrahmen (Kultusminister Konferenz [KMK], 2017). Wie sich Prüfungsformen und entsprechende Prozesse umsetzen lassen, die sich an Kriterien der Kompetenzorientierungen gestalten, ist hierbei eine zentrale Problem- und Fragenstellung innerhalb der Ausbildung an Fachschulen und Hochschulen (Hilkenmeier & Schaper, 2013).

Zur Einbettung von Kompetenzen in ein Curriculum bedarf es der Ableitung und Ausformulierung prinzipieller Lern- oder Befähigungsziele, hinsichtlich bestimmter Kompetenz- oder Lernzielkategorien (Hilkenmeier & Schaper, 2013).

Die Implementierung des Kompetenzprofils bedarf hierbei spezifischer Voraussetzungen.

Zur Einflechtung des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) in einen ergotherapeutischen, primärqualifizierenden Studiengang bietet Möller (2019) einen entsprechend komplex strukturierten, neunstufigen Prozess an. Nach Möller (2019) verhilft hierbei eine Verbindlichkeit von gemeinsam festgelegten Zielen zur Stärkung kollegialer Kooperationen und trägt zur Förderung des didaktischen Diskurses bei. Das Vorhandensein eines internen Curriculums gilt für Möller (2019) als wichtiger Baustein zur Genehmigung von WFOT anerkannten Studiengängen. Dies ist deckungsgleich mit den Aussagen von TN5, das Kompetenzprofil innerhalb der Paradigmenverschiebung vom Input hin zum Output zu nutzen, um den WFOT-Minimumstandards gerecht zu werden (→ Kap. 4). Damit wird der Akademisierungsprozess der Ergotherapie aufgegriffen und befürwortet.

Die von den Studienteilnehmenden beschriebenen Ausgestaltungsinstrumente (→ Kap. 4), wie z. B. die Beurteilungsbögen auf Mikroebene, sind sich in ihrem Aufbau und ihrer Struktur ähnlich. Die systematisierbare Umsetzung wird hierbei von den Teilnehmenden in Frage gestellt.

Hierfür sind mehr Informationen nötig, um die zu abstrakt dargestellten Inhalte der Domänenbeschreibungen semantisch einheitlich an die Lernenden und die Praxisanleitenden transportieren zu können.

Aus den Resultaten wird deutlich, dass auf der Mikroebene eigene Evaluationsbögen von den Expert*innen entwickelt wurden, in denen die Domänenbeschreibungen des Profils auf eine Alltagssprache heruntergebrochen werden müssen, um die Kompetenzen für die Praxis abbildbar machen zu können. Die Art und Weise, wie diese Beschreibungen heruntergebrochen

werden, bleibt somit ein individueller Prozess. Zentral kann hier die Aussage von TN1 darlegen, dass im Kompetenzprofil des DVE (2019a) nicht klar beschrieben ist, wie und auf welchem Wege Kompetenzen erworben werden können.

Neben dem Einsatz in der Lehre wurde das Kompetenzprofil von einzelnen Teilnehmenden auch im direkten Klientenkontakt angewendet. Dies zeigt auf, dass das Profil in der Praxis vereinzelt Anwendung findet.

5.1.2 Die Kompetenz “Zusammenarbeiten”

Studienteilnehmende der einzelnen Fachschulen für Ergotherapie arbeiten zusammen, um z. B. die Vorgehensweise hinsichtlich der praktischen Umsetzung der Kompetenzbeschreibungen abzugleichen. Hierbei können beide Seiten profitieren, indem gemeinsame Standards geschaffen werden und die Arbeit effektiver gestaltet werden kann. Schwierigkeiten kann dabei gemeinsam begegnet werden (Oetken, 2010). Dies zeigt eine praktische Ausgestaltungsmöglichkeit zur Kompetenz “Zusammenarbeiten” aus dem Kompetenzprofil auf. Insbesondere der Aspekt der Abstimmungsprozesse, deren Analyse und Gestaltung innerhalb der Domäne “Zusammenarbeiten” zeigt dies auf (DVE, 2019a). Dies zeigt die dehnbaren Beschreibungsebenen des Profils auf. Einerseits ist es, wie von TN1 beschrieben, zu global und in zu große Bereiche gefasst und andererseits zeigt es die Nutzung des Profils auch für sehr erfahrene Ergotherapeut*innen auf.

Gerade, wenn das Leistungsspektrum mit seinen Begrenzungen und Zuständigkeiten transparent ist, funktioniert interdisziplinäre Zusammenarbeit (von der Heyden, 2014). Walkenhorst & Klemme (2008) sehen hierbei die Entwicklung einer fundierten Wissensbasis über andere Disziplinen als zentral an. Ebenso sind Vernetzungen Voraussetzung, um interdisziplinäres Vorgehen zu ermöglichen (Walkenhorst & Klemme, 2008).

5.1.3 Das Kompetenzprofil als Reflexionsinstrument

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass die Nutzung des Kompetenzprofils als reflexive Arbeit verstanden wird, obwohl diese Art der Anwendung im Kompetenzprofil DVE (2019a) nicht explizit verschriftlicht ist. Das Kompetenzprofil wird als Reflexionsinstrument in der

praktischen Ausbildung eingesetzt (→ Kap. 5.2.2.1) und entzieht sich so dem direkten Abgleich der Lehrenden.

Die erste Leitfrage, wie das Kompetenzprofil in der Praxis eingesetzt wird, konnte durch die Aussagen der Teilnehmenden in Bezug auf die Lehre beantwortet werden. Die Tatsache, dass die Teilnehmenden auf Grundlage des Kompetenzprofils eigene Instrumente zur Umsetzung gestaltet haben, zeigt, dass die Anwendung des Kompetenzprofils in der vom DVE vorgelegten Form, in der Lehre nicht direkt anwendbar ist. Dennoch bietet es eine einheitliche Basis für weitere Ausgestaltungen.

Bei den Ergebnissen der Studie ist zu berücksichtigen, dass sich die genannten Beispiele zu- meist auf die Anwendung in der Lehre beziehen. Durch die fehlende Diversität der Arbeitsfelder unter den Teilnehmenden kann zur Anwendung des Profils außerhalb der Lehre keine klare Aussage getroffen werden. Das Fehlen der Diversität lässt aber vermuten, dass das Kompetenzprofil in den Arbeitsfeldern außerhalb der Lehre noch wenig eingesetzt wird.

5.2 Diskussion der 2. Leitfrage

Die fördernden oder hemmenden Faktoren werden im Kontext der Mikro-, Meso- und Makroebene, die im theoretischen Hintergrund (→ Kap. 2) beschrieben wurden, kritisch betrachtet. Hierbei wird in der Reflexion zur Verdeutlichung einzelner Aspekte ein Abgleich mit dem österreichischen Kompetenzprofil durchgeführt. Außerdem wird kurz darauf eingegangen, welche Faktoren sich verändern müssten, um eine leichtere und verbreitetere Umsetzung des Kompetenzprofils zu ermöglichen.

- 2. Leitfrage: Wie beeinflussen fördernde oder hemmende Faktoren (auf Mikro-, Meso- und Makroebene) die Anwendbarkeit des Kompetenzprofils im deutschen Arbeitskontext?**

5.2.1 Das Kompetenzprofil im Kontext zur Mikro-, Meso- und Makroebene

Die positiven Aussagen der Teilnehmenden zum Kompetenzmodell, als übersichtliche und strukturgebende grafische Darstellung, zeigen einen einvernehmlichen Konsens auf. Das Modell spiegelt laut den Interviewten die Ergotherapie als Profession, die Zugehörigkeit der Expert*innen zu dieser, das eigene Berufsverständnis und die eigenen Kompetenzen wider. Dies bildet sich als ein förderlicher Faktor auf der Mikro-, Meso- und Makroebene ab.

Ein kritischer Diskurs zeigte sich bei den Teilnehmenden zu den Beschreibungen der Domänen und den undefinierten Niveaustufen im Kompetenzprofil Ergotherapie. Dies zeigt im Gegensatz zu dem Kompetenzmodell die hemmenden Faktoren auf der Mikro-, Meso- und Makroebene auf.

Die Ebenen der Kompetenzniveaustufen sind, wie im theoretischen Hintergrund in → Kap. 2.5 aufgezeigt, im Kompetenzprofil nicht definiert, so dass sie von einigen Studienteilnehmenden als Profil für Berufstätige wahrgenommen und von anderen als Profil für die Ausbildung betrachtet wurden oder, wie von TN1 beschrieben, nicht klar war, für welchen Adressaten das Profil gilt. Die Beschreibung der Domänen wurde hierbei von den Expert*innen als zu abstrakt, global und komplex wahrgenommen. Eine Konkretisierung dieser Kompetenzniveaus durch eine Einflechtung des Kompetenzprofils in das Curriculum reichte den Studienteilnehmenden nicht aus. Daraus ergibt sich der Wunsch der Teilnehmenden zu differenzierter ausgearbeiteten Domänen und einer Definierung unterschiedlicher Niveaustufen.

Damit berufliche Handlungskompetenzen proaktiv von den Lernenden entwickelt werden können (von der Heyden, 2014), braucht es aus Sicht der Forscherinnen eine konkrete, klare und verständliche Sprache. Wissenschaftliche Begriffe und Fachtermini stellen kein Abbild der Realität dar und sind laut von der Heyden (2014) Konstrukte, um wissenschaftlich fokussierte Aufmerksamkeit zu definieren und Konventionen über deren Verwendung festzuschreiben. Für den Theorie-Praxis-Transfer bedarf es zur leichteren Verständlichkeit, wie TN1 und TN2 beschrieben, zusätzliche Informationen zu den Domänenbeschreibungen. Eine Anlehnung der Sprache an die des ergotherapeutischen Alltags, könnte den von TN1 geäußerten Wunsch aufgreifen.

Die Darstellung der Kompetenzniveaus als Ringe zeigt sich so als inhaltstragend für das Kompetenzmodell und als nicht inhaltstragend für das Kompetenzprofil.

Der folgende Diskussionspunkt greift die eben erwähnten Aussagen der Teilnehmenden zu der abstrakten, theoretischen und zu global beschriebenen Darstellung des deutschen Kompetenzprofils, im Abgleich mit dem österreichischen Kompetenzprofil (Ergotherapie Austria, 2019), auf.

Eine kritische Betrachtung im Vergleich zum österreichischen Kompetenzprofil (Ergotherapie Austria, 2019) verdeutlichte den Forscherinnen, dass unser Nachbarland eine verständlichere Sprache innerhalb ihres Kompetenz- und Berufsprofils aufweisen kann.

In der Verschriftlichung des österreichischen Kompetenzprofils (Ergotherapie Austria, 2019) zeigt sich, dass innerhalb einzelner Kompetenzrollen, neben übergeordneten Beschreibungen, separat die Aspekte Wissen, Fertigkeit und Haltung als Kategorien dargestellt sind und passend verschriftlicht wurden, was eine Übersichtlichkeit vom allgemeinen zum spezifischen Kompetenzerwerb deutlich macht (Ergotherapie Austria, 2019).

Im österreichischen Profil (BVE-Austria, o. D.) findet sich in der Rolle “Teamarbeiter*in” bei den Aspekten “Wissen (W), Fertigkeit (F), Handlung (H)” unter H, dass es Ergotherapeut*innen wichtig ist, sich selbst und anderen nicht zu schaden, unter F, dass Ergotherapeut*innen Netzwerke nutzen, um das bestmögliche Ergebnis für Klient*innen zu erzielen und unter W, dass Ergotherapeut*innen die ihnen zugeschriebenen Aufgaben und Erwartungen innerhalb des Teams kennen (Ergotherapie Austria, 2019).

Im deutschen Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a, S. 12) findet sich unter der Domäne “Zusammenarbeit”, dass *“der/die Ergotherapeut*in eigenverantwortlich ergotherapeutische Interventionen in der intra- und interprofessionellen sowie sektorenübergreifenden Zusammenarbeit”* vertritt und sie, wenn notwendig, anpasst (DVE, 2019a). Weiter ist dort geschrieben, dass der*die Ergotherapeut*in innerhalb dieser Zusammenarbeit die gemeinsamen Normen und Werte beurteilt und berücksichtigt und sich an der Weiterentwicklung der genannten Werte beteiligt (DVE, 2019a).

Im Vergleich dazu wird eine rein übergeordnete Verschriftlichung im deutschen Kompetenzprofil deutlich.

Die Begrifflichkeiten, wie etwa “sektorenübergreifend und interprofessionell” knüpfen sich an große Bezugsthemen, so dass die globalen Beschreibungen, vor allem für werdende Ergotherapeut*innen, nicht in die Lern- und Arbeitswelt transportierbar sind und auch bei berufserfahrenen Ergotherapeuten*innen den Wunsch nach schlichteren und klaren Beschreibungen erkennen lässt.

Die weiteren Faktoren wurden zur Diskussion in eine Ebene eingeordnet. Dabei lassen sich die einzelnen Aspekte aber nicht immer klar abgrenzen und stehen in Wechselwirkung zueinander.

5.2.2 Mikroebene

5.2.2.1 Theorie-Praxis-Transfer

Die eigene Auseinandersetzung mit dem Kompetenzprofil ist ein weiterer Faktor, der den Theorie-Praxis-Transfer fördern oder hemmen kann. Von den Teilnehmenden wurde benannt, dass zunächst eine teaminterne Auseinandersetzung oder in Kooperation mit anderen Schulen, stattgefunden hat. In diesem Zusammenhang kann der Konfrontationsweg eine Rolle spielen, welche Wege Ergotherapeut*innen haben, das Profil kennenzulernen. So wurde mehrfach angezweifelt, dass das Kompetenzprofil in der Praxis angekommen ist und ob Praxisanleitende dieses über andere Wege als die kooperierende Berufsfachschule kennen. Wie aus den Ergebnissen ersichtlich, übernehmen Lernende mitunter als Transporteure die Aufgabe, aktuelle Inhalte und Wissen in die Praxisstellen zu transportieren. Demzufolge stellt sich die Frage, wie Lernende auf diese Rolle vorbereitet werden. Laut dem Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) würde das Verbreiten von aktuellem Wissen der Kompetenz Lernen entsprechen. Demnach wird aktuelles Wissen in unterschiedlichen Kontexten mit dem Ziel der Professionalisierung und Profilierung des Berufes verbreitet (DVE, 2019a). Einerseits ist Akzeptanz, Offenheit und Motivation seitens Praxisanleitenden gegenüber neuen Inhalten Voraussetzung. Demnach wurde von Studienteilnehmenden erwähnt, dass der “Transport” von neuem Wissen erfahrungsgemäß nicht immer auf Gegenliebe bei Praxisanleitenden stößt (→ Kap. 5.2.3.1). Als voraussetzenden fördernden Faktor sieht TN7 die verpflichtende Auseinandersetzung von Lernenden mit dem Kompetenzprofil im Rahmen der Ausbildung. Im Widerspruch dazu nennt TN3 die Notwendigkeit einer gewissen Berufserfahrung, was erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich

ist. Im Sinne der Domäne Lernen des Kompetenzprofils schließt sich dies jedoch nicht aus. Die Domäne beschreibt das Lernen als einen lebenslangen Prozess (DVE, 2019a). Aus Sicht der Forscherinnen könnte auch hier die Definition unterschiedlicher Niveaustufen für z. B. Lernende und praktizierende Ergotherapeut*innen förderlich sein, da so beide Sichtweisen Berücksichtigung finden könnten.

5.2.3 Mesoebene

Dass sich auf den Aufruf zu dieser Studie vorwiegend Personen, die unter anderem in der Lehre tätig sind, gemeldet haben, und niemand unter 30 Jahre an dieser Studie teilgenommen hat, lässt wie bereits verdeutlicht vermuten, dass das Kompetenzprofil noch nicht in der ergotherapeutischen Praxis angekommen ist.

5.2.3.1 Professionalisierung der praktischen Ausbildung

Die Professionalisierung der praktischen Ausbildung ist durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen und ihren Sonderstatus nicht verpflichtend (von der Heyden, 2014; Rohloff, 2010). Praxisanleitende stehen oftmals vor Herausforderungen in der praktischen Ausbildung, da ihnen methodische, didaktische und pädagogische Konzepte fehlen (Rohloff, 2010). Sie bekommen durch die Domäne Lernen (→ Kap. 2.5) oft die Aufgabe des Lehrens übertragen. Nach Rohloff (2010) reichen hierfür ergotherapeutische Kenntnisse alleine nicht aus. Praxisanleitenden begleiten Lern- und Anleitungsprozesse, reflektieren und revidieren diese bei Bedarf (Rohloff, 2010). Hier sind pädagogisches Wissen und vor allem ein Verständnis von sich selbst als Ausbilder*in Voraussetzung, um solche Aufgaben erfüllen zu können (Rohloff, 2010).

Literatur und Praxis zeigen, dass eine Lücke zwischen Theorie und praktischer Umsetzung besteht (Merklein de Freitas, 2015). Durch die vielschichtigen Herausforderungen bedarf es berufsspezifischer Implementierungsinstrumente, um Ergotherapeut*innen den Theorie-Praxis-Transfer zu erleichtern (Merklein de Freitas, 2015). Dies kann durch aktive Grundhaltungen der Angehörigen der Profession gefestigt und durch spezifische Fortbildungen begleitet werden (Merklein de Freitas, 2015) (Einordnung nach Borgetto (→ Anh. 3)).

5.2.3.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Studienteilnehmenden haben als hilfreiche oder förderliche Faktoren die Kommunikation mit anderen Disziplinen genannt. Das Kompetenzprofil hilft dabei gegenüber anderen Disziplinen die Bedeutung von Betätigung zu verdeutlichen. Die Abgrenzung zu anderen Disziplinen wird deutlicher und hilft dabei die Schnittmengen besser zu erkennen. Auf der Mesoebene sind wenig berufliche Implementierungshilfen für den Theorie-Praxis-Transfer verbreitet.

Als Möglichkeiten, sich mit dem Kompetenzprofil Ergotherapie auseinanderzusetzen, wird aus den Resultaten ersichtlich, dass dies im Rahmen von Fortbildungen oder Seminaren geschehen könnte. Es deckt sich ebenso mit den Angaben der Teilnehmenden, dass Fortbildungen zur Etablierung des Kompetenzprofils beitragen können (→ Kap. 4). Im internationalen Vergleich mit Österreich fällt auf, dass zu dem ebenfalls 2019 veröffentlichten Kompetenzprofil bereits zwei Webinare stattgefunden haben. Darin wurden u. a. Fragen geklärt, warum die Entwicklung des Kompetenzprofils erforderlich war, wie dieses im beruflichen Alltag unterstützen kann und wie Ergotherapeut*innen das Kompetenzprofil nutzen können (Ergotherapie Austria, o. D.).

Für das Kompetenzprofil in Deutschland fehlen bisher vergleichbare Angebote, sich über das Kompetenzprofil auszutauschen.

5.2.4 Makroebene

Wie von den Forscherinnen erwartet, haben die Ergebnisse der Forschung gezeigt, dass die Berufsdefinition der Ergotherapie nicht ausreichend ist und dass hierfür ein abgestecktes Kompetenzprofil benötigt wird.

Die Interviewten wiesen darauf hin, dass nicht nur die Berufsdefinition einer Veränderung bedarf, sondern auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine Überarbeitung benötigt. Wie bereits im theoretischen Hintergrund (→ Kap. 2.3) beschrieben, ist die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung als veraltet zu betrachten. Es ist durch diese nicht vorgesehen, das Kompetenzprofil in die Ausbildung einzubinden. Das zeigt, dass jetzt der richtige Zeitpunkt für eine Gesetzesveränderung ist. Einerseits sollen alle tätigen Ergotherapeut*innen in Deutschland das Kompetenzprofil vom DVE in ihrer Arbeit etablieren, aber andererseits ist die Einbindung

dieses in die Ausbildung, wie von TN6 beschrieben, nicht festgelegt. Dies steht im Konflikt zueinander.

In einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat der DVE (2019b) einen Entwurf für eine neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erstellt. Dort wird aufgezeigt, dass die Beschreibung der Ausbildungsinhalte freier dargestellt werden sollte, damit die Ausbildungsinhalte in Zukunft schneller angepasst werden können und mehr Flexibilität in der Gestaltung besteht (DVE, 2019b). Da in Deutschland gerade ein Wandel der Ergotherapie, hin zu einer Profession stattfindet (Marotzki, 2008), ist es sinnvoll, überarbeitete Gesetze zu haben, die mehr Freiheit in der Umsetzung bieten.

Die Ausbildung wird als Schlüssel angesehen, das Profil zu etablieren (→ Kap. 4). Dies erscheint vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels und unterschiedlicher Berufsidentitäten unter Ergotherapeut*innen sinnvoll. Lernende haben so die Möglichkeit, von Anfang an ein zeitgenössisches Bild der Ergotherapie zu erwerben und nach diesem zu arbeiten.

Wie im Ergebnisteil (→ Kap. 4) ersichtlich, stellt sich unter den Teilnehmenden die Frage, wie Berufsfachschulen diese Kompetenzen vermitteln sollen. Diese Problemstellung hängt u. a. mit der Diskrepanz der auf DQR 6 Niveau formulierten Kompetenzen und der Ausbildung an Berufsfachschulen zusammen. Darüber hinaus ist es fraglich, wie die Kompetenzen aus dem Profil messbar und evaluierbar gemacht werden können. Das Kompetenzprofil Ergotherapie ist als Erstentwurf deklariert und soll zukünftigen Ausarbeitungen einen Referenzrahmen bieten (DVE, 2019a). Somit bedarf es zur Beantwortung solcher Fragen zunächst mehr Forschung und einer Überarbeitung des Kompetenzprofils. Kaldewei (2019) ruft in einem Artikel zu Rückmeldungen an die Projektgruppe auf, um folgende Fragen zu klären: *“Sind alle notwendigen Kompetenzen abgebildet? Sind die Domänen und die Domänenbeschreibungen passend? Ist der Umgang mit dem Kompetenzprofil praktikabel?”* (Kaldewei, 2019, S. 9)

Zudem besteht die Notwendigkeit, unterschiedliche Qualifikationsniveaus z. B. Masterabschlüsse zu berücksichtigen und zu den einzelnen Kompetenzen unterschiedliche Niveauabstufungen zu formulieren (DVE, 2019a). In einer Stellungnahme des DVE (2019b) zur Neuordnung der Gesundheitsfachberufe wird die heterogene Ausbildungslandschaft in Deutschland als hemmender Faktor aufgeführt, ein eindeutiges Qualifikationsprofil zu formulieren und die ergotherapeutische Ausbildung weiterzuentwickeln. Demnach ist eine Vollakademisierung der

Ergotherapie erforderlich, um eine bedarfsgerechte Klientenversorgung zu ermöglichen (DVE, 2019b). Die Ergebnisse zeigen auf, dass die heterogene Ausbildungslandschaft in der Ergotherapie die Entwicklung eines einheitlichen Kompetenzprofils erschwert.

Zur weiteren Etablierung und Umsetzung des Kompetenzprofils ist der Austausch über dieses ein wesentlicher Faktor, der aktuell noch nicht ausreichend gegeben ist. Es ist notwendig, dass alle Ergotherapeut*innen das gleiche Verständnis des Kompetenzprofils aufweisen und es als Berufsgruppe anerkennen, was über eine Verbreitung auf vielen Ebenen und in Diskussion miteinander erreicht werden kann. In einem darauffolgenden Schritt könnte dadurch die Stimme der Ergotherapie gegenüber der Politik gestärkt und der Beruf vorangebracht werden.

Abschließend kann hinsichtlich der 2. Leitfrage dieser Forschung resümiert werden, dass von den Teilnehmenden vielfältige Faktoren auf Mikro-, Meso- und Makroebene benannt wurden, die den Einsatz des Kompetenzprofils beeinflussen können. Die oben diskutierten und im Ergebnisteil dargestellten Ergebnisse lassen vermuten, dass der Einsatz des Kompetenzprofils und dessen Etablierung eine vielschichtige Herausforderung darstellt.

5.3 Diskussion der 3. Leitfrage

Zur Umsetzung des Kompetenzprofils wurden von den Teilnehmenden allgemein gehaltene Fallbeispiele aus der Perspektive der Lehrenden gegeben. Um “best practice” Fallbeispiele auf der Mikroebene zu konkretisieren, müssen noch weitere, spezifischere Auseinandersetzungen mit dem Kompetenzprofil erfolgen. Hinweise zu den notwendigen Voraussetzungen finden sich in diesem Kapitel (→ Kap 5.3) bei der Beantwortung der 2. Leitfrage wieder.

- 3. Leitfrage: In welchen Situationen haben Ergotherapeut*innen in Deutschland das Kompetenzprofil Ergotherapie in ihrer Arbeit als hilfreich und unterstützend erlebt (Fallbeispiele)?**

5.3.1 Ergotherapeutische Expertise

In Bezug auf die ergotherapeutische Expertise teilten die Interviewten ihre Erkenntnisse darüber, dass das Kompetenzprofil ein wichtiges Instrument sein kann, wenn es um die Entwicklung der Berufsidentität geht. So wird das Kompetenzprofil als unterstützend wahrgenommen, sich von anderen Berufsgruppen zu unterscheiden und Schnittmengen zu identifizieren. Auch in Bezug auf Ausbildung wird das Kompetenzprofil als hilfreich wahrgenommen, um die Berufsidentität bei Lernenden zu entwickeln. Es ist ein Instrument, mit dem die zu erwerbenden Kompetenzen mit Abschluss der Ausbildung verdeutlicht werden können. Hierbei muss allerdings wieder das Qualifikationsniveau des DQR 6 berücksichtigt und identifiziert werden, ob dies von den Lernenden der Berufsfachschulen erreicht werden kann. Teilnehmende Personen gaben an, dass durch die Stärkung der Berufsidentität interdisziplinäre Zusammenarbeit aufgrund verbesserter Kommunikation erleichtert wird. Dies lässt die Vermutung zu, dass eine solide Berufsidentität die Basis für kompetentes Handeln ist. Somit kann das Kompetenzprofil in solchen Situationen unterstützend sein, in denen die Ergotherapie transparent gemacht werden soll. In diesem Zusammenhang wurde von Teilnehmenden berichtet, das Kompetenzprofil als eine Art Werbeinstrument zu nutzen. Der Beruf soll mit Hilfe des Kompetenzprofils beruflfremden und -angehörigen Personen dargestellt werden können. Für Lernende könnte dies, als erster Schritt vor der Abgrenzung und Darstellung des Berufes gegenüber anderen, zunächst die Identifikation von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen der Ergotherapie und anderen Berufsgruppen bedeuten.

5.3.2 Voraussetzungen schaffen

Wie in den Resultaten dargelegt, werden positive Fallbeispiele individuell beschrieben. Hierbei blieben die Teilnehmenden in einer Beschreibung auf der Metaebene, da mitunter der Behandlungskontext im Profil nicht verortet ist. Es wurden keine konkreten Fallbeispiele festgemacht. Aus der Perspektive der Lehrenden konnten dabei diverse unterstützende Punkte festgestellt werden. Dabei ist für die Lehrenden der orientierende Rahmen zur curricularen Ausgestaltung auf Kompetenzniveau für die Ausbildungsrichtung zentral. Zugehörigkeit und Anbindungsmöglichkeiten zur Profession der Ergotherapie werden dabei von TN6 verdeutlicht.

Das Kompetenzprofil als solches wird durch seine Verschriftlichung als zentraler Nutzen angesehen und im Konsens der Interviewten als wichtiges und bedeutsames Instrument in der Ergotherapie verstanden. Dieses Instrument kann in der Ausbildung für Lernende systematisierbar gemacht werden und so auch als Abgleich zur Berufsidentität dienen. Im Zusammenhang mit der Kontextbasierung (→ Kap. 2.2) in der Ergotherapie wird deutlich, dass mehreren Studienteilnehmenden aus der Perspektive eines*r Lehrenden der Behandlungskontext fehlt. Ebenso ist die Kontextbasierung der Ergotherapie, wie im theoretischen Hintergrund beschrieben, durch vielfältige Ebenen und Arbeitsbereiche komplex strukturiert. Diese Ergebnisse zeigen den hohen selbstreflexiven Charakter der eigenen Arbeit auf, der die ergotherapeutische Expertise der Teilnehmenden verdeutlicht.

Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass sich durch die Anwendung des Kompetenzprofils beispielsweise bei TN3 die ergotherapeutische Expertise positiv verändert hat. Die Veränderungen wurden mit einer bewussteren Rolle und Haltung beschrieben, die sich aus der Gesamtheit der Domänen ergibt. Die ergotherapeutische Expertise bildet das zentrale Element in dem Kompetenzprofil und verbindet die Domänen miteinander (→ Kap. 2.5).

Nach Kaldewei (2019) müssen alle sechs äußeren Domänen aktiv genutzt werden, damit die ergotherapeutische Expertise als verbindendes Element zum Tragen kommt. Dies kann sich allerdings als schwierig erweisen, da je nach Fachbereich die einzelnen Domänen, wie von TN2 beschrieben, kaum mit den gegebenenfalls noch funktionsorientierten Arbeitsweisen der Ergotherapeut*innen vereinbar sind und daher die Umsetzung zu wenig Anwendung findet. Deutschland hatte lange kein eigenes Kompetenzprofil und viele Berufsangehörige haben für sich bereits Profile aus anderen Ländern genutzt. Andere haben während eines Studiums im Ausland das dortige Kompetenzprofil kennengelernt und dort bereits eine Veränderung oder Stärkung der eigenen Expertise erlebt. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Zugehörigkeit zu einem Berufsprofil, in dem sich alle Ergotherapeut*innen wiederfinden können.

Dem ergotherapeutischen Selbstverständnis fehlt nach wie vor ein einheitliches Bild (Marotzki, 2008). Zu uneinheitlich ist die Sichtweise, die Ergotherapeut*innen von ihrer Profession innehaben. Hierbei sind einheitliches Denken und Handeln in der Profession gefragt (Marotzki, 2008) und Voraussetzung, um zu einer gemeinsamen Berufsidentität zu gelangen.

5.4 Diskussion der Hauptforschungsfrage

“Wie erleben Ergotherapeut*innen in Deutschland die Umsetzung des Kompetenzprofil Ergotherapie vom DVE (2019a) in ihrem Arbeitsalltag?”

Die zusammenfassende Beantwortung der Forschungsfrage zeigt auf, dass das Kompetenzprofil für die Ergotherapie in Deutschland einen sehr wichtigen Schritt darstellt. Die Anwendbarkeit wird von Ergotherapeut*innen dabei unterschiedlich beschrieben und die Teilnehmenden erleben Schwierigkeiten in der Umsetzung auf der Mikroebene. Durch die Forschung konnte aufgezeigt werden, dass von Ergotherapeut*innen einige Wünsche zur Weiterentwicklung des Kompetenzprofils hinsichtlich der beschreibenden Domänen und Ausgestaltungsinstrumente bestehen (→ Kap. 4).

Wie in der Zielsetzung (DVE, 2019a) bereits beschrieben, stellt die Erarbeitung einer Definition der verschiedenen Qualifikationsstufen einen wichtigen zukünftigen Schritt dar. Wie im Kompetenzprofil selbst dargestellt, bildet es *“das Einstiegsniveau nach einem ersten berufsqualifizierenden Abschluss”* (DVE, 2019a, S. 9) ab. Dabei wird jedoch im Hinblick auf die Zukunft richtungsweisend das Niveau eines Bachelorabschlusses vorausgesetzt, was derzeit in Deutschland noch nicht der Regelfall ist. Trotz der teilweise durchgeführten Integration des Kompetenzprofils in die Curricula, kann dies den Einsatz des Kompetenzprofils in der aktuellen Ausbildung erschweren. Wie von den Studienteilnehmenden beschrieben (→ Kap. 4), ist dadurch häufig eine Übersetzungsarbeit oder Entwicklung eigens erstellter Ausgestaltungsinstrumente in Anlehnung an das Profil erforderlich.

Im Zeitraum der Ausarbeitung der Forschungsarbeit, wurde in der Fachzeitschrift Ergotherapie und Rehabilitation vom Oktober 2021 des DVE bekannt, dass die DVE-Projektgruppe, die bis dahin erhaltenen Rückmeldungen zum Kompetenzprofil diskutiert haben. Auch wurde mittlerweile eine Handreichung erarbeitet, die an einem Beispiel aufzeigen soll, wie eine Modularisierung ausgehend vom Kompetenzprofil möglich sein könnte (DVE, 2021). Die Handreichung soll spätestens am Ergotherapie-Kongress 2022 veröffentlicht werden und zukünftig dazu dienen (DVE, 2021), die Ausbildungseinrichtungen in ihrem Prozess der Weiterentwicklung zu unterstützen.

Auch wenn das Kompetenzprofil als Hilfe zur Ausgestaltung von Ausbildungsprogrammen angedacht ist (DVE, 2019a), lassen die Aussagen der Studienteilnehmenden erkennen (→ Kap. 4), dass das Profil auch für die eigene Berufsidentität stärkend und zur Darstellung und Vertretung des Berufsbildes und der Ergotherapie hilfreich sein kann.

Die Erkenntnisse dieser Forschung können durch die unterschiedlichen Kontexte in andere Arbeitsfelder der Ergotherapie nicht vollständig übertragen werden. Es lässt sich aber vermuten, dass es in einigen Aspekten Übereinstimmungen geben könnte.

Die Ergebnisse dieser Forschung zeigen auf, dass weitere Forschungen für die Weiterentwicklung des Kompetenzprofil DVE (2019a) notwendig sind.

5.5 Stärken und Limitationen der Studie

In diesem Kapitel wird die Forschungsarbeit durch die Forscherinnen reflektiert und die Stärken und Limitationen dieser Studie aufgezeigt.

Stärken der Studie

Das gewählte Thema der Forschungsarbeit ist hinsichtlich seiner **Aktualität** als eine Stärke zu betrachten. Zu der Thematik wurde bisher noch sehr wenig Forschung durchgeführt und es kann zu einer Weiterentwicklung beigetragen werden.

Die durchgeführte **Literaturrecherche** wurde im Text sowie durch ein Beispiel im Anhang (→ Anh. 2) transparent aufgezeigt. Die verwendeten Studien wurden in ihrer Evidenz nach Borgetto (2011) bewertet (→ Anh. 3).

Das Vorgehen in der **Methodik** wurde beschrieben und von den Forscherinnen systematisch eingehalten. Die Strukturierung durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gab Orientierung im Prozess und gewährleistete ein theoriegeleitetes Arbeiten. Bei den aufgezeigten **Gütekriterien** der qualitativen Forschung (→ Kap. 3.7) konnten damit die Verfahrensdokumentation und die Regelgeleitetheit erfüllt werden.

Beim **Membercheck** der transkribierten Interviews wurde von allen Teilnehmenden eine Rückmeldung erhalten, wodurch die eigenen Aussagen durch die Teilnehmenden validiert werden konnten.

Die Analyse der Interviews sowie die Erstellung des Kategoriensystems erfolgten in einer **Triangulation** der Forscherinnen. Dabei wurde zunächst unabhängig voneinander gearbeitet und die Ergebnisse anschließend zu einem Konsens zusammengeführt.

Eine weitere Stärke der Arbeit stellt die Beschreibung und Einhaltung der von Schnell und Dunger (2018) formulierten **ethischen Prinzipien** (→ Kap. 3.4), wie beispielsweise die Aufklärung über das Ziel und die Umstände der Forschung oder die Beachtung des Datenschutzes der Teilnehmenden, dar.

Durch die Nachrekrutierung konnten schließlich sieben **Teilnehmende** eingeschlossen werden, die aus drei unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland stammen. Dies ermöglichte den

Einbezug unterschiedlicher lokaler Kontexte der Teilnehmenden und erhöht dadurch die Aussagekraft der Studie. Es konnte eine theoretische Sättigung der Daten in den Ergebnissen, in Bezug auf die Umsetzung des Kompetenzprofils in der Lehre, erreicht werden. Eine Kategorie kann als gesättigt bezeichnet werden, wenn das Einbeziehen von neuem Datenmaterial für eine Kategorie keine neuen Einsichten mehr bringt (Krüger & Meyer, 2007; Schneider, 2021). Diese Sättigung kann von den Forschenden nicht exakt abgebildet werden, jedoch konnte innerhalb der letzten Interviews festgestellt werden, dass die Aussagen der Interviewteilnehmenden hinsichtlich ihrer Erkenntnisgewinnung keine wesentlichen neuen Informationen lieferten.

In der **Beantwortung der Leitfragen** konnten besonders für die ersten beiden interessante Informationen und Erkenntnisse aus den Ergebnissen gewonnen werden.

Limitationen der Studie

Neben den genannten Stärken gibt es auch Limitationen in dieser Forschungsarbeit zu beachten.

Aufgrund der bis zum derzeitigen Stand noch geringen **Studienlage** zum Kompetenzprofil konnte wenig Evidenz zum Thema gefunden werden. Die einbezogenen Studien wurden nach Tomlin & Borgetto (2011) bewertet (→ Anh. 3), wobei überwiegend eine geringe Evidenz festgestellt wurde.

Ebenso stellen die vielen Bezugsthemen, die das Kompetenzprofil mit sich bringt, ein **großes Themengebiet** dar. Hinsichtlich der zu gewinnenden Ergebnisse wäre daher eine Eingrenzung des Themas richtungsweisender gewesen. Hierbei ist zu erwähnen, dass die Forscherinnen explizit Fragen zur Darstellung und Beschreibung der sieben einzelnen Domänen in den Leitfragen ausgeschlossen hatten, um sich auf das Kompetenzprofil als Ganzes und damit in Verbindung stehende Fallbeispiele zu fokussieren. Dennoch zeigte sich, dass die Teilnehmenden die Darstellung und Beschreibung der einzelnen Domänen trotzdem als zentrale Aspekte aufgriffen und somit ein Teilfokus der Forschung darauf gelenkt wurde.

Die **Interviews** konnten durch die Corona-Pandemie nur online geführt werden, was den Kontakt im Gespräch mit den Teilnehmenden erschwerte.

Die Teilnehmenden berichteten überwiegend von der **Umsetzung des Kompetenzprofils in der Lehre**, obwohl manche von ihnen auch im direkten Klientenkontakt tätig sind. Hier hätten

die Forscherinnen expliziter nach der Umsetzung in der Arbeit außerhalb der Lehre fragen können, um evtl. weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

Das Fehlen der **Evaluation des ersten Pretests** durch die*den Pretestende*n stellt eine weitere Schwäche der Arbeit dar. Wie vorab geplant, wurde ein zweiter Pretest durchgeführt, wobei die Evaluation dieses in seiner Aussagekraft wenig richtungweisend für die Adaption des Interviewleitfadens war, da die Forscherinnen eine Rückmeldung losgelöst vom Evaluationsbogen erhielten. Der Evaluationsbogen wurde, wie in → Kap 3.5.4 beschrieben, auf Nachfragen indirekt beantwortet. Aussagekräftige Evaluationsbögen mit daraus resultierenden Adaptionen des Interviewleitfadens hätten die Qualität der Ergebnisse beeinflussen können. Die Bestimmung der zentralen Inhalte in dieser Forschung basiert demnach nur auf dem Wissen der Forscherinnen und so konnten Aspekte durch die Beurteilung von Außenstehenden nicht genügend in diese Studie aufgenommen werden.

Zwar fand ein Membercheck der transkribierten Interviews durch die Teilnehmenden statt, aber die fehlende Rücküberprüfung der Ergebnisse stellt eine Schwäche im **Gütekriterium der kommunikativen Validierung** dar, die aufgrund zeitlicher Bedingungen nicht stattfand.

Die **3. Leitfrage** konnte auf Grundlage der Ergebnisse nur ansatzweise beantwortet werden. Es wurden Aspekte gefunden bei denen der Einsatz des Kompetenzprofils als hilfreich erlebt wurde, konkrete oder weiter ausgeführte Fallbespiele konnten nicht ermittelt werden.

6 Schlussfolgerung & Implikationen für die Praxis

Diese Studie zeigt auf, dass das Kompetenzprofil in der Lehre integriert und ausgestaltet wird und dass eine Bereitschaft sowie "Ergotherapeutische Expertise" der Lehrenden zur Umsetzung des Profils vorhanden ist. Es wird somit ersichtlich, dass das Kompetenzprofil trotz nicht optimaler Rahmenbedingungen umgesetzt werden kann und grundsätzlich auch Anwendung findet. Die Vernetzung und der Austausch der Schulen untereinander ermöglichen es, gemeinsame Wege der Umsetzung zu finden. Die Implementierung des Kompetenzprofils in den Ausbildungsstätten in Deutschland zeigt sich hierbei jedoch nicht abgeschlossen. Die Forschung untermauert die Anstrengungen um den Akademisierungsprozess und kann aufzeigen, dass die Akademisierung als Voraussetzung zu einem einheitlichen Berufsprofil und Berufsbild von Ergotherapeuten*innen zentral ist. Durch abgestufte Qualifikationsniveaus könnte das Profil die Akademisierung unterstützen und gleichzeitig die noch bestehende diverse Ausbildungslandschaft in Deutschland berücksichtigen.

Durch die überwiegende Bezugnahme der Teilnehmenden auf die Lehre, können durch diese Forschungsarbeit keine konkreten Aussagen zur Umsetzung der Kompetenzprofils in anderen Fachbereichen getroffen werden. Die geringen Informationen zur Anwendung des Profils in anderen Handlungsfeldern der Ergotherapie lässt darauf schließen, dass die Umsetzung in diesen noch erschwert ist und in Zukunft Möglichkeiten hierfür entwickelt werden müssen.

Der wesentliche Mehrwert eines Kompetenzprofils liegt aus Sicht der Forscherinnen unter anderem darin, als Lernende*r eine eigene Berufsidentität zu entwickeln oder die eigene Weiterentwicklung zu stärken. Ein einheitliches Berufsverständnis stärkt die Ergotherapie als Profession und ihre Position gegenüber anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens sowie gegenüber der Politik und ermöglicht eine Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Implikationen für die Praxis

Aus den Resultaten der Forschungsarbeit lassen sich Veränderungswünsche der Teilnehmenden hinsichtlich des Kompetenzprofils entnehmen. Darauf aufbauend geben die Forscherinnen mögliche Implikationen für die Praxis.

→ **Anpassung der Verschriftlichung und des Inhalts**

Zentral zeigt sich in dieser Forschungsarbeit ein Veränderungsbedarf im Hinblick auf eine vereinfachte und verständlichere Sprache im Kompetenzprofil Ergotherapie, die der ergotherapeutischen Alltagssprache angepasst ist. Einen orientierenden Rahmen kann das Kompetenzprofil der Ergotherapie aus Österreich (Ergotherapie Austria, 2019) bieten, in dem die Kompetenzbeschreibungen strukturiert dargestellt werden (→ Kap. 2.7). Auf inhaltlicher Ebene wurde geäußert, dass die Domänen des deutschen Kompetenzprofils ggf. noch ergänzt werden können, wofür als ein Beispiel die Inhalte der Rolle des Change Agents aus den Competency Roles of OT (Townsend & Polatajko, 2013) aus dem kanadischen Modell benannt wurden. Die Differenzierung von unterschiedlichen Qualifikationsstufen in den einzelnen Domänen könnte mehr Ergotherapeut*innen als Zielgruppe einschließen. Die Notwendigkeit dieser Differenzierung wurde im Kompetenzprofil Ergotherapie bereits vorausgesagt (DVE, 2019) und kann durch die Ergebnisse dieser Studie bestätigt werden. Dabei ist wünschenswert, dass sich eine möglichst große Spanne von Ergotherapeut*innen, von Lernenden bis hin zu Praktizierenden mit langjähriger Berufserfahrung, in dem Profil wiederfinden kann. Die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und Handlungsfelder der heutigen Ergotherapie sollten dabei Berücksichtigung finden.

→ **Implementierungshilfen für den Theorie-Praxis-Transfer**

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigen auf, dass eine Lücke zwischen den Domänenbeschreibungen und der praktischen Umsetzung besteht. Hierbei wurde der Bedarf an Implementierungshilfen, wie z. B. Checklisten, Leitfäden oder einem Reasoningkatalog zur Selbsteinschätzung für verschiedene Zielgruppen, deutlich. Von den Teilnehmenden wurden entsprechende Instrumente häufig eigenständig erstellt, um das Kompetenzprofil für die Arbeit mit den Lernenden anwendbar zu machen. Für das kontextbasierte Arbeiten werden Modelle oder Leitfäden genannt, um die diversen ergotherapeutischen Kontexte innerhalb des Profils einheitlich gestaltbar und standardisierbar zu machen und somit Qualitätskriterien abbilden zu können. Die konkrete Ausgestaltung dieser Implementierungshilfen benötigt weitere Forschung. Zudem bedarf es einer genaueren Zielsetzung des Kompetenzprofils und weiterer Forschung zu Einsatzmöglichkeiten in der Praxis.

→ **Voraussetzungen im deutschen Kontext**

Unter den Ergotherapeut*innen ist ein gemeinsames, grundlegendes Verständnis des Kompetenzprofils notwendig. Darauf aufbauend erfordert es die Reflexion der Lehrenden, Forschenden und Praktizierenden, was die einzelnen Domänen im eigenen Professionsverständnis und im persönlichen Arbeitskontext bedeuten. Dies erscheint notwendig für ein Kompetenzprofil, in dem sich alle Professionsangehörigen wiederfinden können, unabhängig auf welcher Qualifikationsstufe und in welchem Arbeitssetting sie dieses anwenden. Als weitere Rahmenbedingung ist die Erneuerung der Gesetzgebung, z. B. der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, essentiell.

→ **Austausch zum Kompetenzprofil ermöglichen**

Aus den Resultaten geht hervor, dass Fortbildungen, Seminare oder Informationsveranstaltungen als bevorzugte Strategien genannt wurden, um das Kompetenzprofil Ergotherapie in Deutschland zu etablieren. Wie zuvor aufgegriffen wurde (→ Kap. 5.2), fanden zum österreichischen Kompetenzprofil für Ergotherapie bereits Webinare statt, in denen relevante Fragen zur Entstehung, Relevanz und Anwendung geklärt werden konnten. Teilnehmende der Forschung gaben an, dass das konkrete Ziel und die Möglichkeiten der Nutzung nicht ausreichend klar sind. Austauschmöglichkeiten, Webinare oder Seminare könnten diese Unsicherheit der Ergotherapeut*innen aufgreifen und weitere Informationen anbieten.

Ausblick

Durch diese Forschungsarbeit wurde deutlich, dass das Kompetenzprofil auf einem guten Weg ist, zu einem Berufsprofil mit richtungsweisendem Charakter im gesellschaftspolitischen Kontext zu werden und zur Bildung eines einheitlicheren Berufsverständnisses sowie zur Professionalisierung der Ergotherapie beiträgt.

Abschließend kann gesagt werden, dass das Kompetenzprofil für Ergotherapeut*innen lange als notwendiger Schritt gesehen und als Gewinn für die deutsche Ergotherapie erlebt wird. Dennoch zeigen sich in der Umsetzung unterschiedliche Schwierigkeiten, die in dieser Forschung aufgezeigt und diskutiert wurden. Durch die Forschungsarbeit wurde deutlich, dass eine

Weiterentwicklung des Kompetenzprofils dringend notwendig ist. In weiteren Forschungen zu diesem Thema kann der Fokus auf die Umsetzung des Kompetenzprofils in anderen Handlungsfeldern der Ergotherapie gelegt werden. Aufbauend auf weiteren Forschungen können für verschiedene Einsatzbereiche einheitliche Hilfen zur Implementierung entwickelt werden. Ein aktuelles Beispiel hierzu ist die von der DVE-Projektgruppe “Modularisierung” bereits erarbeitete Handreichung für ergotherapeutische Ausbildungseinrichtungen, die im kommenden Jahr bis spätestens zum Ergotherapie Kongress veröffentlicht wird. Auch die zukünftigen politischen Entwicklungen und gesetzlichen Rahmenbedingungen können einen wesentlichen Einfluss auf die Umsetzung des Kompetenzprofil Ergotherapie nehmen.

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association (2015). Standards of Practice for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 1–6. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.696s06>
- American Occupational Therapy Association (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 4th Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 1–87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74s2001>
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Arbeitskreis Modelle und Theorien Wien (Hrsg.). (2004). *OPM-Occupational Performance Model (Australia). Darstellung der Theorie. Beispiele aus der Praxis*. Schulz Kircher Verlag.
- Baur, N., & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (1. Aufl.). Springer.
- Benkler, K., Geiger, M., Hemelaers, L., Spänhauer, C., Suter, P., Weick, U., Witte, U., & von Felten, S. (2015). Zehn Jahre nach Einführung des evidenzbasierten Arbeitens in den Therapiediensten des Universitätsspitals Basel. *physioscience*, 11(02), 47–52. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1399637>
- Bibliographisches Institut GmbH (2021). *Kompetenz, die*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kompetenz>
- Büscher, A., Sivertsen, B., & White, J. (2009). *Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf
- Bundesinstitut für Berufsbildung (bibb). (o. D.). *Kompetenzentwicklung in der Berufsbildung*. <https://www.bibb.de/de/707.php>

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o. D.a). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV)*. <https://www.gesetze-im-internet.de/ergthapr/BJNR173100999.html>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o. D.b). *Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz - ErgThG)*. <https://www.gesetze-im-internet.de/bearbthg/BJNR012460976.html>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2021). *Der deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. Bundesministerium für Bildung und Forschung. https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/der-dqr_node.html;jsessionid=5D4A9CE2EC747F8C005898C6568EC5B5.live471
- Bundesgesundheitsministerium (BMG). (o. D.). *Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe"* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf
- Bundesrat (2016). *Beschluss des Bundesrates. Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten*. [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/479-16\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=5](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/479-16(B).pdf?__blob=publicationFile&v=5)
- Beyermann, G. (2001). *Woher-Wohin?-Didaktischer Leitfaden zur Ausbildungsplanung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Ergotherapie*. Schulz- Kirchner.
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., Menzel, M., Netzband, A., Reichel, K., Reßler, W., Schmidt, M., Seiferth, W., Thieme, H., & Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide-Diskussionsbeitrag zur Ergotherapie Evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie. The Pyramid of Research – Contribution to the Discussion of Evidence-based Practice in Occupational Therapy. *ergoscience*, 2, 56–63. <https://doi.org/10.1055/s-2007-963004>

- Bühler, S., Merklein de Freitas, C., & Mohr, S. (2021). Gemeinsam auf dem Weg- Eine qualitative Studie zur Implementierung modellgeleiteten Arbeitens in ambulanten Ergotherapiepraxen. *ergoscience*, *16*(1), 12–20. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-54020210102>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Zukunft der Gesundheitsfachberufe- Ausbildungen neu ordnen*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/gesamt-konzept-gesundheitsberufe.html>
- Canadian Association of Occupational Therapists (2012). *Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada*. <https://caot.in1touch.org/document/3653/2012otprofile.pdf>
- Chalmers, A. F. (2001). *Wege der Wissenschaft: Einführung in die Wissenschaftstheorie* (N. Bergmann & C. Altstötter-Gleich, Übers.; 5. Aufl.). Springer.
- Chapparo, C. & Ranka, J. (2014). Das Occupational Performance Model (Australia): Eine Beschreibung von Konstrukten und Struktur. In Arbeitskreis Modelle und Theorien Wien (Hrsg.), *OPM – Occupational Performance Model (Australia)* (1. Aufl., S. 11–59). Schulz-Kirchner Verlag.
- Christiansen, C. H., & Townsend, E. A. (2010). *Introduction to Occupation. The art and science of living* (2nd ed.). Pearson.
- Christensen, J. R., Larsen, E., & Rasmussen, A. (2018). Verbesserung einer klientenzentrierten Praxis mit dem kanadischen Arbeitsleistungsmaß. *Ergotherapie International*. <https://doi.org/10.1155/2018/5956301>
- Creek, J., Lawson-Porter, A. (2007). *Contemporary Issues in Occupational Therapy. Reasoning and Reflection*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Claudiana. Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe in Bozen/Südtirol (2007). *Ergotherapie- Was bietet sie heute und in Zukunft?* <https://dve.info/resources/pdf/downloads/a-z/3306-brosch%C3%BCre-dachs-de/file>
- Cup, E., & van Hartingsveldt, M. (2019). Der Ergotherapeut. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 196–208). Georg Thieme.

- Deloitte Touche Tohamatsu Limited (DTTL). (Hrsg.) (2017). *Welche Schlüsselkompetenzen braucht es im digitalen Zeitalter? Auswirkungen der Automatisierung auf die Mitarbeiter, die Unternehmen und das Bildungssystem*. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ch/Documents/innovation/ch-en-innovation-automation-competencies.pdf>
- Department of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists (DNHW & CAOT). (1983). *Guidelines for the client-centred practice of occupational therapy*. Department of National Health and Welfare.
- Deutsches Institut für Menschenrechte e.V. (2021). *Menschenrechtsabkommen*. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsschutz/deutschland-im-menschenrechtsschutzsystem/vereinte-nationen/vereinte-nationen-menschenrechtsabkommen>
- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS). (o. D.a). *Paradigma*. DWDS. <https://www.dwds.de/wb/Paradigma>
- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS)-. (o. D.b). *Population*. DWDS– Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. <https://www.dwds.de/wb/Population>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (Springer-Lehrbuch)* (5. Aufl.). Springer.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag.
- DVE (o. D.a). *Ausbildung*. <https://dve.info/bildung/ausbildung>
- DVE (o. D.b). *Der Verband*. <https://dve.info/der-dve/der-verband>
- DVE (2007). *Definition*. Definition. <https://dve.info/der-dve/der-verband>
- DVE (Hrsg.). (2008). *Ergotherapie im Profil*. Schulz-Kirchner Verlag.
- DVE (2019a). *Kompetenzprofil Ergotherapie*. <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file>

- DVE (2019b, Juni 27). *Schriftliche Beteiligung des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V.*
<https://dve.info/attachments/article/253/DVE%20Stellungnahme%20zur%20BL-AG%20%20Neuordnung%20der%20Gesundheitsberufe.pdf>
- DVE (2021). *Vom DVE-Kompetenzprofil zur Handreichung für Ausbildungsprogramme der Ergotherapie*. 60. Jahrgang(10/2021).
- ENOTHE. European Network of Occupation Therapy in Higher Education. (2007). *Terminology*.
www.enothe.hva.nl/tq/terminology.htm
- Ergotherapie Austria (o. D.a). *Ausbildung*. <https://www.ergotherapie.at/ausbildung>
- Ergotherapie Austria. (o. D.b). *Das ergotherapeutische Kompetenzprofil - Webinar*.
<https://www.ergotherapie.at/das-ergotherapeutische-kompetenzprofil-webinar>
- Ergotherapie Austria, (2019). *Das Kompetenzprofil der Ergotherapie*. https://www.ergotherapie.at/sites/default/files/kompetenzprofil_druck_final.pdf
- Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz und Comitté des Écoles Suisses d'Ergothérapie arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie Comunità di lavoro delle Scuole Svizzere di Ergoterapia. (2002). *Berufsprofil Ergotherapie 2005*. Berufsprofil Ergotherapie EVS-ASSET.
<https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6JLvL2DYoAPKasSN-vUf3Dw%3D%3D&id=82>
- Erpenbeck, J., von Rosenstiel, L., Grote S., & Sauter, W. (Hrsg.). (2017). *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Schäffer-Poeschel.
- Europäische Union. (o.D.). *Europäischer Qualifikationsrahmen*. Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR). <https://europa.eu/europass/de/european-qualifications-framework-eqf>
- Feiler, M. (2019). *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (1. Aufl.). Thieme.
- Fisher, A. G. (2018). *OTIPM.Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. (Dehnhardt, B., Übers.). Schulz-Kirchner Verlag.

- Flick, U. (2016). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA- Studiengänge*. (3. Aufl.). Rowohlt's Enzyklopädie.
- Gabler Wirtschaftslexikon (GWL). (o. D.), *Paradigma*. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/paradigma-42740>
- Gesemann, F., & Riede, M. (Hrsg.). (o. D.). *Potenziale der Gemeinwesenarbeit für lokale Demokratie. Abschlussbericht S. 7*. https://www.vhw.de/fileadmin/user_upload/08_publicationen/vhw-schriftenreihe-tagungsband/PDFs/vhw_Schriftenreihe_Nr._21_GWA_und_lokale_Demokratie.pdf
- Gläser-Zikuda, M. (2011). Qualitative Auswertungsverfahren. In H. Reinders, H. Ditton, C. Gräsel & B. Gniewosz (Hrsg.), *Empirische Bildungsforschung - Strukturen und Methoden* (1. Aufl., S. 109–119). VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93015-2>
- Goode, W. J. (1982). Experten und Scharlatane. Eine Warnung vor der falschverstandenen Professionalisierung der Soziologie. In T. Luckmann & W. M. Sprondel (Hrsg.), *Berufssoziologie* (S. 402-418). Kiepenheuer & Witsch.
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie- Theorien und Modelle. Die Praxis begründen* (Dehnhardt, B. & Dehnhardt, J., Übers.; 1. Aufl.). Thieme.
- Harms, W., Schneider, J., Hoppstädter, W., & Eschenbeck, P. (2018). Entwicklung eines Kompetenzprofils für Absolventen eines grundständigen Bachelorstudiengangs Ergotherapie in Deutschland. *Developing a competency profile for graduates of an undergraduate occupational therapy bachelor's programme in Germany.*, 13(4), 136–145. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2018-54020180401>
- Hartig, J., Klieme, E. (2006): Kompetenz und Kompetenzdiagnostik. In Schweizer, K. (Hrsg.), *Leistung und Leistungsdiagnostik* (S. 127-143). Springer.
- Hartingsveldt, V. M., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut* (01 Aufl.). Boom Lemma uitgevers.

- Haupt, C. C., Schrieber, G., & von Elm, E. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. The Journal of Evidence and Quality in healthcare*, 143, 1–7.
- Hengelaar, R., & Van Gils, A. (2019). Kontext. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 239- 250). Georg Thieme
- Hilkenmeier, F., & Schaper, N. (2013). *Umsetzungshilfen für kompetenzorientiertes Prüfen*. Hochschulrektorenkonferenz projekt nexus.
- Hoyningen-Huene, P. (1997). *Thomas S. Kuhn*. 1997, 235–256.
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG), (2019). *Positionspapier Therapieberufe. Für eine nachhaltige, zukunftsfeste Ausbildung der Therapieberufe Deutschland*. Alice Salomon Hochschule Berlin. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Positionspapier_Therapieberufe_Versand_f.pdf
- Hucke, B., Meiling, C. (2019). Evidenzbasierte Praxis im Arbeitsalltag. (DVE, Hrsg.). *Et Reha*. 58.Jg., Nr.1:34-36
- Jerusalem, M. (2016). „*Es ist die Beziehung, die heilt*“ (Carl R. Rogers). <https://psychologie-weiterbildungen.de/ausbildung-klientenzentrierte-gespraechsfuehrung>
- Kaldewei, N., K. (2019). Was Ergotherapie ausmacht – Kompetenzprofil. *ergopraxis*, 12(02), 8–9. <https://doi.org/10.1055/a-0770-3229>

- Karstens, S., Mahler, S., Roos, M., Scecsenyi, J. (2012). Interprofessionelle Ausbildung für eine patientenzentrierte Versorgung der Zukunft. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“. Interprofessionelle Ausbildung für die patientenzentrierte Praxis. Entwicklung ergebnisorientierter Kompetenzen für einen Bachelorstudiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung. *ELSEVIER. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106, 523–532. <https://www-science-direct-com.zuyd.idm.oclc.org/science/article/pii/S1865921712000840>
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th Aufl.). F.A. Davis Co.
- Kielhofner, G. & Burke, J. P. (1980). *A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content*. 34(No.9).
- Klein, M., & Schubert, K. (2020). *Makro-/Meso-/Mikroebene. Das Politlexikon* https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/296425/makro-meso-mikroebene_
- Klieme, E., Avenarius, H., Blum, W., Döbrich, P., Gruber, H., Prenzel, M., Reiss, K., Riquarts, K., Rost, J., Tenorth, H. E., & Vollmer, H. J. (2007). *Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Expertise*. https://www.researchgate.net/publication/281345382_Zur_Entwicklung_nationaler_Bildungsstandards_Eine_Expertise_Stand_Juni_2003/link/571e8ddf08aed056fa2270b9/download
- Kornmesser, S. & Büttemeyer, W. (2020). *Wissenschaftstheorie. Eine Einführung*. Metzler, J.B.
- Kranz, F. (2017). Occupational Science – Betätigung verstehen. *ergopraxis*, 10(10), 12–13. <https://doi.org/10.1055/s-0043-113919>
- Krüger, P., Meyer, K.K. (2007). Eine Reise durch die Grounded Theory. Review Essay: Kathy Charmaz (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis. Forum: Qualitative Sozialforschung (FQS)*, 8(1). <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0701256>.
- Kufner, S., & Scholz-Schwärzler, N. (2017). Wandeln Sie mit! *ergopraxis*, 3/17(2017), 38–40. <https://doi.org/10.1055/s-0043-100653>

- Kuhn, T., S. (1970). *The Structur of Scientific Revolution* (2nd ed.). The University of Chicago Press.
- Kultusminister Konferenz (KMK) (2017). *Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse*. https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2017/2017_02_16-Qualifikationsrahmen.pdf
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Polatajko, H., Pollock, N., Dehnhardt, B., George, S. & Harth, A. (2020). *COPM 5th Edition Revised: Canadian Occupational Performance Measure (Edition Vita Activa: Wissenschaftliche Reihe - Assessments)* (überarbeitete Auflage 2020 Aufl.). Schulz-Kirchner.
- Le Granse, L. M., Hartingsveldt, V. M., & Kinébanian, A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl.). Thieme.
- Longrée, A., Junge, I. (2014). *Das DVE-Bildungskonzept*. *Et Reha*, 53.Jg., Nr. 12, 32–35. <https://dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/3165-dve-bildungskonzept/file>
- Marotzki, U. (2008). *Selbstverständnis der Ergotherapie - Sinnvolle Betätigung im Fokus*. *ergopraxis*, 01(05), 30–32. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1261710>
- Marzinik, K., Nauerth, A., & Stricker, M. (2012). *Kompetenzentwicklung basisnah- Forschungsprojekte im Gesundheits- und Sozialbereich*. LIT Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse—Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Beltz.
- Mentrup, C. (2013). *Das ergotherapeutische Paradigma*. In E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle. Theorie und Praxis aktuell* (S. 9-17). Schulz-Kirchner Verlag.
- Merklein de Freitas, C. (2015). *Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten- eine Interpretativ Phänomenologische Analyse*. *ergoscience*, 10(04), 156–162.

- Merklein de Freitas, C., & Weber, B. (2019). *Qualitätsentwicklung und Reasoningprozesse in der Ergotherapie*. In M. Feiler (Hrsg.), *Professionelles und Klinisches Reasoning* (1. Aufl., S. 128–139). Thieme.
- Möller, M. (2019). *Global denken-Lokal handeln. Wie das neue Kompetenzprofil Ergotherapie in einen Bachelorstudiengang Ergotherapie integriert werden kann (Teil 2)*. Et-Reha.(DVE,Hrsg.).58Jg., Nr.10:24-29
- Mroz, T. M., Pitonyak, J. S., Fogelberg, D., & Leland, N. E. (2015). *Client Centeredness and Health Reform: Key Issues for Occupational Therapy*. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 69(5), 6905090010p1–6905090010p8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.695001>
- Oetken, A. (2010). *Wer kooperiert, der profitiert. ergopraxis*, 1(10), 30–33. https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_ergotherapie/kommunikation_mit_aerzten.pdf
- Oevermann, U. (1996): *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität* (S. 70–182). Suhrkamp.
- North K., Reinhardt, K., & Sieber-Suter, B. (Hrsg.). (2013). *Kompetenzmanagement in der Praxis*. Gabler.
- Occupational Therapy Board of Australia (2018). *Australian occupational therapy competency standards 2018*. <https://www.occupationaltherapyboard.gov.au/codes-guidelines/competencies.aspx>
- Pickens, N. D., Evetts, C. L. & Seamon, D. (2019). *Physical and Virtual Environments*. In B. A. Boyt Schell & G. Gillen (Hrsg.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (13. Aufl., S. 283–298). Wolters Kluwer.

- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138-146. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.5014/ajot.55.2.138>
- Polatajko, H. J., & Townsend, E. A. (2013). (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation* (2nd ed). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Pott, U., & Weber, B. (2011). Internationale Entwicklungen in der Ergotherapie – Occupation-based, context-based, client centered, evidence based practice. In A. Hörstgen & B. Hucke (Hrsg.), *Update Schlaganfall. Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie* (S. 9-21). Schulz-Kirchner.
- Puel, A. (2019). *Qualitative Forschung: Offene und geschlossene Fragen*. Into The Minds. <https://www.intotheminds.com/blog/de/qualitative-forschung-offene-und-geschlossene-fragen/>
- Ritschl, V., Stamm, T., & Weigl, R. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben Verstehen, Anwenden, nutzen für die Praxis*. Springer.
- Rochette, A., Brousseau, M., Vachon, B., Engels, C., Amari, F., & Thomas, A. (2020). What occupational therapists' say about their competencies' enactment, maintenance and development in practice? A two phase mixed methods study. *BMC Medical Education*, 20 (1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02087-4>
- Rohloff, J. (2010). Die Professionalisierung der praktischen Ausbildung – Den Theorie-Praxis-Transfer nicht dem Zufall überlassen. *ergopraxis*, 3(06), 28–31. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1255430>
- Rogers, C. (1983). *Therapeut und Klient*. Fischer.
- Saadi, M. (1982). Der Rosengarten 1. von der Lebensweise der Könige. Bellmann, D. (Hrsg.), Graf, K. H. (Übers.). Kiepenheuer.

- Sanning, N., & Schatz, J. (2020, November). *NIEDERLÄNDISCHE ERGOTHERAPEUTISCHE BERUFSKOMPETENZEN IN DEUTSCHLAND*. Bachelorarbeit der Acadmie voor Ergotherapie Bachelorstudiengang. Zuyd Hogeschool.
- Schaeffer, D. (2011). *Professionalisierung der Pflege- Verheißung und Realität*. Gesundheits- und Sozialpolitik, 65, 30–37. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-5-6-30>
- Schell, B., Cevero, R., Currie M. K., Davis, J., & Roberts, P. (2010). Standards for Continuing Competence. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(6), 103–S105. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.64S103>
- Schiller, S. (2012, Mai 13). *Gemeinwesenorientierte Ergotherapie im deutschen und internationalen Kontext*. 57. Ergotherapiekongress in Kassel, Kassel.
- Schneider, W. (2021). *Was ist ein Expertengespräch?* ExpressAntworten.com. <https://expressantworten.com/was-ist-ein-expertengespraech/>
- Schnell, M. W., & Dunger, C. (2018). In *Forschungsethik* (2. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85850-000>
- Schütz, A. (1972). *Alfred Schütz. Gesammelte Aufsätze. 2 Studien zur soziologischen Theorie* (Brodersen, A., Hrsg.; Bd. 2). Nijhoff.
- Spiekermann, A. R. (o.D.) Ergotherapie Adressbuch. (Hrsg., ErgoXchange). <https://www.ergotherapie.de/adressbuch/liste.aspx?plz=2>
- Sumsion, T. (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie. Umsetzung in die Praxis* (Dehnhardt, B., Übers.). Thieme.
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt „ET-Fachterminologie“-Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2(03), 100-106.

- Staubner, B. M., Warnke, A., Lenck, B., Koppetsch, S., & Herrmann, B. (2014). *Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB)*. <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/interdisziplinärer-hochschulischer-fachqualifikationsrahmen-für-die-therapeutischen-gesundheitsfachberufe/>
- Tannenbaum, D., Konkin, J., Parsons, E., Saucier, D., Shaw, L., Walsh, A., Organek, A. (2009). *CanMEDS- Allgemein-medizin*. Deutsche Übers. (S. Meyer, M. Karsch-Völk, & A. Schneider, Übers.)
- Trickes, C., & Fleitz, B. (2020). *Klientensicht als wertvolle Evidenz nutzen – Ergotherapeutisches Modell CCEBOT*. *ergopraxis*, 13(03), 36–39. <https://doi.org/10.1055/a-1092-6440>
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid. A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(189). <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828>
- Van der Hulst, P., Ollevier, A., & Wauda, P. (2019). Die Perspektive der Ergotherapie. In *Le Granse, van Hartingsveldt et al. (Hg.) 2019 – Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl., S. 570–572). Thieme.
- VERBI-Software. (2019). *MAXQDA 2020 [Computersoftware]*. Berlin, Deutschland: VERBI Software. (2019). maxqda.com.
- von der Heyden, R. (2013): Berufliche Schlüsselprobleme als Grundlage einer kompetenzorientierten Fachdidaktik Ergotherapie. In: *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 24, 1–20. http://www.bwpat.de/ausgabe24/heyden_bwpat24.pdf
- Von der Heyden, R. (2014). *Ergotherapeutische Kompetenzen entwickeln: Deskription eines ergotherapeutischen Kompetenzprofils zur Grundlegung einer Fachdidaktik Ergotherapie*. Logos Verlag Berlin GmbH

- Verhoef J., Zalmstra, A., Minis, M-A., Zinkstok, R., Entken, E., (2013). *Beroepscompetencies Ergotherapie*. <https://docplayer.nl/1968030-Beroepscompetencies-ergotherapie-2013.html>
- Voigt, K., (2018). *Qualitätssicherung*. Gabler Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/qualitaetssicherung-44396>
- Walkenhorst U, & Klemme, B. (2008). *Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in der Ergo- und Physiotherapie*. In S. Matzik (Hrsg.), *Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 179-194). Juventa.
- Walkenhorst, U. (2011): *Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang*. In: M. Bohnse- Rohmann, U. Weyland (Hrsg.) *bwp@ Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011, Fachtagung 10* (1-12) http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf (26-09-2011)
- Weiler, V. (2019b). *Vom Kompetenzprofil zum Berufsprofil*. In M. Kohlhuber, C. Aichhorn & B. Dehnhardt (Hrsg.), *Ergotherapie - betätigungszentriert in Ausbildung und Praxis* (1. Aufl., S. 178–201). Thieme.
- Weiner, F. E. (Hrsg.). (2001). *Leistungsmessungen in Schulen* (2. Aufl.). Beltz.
- Weiß, R. (2019). *Deutscher Qualifikationsrahmen*. Socialnet. Das Netz für Sozialwirtschaft. <https://www.socialnet.de/lexikon/Deutscher-Qualifikationsrahmen>
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2010). *Positionspapier. Klientenzentrierung in der Ergotherapie* (Dangl, H., -feiler, M., Henni, C., Übers.). <https://www.wfot.org/checkout/1844/1784>
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT).(2012). *Competencies and Maintaining Competencies*. <https://wfot.org/resources/competency-and-maintaining-competency>

World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (2016). *Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists. Revised 2016*. <https://www.wfot.org/assets/resources/COPYRIGHTED-World-Federation-of-Occupational-Therapists-Minimum-Standards-for-the-Education-of-Occupational-Therapists-2016a.pdf>

World Health Organization (WHO) (o. D.). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Zinkstok, R., Schiller, S., Engelen, A.M., (2017). *Community-Development-Framework: Reflexionsrahmen für die praktische Projektarbeit in der gemeinwesenorientierten Ergotherapie*. <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/fachbereiche/gemeinwesenorientierte-ergotherapie/2946-zinkstok-schiller-engelen-2017-framework-cd-deutsch/file>

Yin, K., Jung, J., Coiera, E., Laranjo, L., Blandford, A., Khoja, A., Tai, W.-T., Phillips, D. P., & Lau, A. Y. S. (2020). *Patient Work and Their Contexts: Scoping Review*. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e16656. <https://doi.org/10.2196/16656>

Glossar

Domäne	Bezeichnet den Gegenstandsbereich des ergotherapeutischen Handelns
Interprofessionalität	Wird als Lehre und Tätigkeit definiert, wenn Fachleute von mindestens zwei Professionen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen im Sinne einer erfolgreichen Zusammenarbeit, welche die Gesundheitsresultate verbessert (WHO, 2010).
Klient*in	Klient*in wird hier im Kontext des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE 2019a) definiert. Hier wird werden Klient*in die einzelne Person, Personen oder auch Gruppen als Ansammlung einzelner Personen verstanden wie etwa Familien, Gemeindemitglieder). Hierzu werden auch Populationen gezählt, welche als Ansammlung von Gruppen, oder als Einzelperson aufgrund gemeinsamer Merkmale, was bestimmte Anliegen sein Klientenzentriert können oder auch etwa in einer ähnlichen Gegend lebend (Staat, Land oder Stadt), beinhalten kann.
Klientenzentriert	Kooperative Beziehung zwischen Klienten und Therapeut. Ansichten werden ausgetauscht, Wissen und Erfahrungen fließen sowohl vom Therapeuten als auch vom Klienten mit ein. (le Granse et. al, 2019)
Kompetenz	“Kompetenz ist eine Disposition, die Personen befähigt, bestimmte Arten von Problemen erfolgreich zu lösen, also konkrete Anforderungssituationen eines bestimmten Typs zu bewältigen.” (Klieme et al., 2007)
Kompetenzmodell	Grafische Darstellung des Kompetenzprofil DVE (2019a)
Kompetenzprofil	Gilt der Definierung von Kompetenzen zur Modularisierung der Ausbildung auf DQR-6 Niveau

Kontext	Alles was es in der direkten Umwelt gibt und sich auf das Betätigen auswirken kann
Kontext im Kompetenzprofil	Im ergotherapeutischen Verständnis kann dies als eine An-kettung von miteinander verbundenen Gegebenheiten ver-standen werden, welche innerhalb des Klienten, und um den Klienten herum, die Performanz beeinflussen. Die Perfor-manz beeinflusst wiederum den kulturellen, personenbezo-genen, zeitlichen und virtuellen Kontext. (DVE, 2019a)
Kontextbasierung	Die ergotherapeutische Intervention findet in der Umwelt des Klienten statt, in dem er Betätigungsanliegen hat.
Mikro-, Meso- und Makroebene	<p>Es wird zwischen drei Analyseebenen (Makro, Meso, Mikro) un-terschieden.</p> <p>Die Makroebene steht für große Aggregate oder Systeme (z. B. Politisches System DEU). In der Mesoebene sind die Teile dieser Systeme wie etwa Organisationen und Institutionen zentrale Fak-toren im Fokus. Die Mikroebene beleuchtet etwa Handlungen und Entscheidungen der Akteure und ihren Interaktionen (Klein & Schubert, 2020).</p>
Paradigma	Beschreibt eine grundsätzliche Denkweise. Begriff welcher eine Wissenschaft in einem eingegrenzten Zeitraum prägenden allge-mein akzeptierten Auffassungen, beinhaltet (Siepermann, o. D.).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	→	Ausschnitt Kompetenzmodell (DVE, 2019a)	S.22
Abbildung 2	→	Ausschnitt Kompetenzmodell (DVE, 2019a)	S.23
Abbildung 3	→	Ausschnitt Kompetenzmodell (DVE, 2019a)	S.23
Abbildung 4	→	Ausschnitt Kompetenzmodell (DVE, 2019a)	S.23
Abbildung 5	→	Ausschnitt Kompetenzmodell (DVE, 2019a)	S.24
Abbildung 6	→	Ausschnitt Kompetenzmodell (DVE, 2019a)	S.24
Abbildung 7	→	Ausschnitt Kompetenzmodell (DVE, 2019a)	S.24
Abbildung 8	→	Teamarbeiter*in (Ergotherapie Austria, 2019)	S.29
Abbildung 9	→	Domäne Zusammenarbeiten (DVE, 2019a)	S.30
Abbildung 10	→	Entscheidungsbaum (Ritschl et. al., 2016, S. 23) [sic]	S.40
Abbildung 11	→	Diagramm Darstellung Geschlecht, Teilnehmende Anzahl n = 7	S.50
Abbildung 12	→	Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S.70)	S.58
Abbildung 13	→	Kategorienbaum	S.65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	→	Darstellung Patient –Intervention- Comparison- Outcome	S.36
Tabelle 2	→	Suchbegriffe Literaturrecherche	S.36
Tabelle 3	→	Vorgehensweise der Teilnehmerakquise	S.47-
Tabelle 4	→	Ablaufschema Teilnehmerakquise; TN= Teilnehmende; n= Teilnehmerzahl insg.)	S.48/49
Tabelle 5	→	Darstellung Altersverteilung der Teilnehmenden. Teilnehmer (TN); Fallnummer (1, 2 etc.)	S.50
Tabelle 6	→	Darstellung Arbeitsbereiche der Teilnehmenden	S.51
Tabelle 7	→	Darstellung Pretest; Baden-Württemberg (BW)	S.52

Anhang

Anhang 1 – Zeitplan Bachelorarbeit

Zeitraum	Aktivitäten
März (KW 9 – 13)	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturrecherche und lesen (Fortsetzung in Folgemonaten) • Entwurf der Forschungsfrage und Leitfragen
April (KW 14 – 17)	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitplan erstellen • Gliederung der Bachelorarbeit erstellen • Theoretischer Hintergrund • Festlegung Forschungsfrage und Leitfragen • Fragestellung & Zielsetzung der Arbeit • Beginn Ausarbeitung theoretischer Hintergrund • Methode & Design festlegen • Entwurf Flyer • Entwurf Interviewleitfaden
Mai (KW 18 – 21)	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretischer Hintergrund • Verschriftlichung Methodik • Fertigstellung Flyer • Erstellen der Dokumente zur Studienteilnahme (Anschreiben, Einverständniserklärung, Personendaten etc.) • Interviewleitfaden (Überarbeitung) • Erstellung Evaluations zum Pretest
Juni (KW 22 – 25)	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der Pretests • Evaluation Pretest • Rekrutierung der Teilnehmenden • Verschriftlichung ethische Aspekte • Verschriftlichung Literaturrecherche • <i>1. Prozessbericht</i>
Juli (KW 26 – 30)	<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutierung der Teilnehmenden (Verlängerung) • Durchführung der Interviews • Verschriftlichung Transkriptionsregeln • Transkription der Interview

August (KW31 – 34)	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der letzten Interviews • Transkription der Interviews • Membercheck der Interviews • Verschriftlichung Vorgehensweise Inhaltsanalyse nach Mayring
September (KW 35 – 39)	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterarbeit bei Verschriftlichung • Inhaltsanalyse nach Mayring • Kategorienbildung & Darstellung Ergebnisse • Gütekriterien • <i>2. Prozessbericht</i>
Oktober (KW 40 – 43)	<ul style="list-style-type: none"> • Diskussion • Schlussfolgerung und Ausblick • Vorwort & Danksagung • Abstract und Übersetzungen, inhaltliche Zusammenfassung • Formale Aspekte prüfen (z. B. Abkürzungsverzeichnis, Verzeichnisse) • Layout
November (KW 44 - 45)	<ul style="list-style-type: none"> • Korrekturlesen der Arbeit • Drucken der Arbeit • <i>3. Prozessbericht</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Abgabe der Bachelorarbeit am 10.11.2021

Anhang 2 – PI(C)O-Fragestellung und Literaturrecherche

PI(C)O-Fragestellung: Welche Erfahrungen (**O**utcome) machen Ergotherapeut*innen (**P**opulation/Patient/Problem) welche das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a) in ihrer Arbeit in Deutschland einsetzen (**I**ntervention)?

Suchverlauf Literaturrecherche

Datenbank	Suchdatum	Suchbegriffe und Operatoren	Ergebnisse	Filter	Relevante Literatur
Google Scholar	22.03.2021	Berufskompetenzen UND Ergotherapie	34	2010-2021	<p>Heyden, Renate (2014) Ergotherapeutische Kompetenzen entwickeln</p> <p>Harms et.al (2018). Entwicklung eines Kompetenzprofils für Absolventen eines grundständigen Bachelorstudiengangs Ergotherapie in Deutschland.</p> <p>Kaldewei (2019). Ergotherapie in modernen Zeiten.</p>
	22.03.2021	occupational therapy AND professional skills	188	s.o.	American Occupational Therapy Association. (2015). The Commission on Continuing Competence and Professional

					Development Standards for Continuing Competence.
Datenbank	Suchdatum	Suchbegriffe und Operatoren	Ergebnisse	Filter	Relevante Literatur
Pub Med.	30.03.21	Berufskompetenzen UND Ergotherapie	0	2010-2021; Volltext	-
	30.03.21	Ergotherapie	68	2010-2021	Rochette et al. (2020). What Occupational Therapists`say about their competencies` enactment, maintenance and development in practice? A two-phase mixed methods study
	01.04.2021	Occupational therapy AND competency AND experience	395	2011-2021	-
	01.04.2021	Occupational therapy AND competency profile	171	2011-2021	-

	01.04,2021	occupational therapists AND competences AND experience	155	2011-2021	-
Datenbank	Suchdatum	Suchbegriffe und Operatoren	Ergebnisse	Filter	Relevante Literatur
DiZ	18.02.2021	Ergotherapie AND Kompetenzen	72	2011-2021; CI-NAHL Plus	Harms et.al (2018). Entwicklung eines Kompetenzprofils für Absolventen eines grundständigen Bachelorstudiengangs Ergotherapie in Deutschland.
	18.02.2021	Ergotherapie AND Kompetenzprofil	9	s.o.	-
	18.02.2021	Ergotherapie AND berufskompetenzen AND erfahrung	7		-
		occupational therapy OR occupational therapist OR ot AND competency profile	288		-

Datenbank	Suchdatum	Suchbegriffe und Operatoren	Ergebnisse	Filter	Relevante Literatur
		AND experiences			
Cochrane	26.02.2021	Occupational therapy AND competence. FILTER: 2011-2021: ERGEBNISSE 154	154	2011-2021	-
		Occupational therapy AND professional skills AND experience	31	2011-2021	-
		occupational therapists AND competences AND experience	29	2011-2021	-
Datenbank	Suchdatum	Suchbegriffe und Operatoren	Ergebnisse	Filter	Relevante Literatur

OTDbase	02-03-2021	competency profile AND occupational therapy	100	-	-
		Occupational therapy AND professional skills	100	-	-
		Occupational therapists AND competences	15	-	-
Datenbank	Suchdatum	Suchbegriffe und Operatoren	Ergebnisse	Filter	Relevante Literatur
OTseeker	27.03.2021	Occupational therapy AND competence	9	-	-
		Occupational therapy AND competence standard	1	-	-
		Occupational therapy AND	3	-	-

		professional skills			
--	--	------------------------	--	--	--

Anhang 3 – Beurteilung der Evidenzlevel nach Borgetto (Tomlin & Borgetto, 2011)

Titel der Studie	Autor*innen	Einteilung nach Forschungs- pyra- mide (Tomlin & Borgetto, 2011)	Kurze Begründung
<p>Interpro- fessio- nelle Ausbildung für eine patienten- zentrierte Ver- sorgung der Zu- kunft. Die Ent- wicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor- Studiengang „In- terpro- fessionelle Gesundheitsver- sorgung</p>	<p>Mahler, C.; Karstens, S.; Roos, M., Szecsenyi, J.</p>	<p>Quanti-Teil: Deskriptive For- schung, Level 3 → Multiple- case- studies (se- ries), normative studies, descrip- tive surveys Quali-Teil: Qualitative For- schung, Level 3 → group quali- tative studies with less rigor</p>	<p>Mixed-Method-Design: Quanti: Quantitative Erhebung mit Fragebögen via Skalierungs- fragen Quali: Experteninterviews. → insgesamt wenige Informatio- nen zur Methodik des qualitativen Teils der Forschung bekannt.</p>

<p>Entwicklung eines Kompetenzprofils für Absolventen eines grundständigen Bachelorstudiengangs Ergotherapie in Deutschland</p>	<p>Harms, W., Schneider, J., Hoppstädter, W Eschenbeck; P.</p>	<p>Qualitative Forschung, Level 1 → Meta-Synthesis of related qualitative studies</p>	<p>Qualitative Übersichtsarbeit Recherche zu ergotherapeutischen Kompetenzprofilen im internationalen Kontext Anschließende qualitative Inhaltsanalyse</p>
<p>What occupational therapists' say about their competencies' enactment, maintenance and development in practice? A two-phase mixed methods study</p>	<p>Rochette, A., Brousseau, M., Vachon, B., Engels, C., Amari, F., Thomas, A.</p>	<p>Quanti-Teil: Deskriptive Forschung, Level 3 → Multiple-case-studies (series), normative studies, descriptive surveys Quali-Teil: Qualitative Forschung, Level 3 → group qualitative studies with less rigor</p>	<p>Deskriptives 2-Phasen mixed method Design Quanti: Online Survey Quali: Fokusgruppen → Triangulation gegeben, kein Memberchecking durchgeführt</p>

<p>Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland</p>	<p>Sanning, N. & Schatz, J.</p>	<p>Quanti-Teil: Deskriptive Forschung, Level 3 Quali-Teil: Qualitative Forschung, Level 2 → group qualitative studies with more rigor</p>	<p>Mixed-Method Design. Online Survey in quantitativer Forschung, darauf aufbauend qualitative Interviews. Quali-Teil: vertiefende Interviews → Gütekriterien nach Mayring (2016) wurden eingehalten</p>
<p>Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen Ergotherapeuten – eine Interpretativ Phänomenologische Analyse</p>	<p>Merklein de Freitas, C.</p>	<p>Qualitative Forschung, Level 3 → group qualitative studies with less rigor</p>	<p>Keine Triangulation, kein Memberchecking</p>

Anhang 4 – Anschreiben und Flyer zur Teilnehmendenakquise



Teilnehmer*innen für qualitative Studie gesucht

2021

Das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019)
-
**Eine qualitative Studie zur Umsetzung des Kompetenzprofils
in der Ergotherapie in Deutschland**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir, Jessica Hehemann, Tatjana Heyen, Johanna Linsmayer und Patricia Weyhrich, sind Studentinnen des deutschen berufsbegleitenden Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL). In unserer Bachelorarbeit möchten wir mit einer qualitativen Forschung die Umsetzung des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019) in Deutschland erforschen.

Die Details zu unserer Studie können Sie dem Flyer im Anhang entnehmen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie an unserer Studie teilnehmen.

Gerne können Sie dieses Schreiben und den Flyer auch an andere Interessierte weiterleiten.

Bei Interesse und weiteren Fragen können Sie sich gerne per Mail an uns wenden:

bachelorarbeit.kompetenzprofil@web.de

Vielen Dank und viele Grüße!

Jessica Hehemann, Tatjana Heyen, Johanna Linsmayer und Patricia Weyhrich
Studierende der Zuyd Hogeschool, Heerlen (NL), Studiengang: Ergotherapie (B.Sc.)

Zuyd **ZU**
Hogeschool **YD**

**2021 Forschung zur Umsetzung des Kompetenzprofil Ergotherapie
des DVE (2019) in Deutschland**

Wer sind wir?
Wir sind Studierende an der Zuyd Hogeschool Heerlen (NL) im berufs begleitenden Bachelorstudiengang Ergotherapie.



DVE (2019)

Die Forschung
Im Rahmen unserer Bachelorarbeit befassen wir uns mit der Fragestellung, **wie Ergotherapeut*innen in Deutschland die Umsetzung des DVE Kompetenzprofil (2019) in ihrem Arbeitsalltag erleben.** Ziel ist es herauszufinden, wie Ergotherapeut*innen mit dem Kompetenzprofil arbeiten und welche Erfahrungen sie damit in ihrem Arbeitsalltag machen.



Tatjana Heyen



Jessica Hehemann



Patricia Weyhrich



Johanna Linsmayer

Kontakt
Haben Sie Interesse an der Teilnahme am Interview oder weitere Fragen?
Kontaktieren Sie uns gerne per E-Mail **bis zum 20.06.2021**
Wir lassen Ihnen sehr gerne weitere Informationen zukommen.
bachelorarbeit.kompetenzprofil@web.de

WIR SUCHEN SIE zur Teilnahme am Interview!

- Sie sind Ergotherapeut*in und haben mind. 1 Jahr Berufserfahrung
- Sie arbeiten in Deutschland im direkten Klient*innenkontakt, in einer Leitungsposition, in der Lehre oder in der Forschung
- Sie haben Erfahrungen mit dem DVE Kompetenzprofil
- Sie können ca. 1 Stunde Zeit zur Teilnahme an einem Interview (online) bereitstellen

Anhang 5 – Einverständniserklärung der Teilnehmenden & Datenschutzerklärung

Informationen für die Teilnahme an einer Studie

Das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019)

Eine qualitative Studie zur Umsetzung des Kompetenzprofils in der Ergotherapie in Deutschland

Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mit diesem Informationsschreiben fragen wir Sie, ob Sie an unserer Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie teilnehmen möchten, benötigen wir Ihre schriftliche Einverständniserklärung.

Bevor Sie entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten, erklären wir Ihnen, wie die Studie genau aussieht und was die Teilnahme für Sie bedeutet. Lesen Sie dieses Informationsschreiben gründlich und sprechen Sie mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen, wenn Sie Fragen haben.

1. Allgemeine Informationen

Diese Studie wird von Jessica Hehemann, Tatjana Heyen, Johanna Linsmayer und Patricia Weyhrich, Ergotherapeutinnen, die im Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) studieren, im Rahmen der Bachelorarbeit durchgeführt.

An dieser Studie sollen ungefähr 12 Ergotherapeut*innen teilnehmen.

2. Ziel der Studie

Diese Studie erforscht das Erleben von Ergotherapeut*innen bei der Umsetzung des DVE Kompetenzprofils (2019) in Deutschland.

Mit der Studie sollen fördernde und hinderliche Faktoren sowie der Einsatz des Kompetenzprofils im Alltag erforscht werden. Das DVE Kompetenzprofil soll mit Fallbeispielen untermauert werden und somit einen Transfer von theoretischen Anteilen in die Praxis schaffen. Die Forscherinnen wollen somit einen Beitrag leisten, um das DVE Kompetenzprofil zu etablieren und ein einheitliches Berufsbild der Ergotherapie zu unterstützen.

3. Hintergrund der Studie

In ihrem Studium in den Niederlanden haben die Forscherinnen die niederländischen Berufskompetenzen kennengelernt und ihren Mehrwert für sich erkannt. Daraus entstand der Wunsch, dass für die Arbeit von Ergotherapeuten*innen auch

in Deutschland mehr Transparenz geschaffen wird, die Kernelemente klarer definiert werden und damit auch die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen deutlicher wird. Mit dieser Studienarbeit möchten die Forscherinnen dazu beitragen, die Anwendbarkeit des Kompetenzprofils des DVE (2019) in verschiedenen Arbeitsbereichen zu generieren und anhand von Praxisbeispielen zu belegen.

4. Was bedeutet es für Sie, wenn Sie teilnehmen

Im Rahmen unserer Studie möchten wir mit Ihnen ein Interview führen. Das Interview findet nach Absprache zwischen Forscherinnen und Teilnehmer*in an einem individuell festgelegten Termin statt. Die Interviews werden im Juli durchgeführt. Aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie findet das Interview virtuell via Videokonferenz statt. Der zeitliche Umfang des Interviews beträgt ca. 1 Stunde. Das Interview findet über die Plattform Teams statt. Zur besseren Auswertung der Daten wird das Interview in Bild und Ton aufgezeichnet. Anschließend wird das Interview schriftlich transkribiert. Es wird im Anschluss einen Membercheck geben, d. h., dass wir Ihnen für die Möglichkeit von weiteren Ergänzungen, Streichungen etc. das Transkript zur Kontrolle nochmals zusenden.

Bitte informieren Sie uns, falls sich Ihre angegebenen Kontaktdaten ändern.

5. Wenn Sie nicht teilnehmen oder Ihre Teilnahme vorzeitig beenden möchten

Sie entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, brauchen Sie nichts weiter zu unternehmen.

Wenn Sie teilnehmen, können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie beenden. Die Daten, die bis zu diesem Zeitpunkt erhoben wurden, werden für die Studie genutzt, wenn Sie nicht ausdrücklich widersprechen.

6. Beendigung der Studie

Ihre Teilnahme an der Studie endet, wenn

- das Interview und der Membercheck abgeschlossen sind.
- Sie Ihre Teilnahme beenden möchten.

Die Studie endet, wenn alle Teilnehmer die Interviews abgeschlossen haben.

Nach der Analyse der Daten informieren wir Sie gerne über die wichtigsten Ergebnisse unserer Studie.

7. Verwendung und Aufbewahrung Ihrer Daten

Im Rahmen dieser Studie werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, verwendet und aufbewahrt. Es geht um Daten wie Ihren Namen, Ihre E-Mail-Adresse, Ihr Alter und Daten zu Ihrem Berufsabschluss, weiteren Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Arbeitsfeld, Fachrichtung und Setting, in welchem Sie das Profil einsetzen. Dies ist erforderlich, um die Fragen, die im Rahmen dieser Studie gestellt werden, beantworten zu können und um die Ergebnisse veröffentlichen zu können. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis Ihre Daten im Rahmen dieser Studie verwenden zu dürfen.

Geheimhaltung Ihrer Daten

Um Ihre Privatsphäre zu wahren und den Datenschutz zu gewährleisten, erhalten Ihre Daten einen Code. Ihr Name und andere Daten, mithilfe derer Sie identifiziert werden könnten, werden hierbei weggelassen. Nur mit dem Schlüssel zu

diesem Code können die Daten zu Ihnen zurückverfolgt werden. Der Schlüssel zu diesem Code wird sicher in der Zuyd Hogeschool aufbewahrt. Auch in der Bachelorarbeit oder möglichen weiteren Veröffentlichungen dieser Studie können die Daten nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden und Sie sind als Person nicht zu erkennen.

Zugang zu / Einsicht in Ihre Daten zu Kontrollzwecken

Einige Personen können Ihre gesamten Daten einsehen, auch die ohne Code. Dies ist erforderlich, um kontrollieren zu können, ob die Studie gut und vertrauenswürdig ausgeführt wurde. Personen, die zu Kontrollzwecken Einsicht in Ihre Daten erhalten, sind die für die Durchführung der Bachelorarbeit verantwortlichen Personen. Sie halten Ihre Daten geheim. Wir bitten Sie, dieser Einsicht zuzustimmen.

Aufbewahrungszeitraum für Ihre Daten

Ihre Daten müssen 10 Jahre bei der Zuyd Hogeschool aufbewahrt werden. Bild- und Audioaufnahmen von Interviews werden direkt nach der Transkription vernichtet.

Einverständnis zurückziehen

Sie können Ihr Einverständnis zur Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit wieder zurückziehen. Die Daten, die bis zu diesem Zeitpunkt erhoben wurden, werden in der Studie verwendet, wenn Sie dem nicht ausdrücklich widersprechen.

Weitere Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten

Um allgemeine Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten zu erhalten, können Sie die Website der „Autoriteit Persoonsgegevens“ besuchen.

Bei Fragen zu Ihren Rechten können Sie Kontakt mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen oder dem Datenschutzbeauftragten der Zuyd Hogeschool aufnehmen.

Bei Fragen oder Beschwerden raten wir Ihnen zuerst Kontakt mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen aufzunehmen. Das sind bei dieser Studie:

Forschende:

Jessica Hehemann, Tatjana Heyen, Johanna Linsmayer und Patricia Weyrich
(bachelorarbeit.kompetenzprofil@web.de)

Bachelor-Begleiterin:

Esther Wendel (esther.wendel@zuyd.nl)

Der Datenschutzbeauftragte der Zuyd Hogeschool. Kontaktdaten siehe Anhang A und <https://www.zuyd.nl/algemeen/footer/privacyverklaring>.

8. Keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme

Sie erhalten keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme an dieser Studie.

9. Haben Sie noch Fragen?

Bei Fragen können Sie mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen Jessica Hehemann, Tatjana Heyen, Johanna Linsmayer und Patricia Weyhrich Kontakt aufnehmen.

Wenn Sie sich über diese Studie beschweren möchten, können Sie dies mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen besprechen. Möchten Sie das lieber nicht, können Sie sich auch an die Ombudsfrau der Zuyd Hogeschool wenden. Alle Daten finden Sie in Anhang A: Kontaktdaten.

10. Unterschreiben der Einverständniserklärung

Wenn Sie ausreichend Bedenkzeit hatten, werden Sie gebeten, sich mit der Teilnahme an dieser Studie einverstanden zu erklären. Wir bitten Sie, dies mithilfe der angehängten Einverständniserklärung schriftlich zu bestätigen. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie an, dass Sie die Informationen verstanden haben und in die Teilnahme an der Studie einwilligen. Sowohl Sie als auch die für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen erhalten eine unterschriebene Version dieser Einverständniserklärung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

11. Anhang

Anhang A: Kontaktdaten der für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen und von Zuyd Hogeschool

Forschende: Jessica Hehemann, Tatjana Heyen, Johanna Linsmayer und Patricia Weyhrich (bachelorarbeit.kompetenzprofil@web.de)

Bachelor-Begleiterin: Esther Wendel (esther.wendel@zuyd.nl)

Bei Beschwerden: die Ombudsfrau der Zuyd Hogeschool, Petra Vanweersch, E-Mail: petra.vanweersch@zuyd.nl, Telefon: +31 (0)45 400 62 48. Oder an Esther Wendel (esther.wendel@zuyd.nl)

Datenschutzbeauftragter der Zuyd Hogeschool: Maarten Wollersheim. E-Mail: maarten.wollersheim@zuyd.nl, Telefon: +31 (0)45 400 6025

Für weitere Informationen zu Ihren Datenschutzrechten können Sie die folgende Webseite besuchen: <https://www.zuyd.nl/algemeen/footer/privacyverklaring>

Anhang B: Einverständniserklärung Teilnehmer*innen

“Wie erleben Ergotherapeut*innen in Deutschland die Umsetzung des Kompetenzprofil Ergotherapie vom DVE (2019) in ihrem Arbeitsalltag?”

- Ich habe die Informationen zur Studie gelesen und konnte meine Fragen hierzu stellen. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet und ich hatte genug Zeit, um zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte.
- Ich bin mir bewusst, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich jederzeit die Möglichkeit habe meine Teilnahme an der Studie ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen bzw. meine Teilnahme während der Studie stoppen kann.
- Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Daten/Beiträge im Rahmen der Studie gesammelt und verwendet werden dürfen.
- Ich bin mir bewusst, dass zur Kontrolle der Studieninhalte einige Personen Zugang zu all meinen Daten/Beiträgen erhalten können. Diese Personen sind in dem Informationsschreiben benannt. Ich gebe meine Zustimmung, dass diese Personen Einblick in meine Daten/Beiträge erhalten.
- Ich möchte an der Studie teilnehmen.

Name Studienteilnehmer*in:

Unterschrift:

Datum : __ / __ / __

Ich erkläre, dass o. g. Studienteilnehmer*in vollständig zum Inhalt der Studie aufgeklärt und informiert wurde.

Sollten während der Studie neue Informationen ergänzt werden, die der Zustimmung o. g. Studienteilnehmer*in bedürfen, informiere ich o. g. Studienteilnehmer*in rechtzeitig.

Name Studienleiter*in: Jessica Hehemann

Unterschrift:

Datum: 03.06.2021

Ich erkläre, dass o. g. Studienteilnehmer*in vollständig zum Inhalt der Studie aufgeklärt und informiert wurde.

Sollten während der Studie neue Informationen ergänzt werden, die der Zustimmung o. g. Studienteilnehmer*in bedürfen, informiere ich o. g. Studienteilnehmer*in rechtzeitig.

Name Studienleiter*in: Tatjana Heyen

Unterschrift:

Datum:03.06.2021

Anhang 5 – Einverständniserklärung der Teilnehmenden & Datenschutzerklärung

Ich erkläre, dass o. g. Studienteilnehmer*in vollständig zum Inhalt der Studie aufgeklärt und informiert wurde.

Sollten während der Studie neue Informationen ergänzt werden, die der Zustimmung o. g. Studienteilnehmer*in bedürfen, informiere ich o. g. Studienteilnehmer*in rechtzeitig.

Name Studienleiter*in: Johanna Linsmayer

Unterschrift:



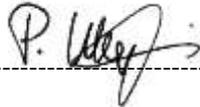
Datum: 03.06.2021

Ich erkläre, dass o. g. Studienteilnehmer*in vollständig zum Inhalt der Studie aufgeklärt und informiert wurde.

Sollten während der Studie neue Informationen ergänzt werden, die der Zustimmung o. g. Studienteilnehmer*in bedürfen, informiere ich o. g. Studienteilnehmer*in rechtzeitig.

Name Studienleiter*in: Patricia Weyhrich

Unterschrift:



Datum: 03.06.2021

Anhang 6 – Abfrage der Daten zur Person der Teilnehmenden

Angaben zu Ihrer Person



Das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019)

Eine qualitative Studie zur Umsetzung des Kompetenzprofils in der Ergotherapie in Deutschland

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

wir freuen uns, dass Sie an der Studie zur Umsetzung des Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019) teilnehmen möchten.

Um sicherzustellen, dass Sie alle notwendigen Voraussetzungen zur Studienteilnahme erfüllen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Sie können pro Frage auch mehrere Antworten ankreuzen bzw. angeben.

Senden Sie das Dokument anschließend bitte per Mail an uns zurück.

1. Welches Geschlecht haben Sie? männlich weiblich divers

2. Wie alt sind Sie? Jahre

3. In welchem Bundesland arbeiten Sie?

4. Welchen Schulabschluss haben Sie?

5. Welche ergotherapeutischen Berufsabschlüsse haben Sie? In welchem Jahr haben Sie diese abgeschlossen?

Ausbildung Jahr:

Bachelor of Science (B.Sc.) Jahr:

Master of Science (M.Sc.) Jahr:

6. Ich habe folgende Fort- und Weiterbildungen:

7. In welchem Arbeitsfeld sind die tätig?

Ich arbeite im direkten Klientenkontakt.

Ich arbeite in einer Leitungsposition.

Ich arbeite in der Lehre.

Ich arbeite in der Forschung.

8. In welcher Fachrichtung arbeiten Sie? (z. B. Geriatrie, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie)

9. In welchem Setting arbeiten Sie? (z. B. Klinik, Schule, Praxis, Universität, Werkstätte)

10. Wie häufig wenden Sie das Kompetenzprofil Ergotherapie vom DVE (2019) in Ihrer Arbeit an?

Durchschnittlich Mal pro Monat.

Vielen Dank!

Jessica Hehemann, Tatjana Heyen, Johanna Linsmayer und Patricia Weyrich
Studierende der Zuyd Hogeschool, Heerlen (NL), Studiengang: Ergotherapie (B.Sc.)

Anhang 7 – Evaluation des Pretests



Evaluation des Pretests

2021

Das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019)

-

Eine qualitative Studie zur Umsetzung des Kompetenzprofils in der Ergotherapie

Sehr geehrte Pretestende,

herzlichen Dank, dass Sie am Pretest des Interviews zu unserer Studie zur Umsetzung des Kompetenzprofils Ergotherapie des DVE (2019) teilgenommen haben.

Um unseren Interviewleitfaden und die Durchführung der Interviews zu optimieren, freuen wir uns über Ihr Feedback. Bitte beantworten Sie dazu die folgenden Fragen.

1. War die Atmosphäre während des Gesprächs angenehm? Ja Nein
2. War die Dauer des Interviews angemessen? Ja Nein
3. Wurde ausreichend Zeit gelassen, um die Fragen vollständig zu beantworten? Ja Nein
4. War das Interview sinnvoll gegliedert und logisch aufgebaut? Ja Nein
5. Waren die Formulierungen der Fragen verständlich? Ja Nein
Wenn nein, welche war(en) unklar:
6. Hat etwas Wichtiges gefehlt? Ja Nein
Wenn ja, was:
7. Waren Fragen dabei, die Sie als überflüssig empfunden haben? Ja Nein
Wenn ja, welche:
8. Welche der Fragen waren aus Ihrer Sicht besonders wichtig?
Frage 1.

9. Weitere Anmerkungen/Rückmeldung (zu oben genannten Fragen & weiteren Themen)

Detaillierte Rückmeldung wurde gegeben. Die Beantwortung der oben gestellten Fragen in Ja oder Nein ist schwierig und damit nicht vollständig zu beantworten.

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung!

Jessica Hehemann, Tatjana Heyen, Johanna Linsmayer und Patricia Weyhrich
Studierende der Zuyd Hogeschool, Heerlen (NL), Studiengang: Ergotherapie (B.Sc.)

Anhang 8 – Interviewleitfaden

Einstieg/Eisbrecher:

Vielen Dank, dass Sie sich heute für die Teilnahme am Interview Zeit nehmen. Thema dieses Gespräches wird die Umsetzung des Kompetenzprofil Ergotherapie vom DVE (2019) sein. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Erfahrungen damit erzählen möchten.

Das Interview wird heute geführt von (Name). (Name) ist mit dabei und behält die Interviewfragen im Blick. Bei Bedarf wird (Name) ergänzend unterstützen.

Rahmenbedingungen (zur Erinnerung):

Das Gespräch wird mit Video und Ton aufgezeichnet, damit wir es später transkribieren und für die Datenanalyse besser verarbeiten können. Alle persönlichen Daten werden selbstverständlich anonymisiert. Das Interview wird ca. 1 Stunde dauern.

Wenn etwas unklar ist, können Sie jederzeit nachfragen.

Einstiegsfragen:

1. Wann und wie haben Sie von dem Kompetenzprofil des DVE erfahren?
 - Was war Ihr erster Eindruck davon?
 - Seit wann nutzen Sie es selbst?

Hauptfragen:

2. Wie intensiv setzen Sie sich mit dem Kompetenzprofil in Ihrer Arbeit auseinander? (1)
 - Wie setzen Sie sich selbst damit auseinander (z. B. eigene Weiterentwicklung)?
 - Wie oft verwenden Sie es in Bezug auf andere Personen (Klient*innen, Auszubildende, Studierende etc.)
3. In welchen Situationen und mit welchem Ziel setzen Sie das Kompetenzprofil Ergotherapie in Ihrer Arbeit ein? (1)
 - Welche Rolle oder Position haben Sie, wenn Sie das Kompetenzprofil einsetzen?
4. Beschreiben Sie, welchen Nutzen das DVE Kompetenzprofil für Sie/ Ihre Arbeit hat. (3)
 - Wie erkennen/erleben Sie den Nutzen?
 - Woran machen Sie den Mehrwert für Ihre Arbeit fest?
5. In welchen Situationen konnten Sie das Kompetenzprofil erfolgreich umsetzen und was hat dies unterstützt? (2) (3)
 - Auf Mikroebene (persönliche Arbeit)

- Auf Mesoebene (Faktoren durch die Institution)
 - Auf Makroebene (Einflüsse aus der Politik, rechtliche Rahmenbedingungen)
6. In welchen Situationen konnten Sie das Kompetenzprofil nicht umsetzen und wodurch wurde die Anwendung verhindert? (2)
- Auf Mikroebene (persönliche Arbeit)
 - Auf Mesoebene (Faktoren durch die Institution)
 - Auf Makroebene (Einflüsse aus der Politik, rechtliche Rahmenbedingungen)
7. Welchen Beitrag leistet Ihrer Meinung nach das Kompetenzprofil für die Ergotherapie in Deutschland? (2)
- Welchen Einfluss hat das Kompetenzprofil auf Ihre eigene Berufsidentität und –definition?
 - Wie denken Sie könnte sich die Berufsidentität und –definition für die Ergotherapie als Profession verändern?
 - Welchen Beitrag leistet das Kompetenzprofil zur Akademisierung der Ergotherapie?
8. Wie verändert die Anwendung des Kompetenzprofils Ihre eigene ergotherapeutische Expertise (siehe Kompetenzprofil DVE 2019)? (3)
- Woran erkennen Sie in der praktischen Arbeit, dass sich Ihre Expertise verändert hat?
 - Können Sie ein Beispiel dazu nennen?
9. Was wäre aus Ihrer Sicht notwendig, um das Kompetenzprofil weiter zu etablieren und die Umsetzung in die Praxis zu unterstützen? (2)

Rückblick:

10. Gibt es etwas, dass Sie dem Gespräch noch hinzufügen möchten? (offene Abschlussfrage)

Abschluss:

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme an dem Interview. Gerne möchten wir Ihnen das Interview nach Transkription zu einem Membercheck per E-Mail zusenden, um Ihnen die Möglichkeit von weiteren Ergänzungen, Streichungen etc. Ihrer Aussagen zu geben. Ist es für Sie zeitlich möglich, uns das kontrollierte Interview bis 08.08.2021 zurückzusenden? Anschließend werden wir die Daten mit den anderen Interviews analysieren und weiterverarbeiten.

Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen dieser Forschung haben, laden wir Sie herzlich zu unserer Präsentation der Bachelorarbeit im Februar 2022 ein. Kontaktieren Sie uns dazu gerne per E-Mail, damit wir Ihnen weitere Informationen zukommen lassen können.

Anhang 9 – Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018)

Die im Folgenden dargestellten Transkriptionsregeln wurden bei der Transkription der Interviews dieser Studie angewendet. Dabei wurden auch die erweiterten Transkriptionsregeln integriert. Die Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2018) enthalten weitere Regeln, welche aber nicht verwendet wurden und daher nicht aufgeführt sind.

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So ‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Wort- und Satzabbrüche werden mit „/“ markiert: „Ich habe mir aber Sor/ Gedanken gemacht.“ Wortdoppelungen werden immer notiert.
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale und Fülllaute aller Personen („hm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert. Ausnahme: Backchanneling der interviewenden Person, während eine andere Person spricht, wird nicht transkribiert, solange der Redefluss dadurch nicht unterbrochen wird.
9. Mehrere Fülllaute hintereinander werden ohne Satzzeichen dazwischen getippt (z.B. „ähm ähm ähm also da sind wir ...“).
10. Nach der Partikel „hm“ wird eine Beschreibung der Betonung in Klammern festgehalten. Zu nutzen sind: bejahend, verneinend, nachdenkend, fragend, wohlfühlend, z.B. „hm (bejahend)“.

11. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht „(.)“ für circa eine Sekunde, „(..)“ für circa zwei Sekunden, „(...)“ für circa drei Sekunden und „(Zahl)“ für mehr als drei Sekunden.
12. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
13. Sprecherüberlappungen werden mit „/“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „/“. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser „/“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit „/“ gekennzeichnet.
14. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
15. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
16. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet.

Zur einheitlichen Schreibweise wurden bei der Transkription folgenden Punkte (Dresing & Pehl, 2018) abgestimmt. Sie stellen ebenfalls nur einen Auszug dar.

1. Die Partikeln „hm“ werden unabhängig von der Betonung immer „hm“ geschrieben (nicht: „hhhm“, „mhm“, „hmh“).
2. Zögerungslaute werden immer „ähm“ geschrieben (nicht: „äm“, „ehm“, „öhm“).
3. Abkürzungen werden nur getippt, wenn sie explizit so gesprochen wurden („etc.“ wird nur getippt bei gesprochenem „e te ce“).
4. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: „Und ich sagte dann ‚Na, dann schauen wir mal‘“.
5. Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
6. Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung behandelt.
7. Personalpronomen der zweiten Person (du und ihr) werden kleingeschrieben, die Personalpronomen der Höflichkeitsform (Sie und Ihnen) werden großgeschrieben.

Anhang 10 – Transkriptionsbeispiel

Abs. Transkript TN5	
2	[0:00:20.2] B: Wahrscheinlich auf verschiedenen Wegen, ich weiß es nicht mehr so genau. Ähm ich bin ähm neben meinen beiden beruflichen Tätigkeiten noch ehrenamtlich im Ausbildungsausschuss des DVE tätig und da treffen wir uns 5 mal im Jahr und da werden wir natürlich auch immer informiert über Neuerungen vor allen Dingen die, die in irgendeiner Form ähm mit der Ausbildung zusammenhängen. Daher habe ich schon relativ früh erfahren, dass es diese Projektgruppe gab und ähm hab das auch mit Interesse ähm verfolgt (...). Also ich denke mal das muss so ähm ja vor 2 Jahren ungefähr gewesen sein ja, hm (bejahend).
3	[0:01:03.9] I: Und was war ähm ihr erster Eindruck davon als Sie das das erste Mal in der Hand gehalten haben? Gesehen haben und seit wann haben Sie es dann selber aktiv genutzt?
4	[0:01:15.5] B: (einatmen) also der erste Eindruck war, es sieht ziemlich kompliziert aus, ziemlich komplex. Ähm man muss sich schon näher damit auseinandersetzen. Ähm ich hab dann natürlich auch von Kollegen darüber ähm gehört. Konkret gearbeitet habe ich ähm damit seit ungefähr eineinhalb Jahren oder zwei Jahren. Ähm anlässlich der ähm WFOT Anerkennung unserer Schule und in dem Rahmen haben wir ähm ähm versucht, ähm den neuen Anforderungen der WFOT Minimum Standards auch gerecht zu werden, ähm in den ähm zum Beispiel von Kompetenzorientierung in Bezug auf die Ausbildung aber in Bezug auf die Ergotherapie auch von Betätigungsorientierung, Klientenzentrierung ähm gesprochen wird ähm und das hat ähm das Interesse von Kollegen in der Schule geweckt, die haben da so parallel noch ein anderes Projekt gehabt. Der Herr [REDACTED] zum Beispiel hat da ein Projekt bearbeitet, in dem Teile der Ausbildung von der Inputorientierung zur Kompetenzentwicklung umgestellt wurden und dazu eine Modulhandbuch erstellt worden ist. Aber es ging ähm letztendlich darum, dass wir darauf aufbauend einen ähm Evaluationsbogen für die ähm ähm Selbsteinschätzung aber auch für die Bewertung in den 4 Abschnitten der praktischen Ausbildung entwickeln wollten.
5	[0:03:01.0] I: Dann würde ich erst mit den Fragen weiter gehen und wenn es nicht mehr auftaucht dann können wir das gerne am Ende noch ergänzen.
6	[0:03:07.3] B: okay, hm (zustimmend) gut
7	[0:03:10.2] I: genau die nächste Frage wäre ähm wie intensiv Sie sich selbst mit dem Kompetenzprofil in Ihrer eigenen Arbeit auseinandersetzen?
8	[0:03:18.4] B: (seufzen) also ähm in meiner vor allen Dingen in meiner Tätigkeit als ähm Lehrender, also ich bin zu 30% als Lehrender an einer Ergotherapieschule tätig, organisiere da vor allen Dingen die praktische Ausbildung, mach auch noch Unterricht zum Thema Ethik, das berührt das natürlich auch vor allen Dingen die Domäne Professionalität. Klinisches Reasoning unterrichte ich ebenfalls und das taucht eigentlich überall im Kompetenzprofil auf.

Anhang 11 – Analysebeispiel

T.	S.	Abs.	Originaltext	Paraphrase	Generalisierung	1.Reduktion	2.Reduktion Kategorie
TN5	1.	2	[0:00:20.2] B: Wahrscheinlich auf verschiedenen Wegen, ich weiß es nicht mehr so genau. Ähm ich bin ähm neben meinen beiden beruflichen Tätigkeiten bin ich noch ehrenamtlich im Ausbildungsausschuss des DVE tätig und da treffen wir uns 5mal im Jahr und da werden wir natürlich auch immer informiert über Neuerungen vor allen Dingen die, die in irgendeiner Form ähm mit der Ausbildung zusammenhängen. Also deswegen ist es wahrscheinlich der Weg gewesen, wo ich auch schon relativ früh schon erfahren habe, dass es diese Projektgruppe gab und ähm hab das auch mit Interesse ähm verfolgt (...). 9. Also ich denke mal das muss so ähm ja vor 2 Jahren ungefähr gewesen sein ja, hm (bejahend).	Auf verschiedenen Wegen, ich weiß nicht mehr genau. Neben meinen beiden beruflichen Tätigkeiten noch ehrenamtlich im Ausbildungsausschuss des DVE tätig, da werden wir informiert über Neuerung.	Über Tätigkeit beim Ausbildungsausschuss des DVE vom Kompetenzprofil erfahren.	Über den DVE vom Kompetenzprofil erfahren.	Konfrontation mit dem Kompetenzprofil
TN5	1.	4	[0:01:15.5] B:(einatmen) also der erste Eindruck war, es sieht ziemlich kompliziert aus, ziemlich komplex. Ähm man muss sich schon näher damit auseinandersetzen. Ähm ich hab dann natürlich auch von Kollegen darüber ähm gehört und ähm konkret gearbeitet habe ich ähm damit ähm glaube im (...) ähm im letzten nee, ist schon etwas länger her seit ungefähr einemhalb Jahren oder zwei Jahren. Ähm anlässlich der ähm WFOT Anerkennung	Der erste Eindruck war, es sieht ziemlich kompliziert aus, ziemlich komplex. Schon näher damit auseinandersetzen.	Der erste Eindruck des Kompetenzprofils war, dass es kompliziert und komplex ist.	Das Kompetenzprofil ist kompliziert und komplex.	KI Darstellung des Kompetenzprofils

T.	S. Abs.	Originaltext	Paraphrase	Generalisierung	1.Reduktion	2.Reduktion Kategorie
		<p>unserer Schule und in dem Rahmen haben wir ihm versucht, ihm den den neuen Anforderungen der WFOT Minimum Standards auch gerecht zu werden, ihm in den ihm zum Beispiel von Kompetenzorientierung im in Bezug auf die E/ also in Bezug auf die Ausbildung aber im in Bezug auf die Ergotherapie auch von Betätigungsorientierung</p> <p>Betätigungsorientierung, Klientenzentrierung ihm gesprochen ist/ ihm gesprochen wird ihm und das hat ihm das Interesse von Kollegen in der Schule geweckt, die haben da so parallel noch ein anderes Projekt gehabt.</p> <p>Der Herr Berger zum Beispiel hat da ein Projekt gehabt, den hatten Sie ja angeschrieben und wir haben darauf aufbauend, wenn wenn Sie wollen kann ich da ich weiß jetzt nicht ob da noch Fragen dazu kommen, ihm dann kann ich Ihnen das auch noch näher erklären (...)</p> <p>bearbeitet, in dem Teile der Ausbildung von der Inputorientierung zur Kompetenzentwicklung umgestellt wurden und dazu eine Modulhandbuch erstellt worden ist. Aber es ging ihm letztendlich darum, dass wir darauf aufbauend einen ihm Evaluationsbogen für die ihm ihm Selbstschätzung aber auch für die Bewertung in den 4 Abschnitten der</p>	<p>Der ... z. B hat da ein Projekt gehabt in dem Teile der Ausbildung von der Inputorientierung zur Kompetenzentwicklung umgestellt wurde und ein Modulhandbuch erstellt worden ist.</p> <p>Es ging darum, dass wir aufbauend einen Evaluationsbogen für die Selbstschätzung aber auch für Bewertung in den 4 Abschnitten der praktischen Ausbildung entwickeln wollten.</p>	<p>Beispielsweise wurde im Rahmen eines Projektes Ausbildungsanteile zur Kompetenzentwicklung umgestellt und dazu ein Modulhandbuch erstellt.</p> <p>Darauf aufbauend sollte ein Evaluationsbogen für die Selbstschätzung und Bewertung in der praktischen Ausbildung entwickelt werden.</p>	<p>Im Rahmen eines Projektes wurden Ausbildungsanteile umgestellt und ein Modulhandbuch erstellt.</p> <p>Erstellung von Evaluationsbögen für die Selbstschätzung und Bewertung in der praktischen Ausbildung.</p>	<p>Nutzen des Kompetenzprofils</p> <p>Nutzen des Kompetenzprofils</p>

T.	S.	Abs.	Originaltext	Paraphrase	Generalisierung	1.Reduktion	2.Reduktion Kategorie
TN5	1.	8	[0:03:18.4] B: (seufzen) also ähm in meiner vor allen Dingen in meiner Tätigkeit als ähm Lehrender, also ich bin zu 30% als Lehrender an einer Ergotherapieschule tätig, organisiere da vor allen Dingen die praktische Ausbildung, mach auch noch Unterricht zum Thema Ethik, das berührt das natürlich auch vor allen Dingen die Domäne Professionalität ähm klinisches Reasoning unterrichte ich ebenfalls und das taucht eigentlich überall ähm im Kompetenzprofil auf.	in meiner Tätigkeit als Lehrender, ich bin zu 30% als Lehrender an einer Ergotherapie Schule organisiere da vor allen die praktische Ausbildung, mach Unterricht zum Thema Ethik, das berührt vor allen die Domäne Professionalität. Klinisches Reasoning unterrichte ich ebenfalls, taucht überall im Kompetenzprofil auf	Als Lehrender hauptsächlich Aufgaben wie Organisation der praktischen Ausbildung und hinsichtlich Unterricht verschiedener Themen unterrichtet, die Berührungspunkte zum Kompetenzprofil haben.	Als Lehrender wird praktische Ausbildung organisiert und verschiedene Themen unterrichtet, die Berührungspunkte zum Kompetenzprofil haben.	Berührungspunkte mit dem Kompetenzprofil im Arbeitsbereich

1. Reduktion	Kategorie 2. Reduktion	Kategorienbildung
Über den DVE vom Kompetenzprofil erfahren.	Konfrontation mit dem Kompetenzprofil	Kennenlernen des Kompetenzprofils
Das Kompetenzprofil ist kompliziert und komplex.	Darstellung des Kompetenzprofils	Darstellung des Kompetenzprofils
Konkrete Anwendung des Kompetenzprofils seit ungefähr zwei Jahren.	Nutzungsdauer des Kompetenzprofils	Kennenlernen des Kompetenzprofils
Die Schule versucht, den neuen Anforderungen der WFOT minimum standards gerecht zu werden.	Anlass, warum sich mit dem Kompetenzprofil auseinandergesetzt wurde.	Anwendung
Im Rahmen eines Projektes wurden Ausbildungsanteile umgestellt und ein Modulhandbuch erstellt.	Nutzen des Kompetenzprofils	Anwendung
Erstellung von Evaluationsbögen für die Selbsteinschätzung und Bewertung in der praktischen Ausbildung.	Nutzen des Kompetenzprofils	Anwendung
Als Lehrender wird praktische Ausbildung organisiert und verschiedene Themen unterrichtet, die Berührungspunkte zum Kompetenzprofil haben.	Berührungspunkte mit dem Kompetenzprofil im Arbeitsbereich	Anwendung

Anhang 12 – Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)

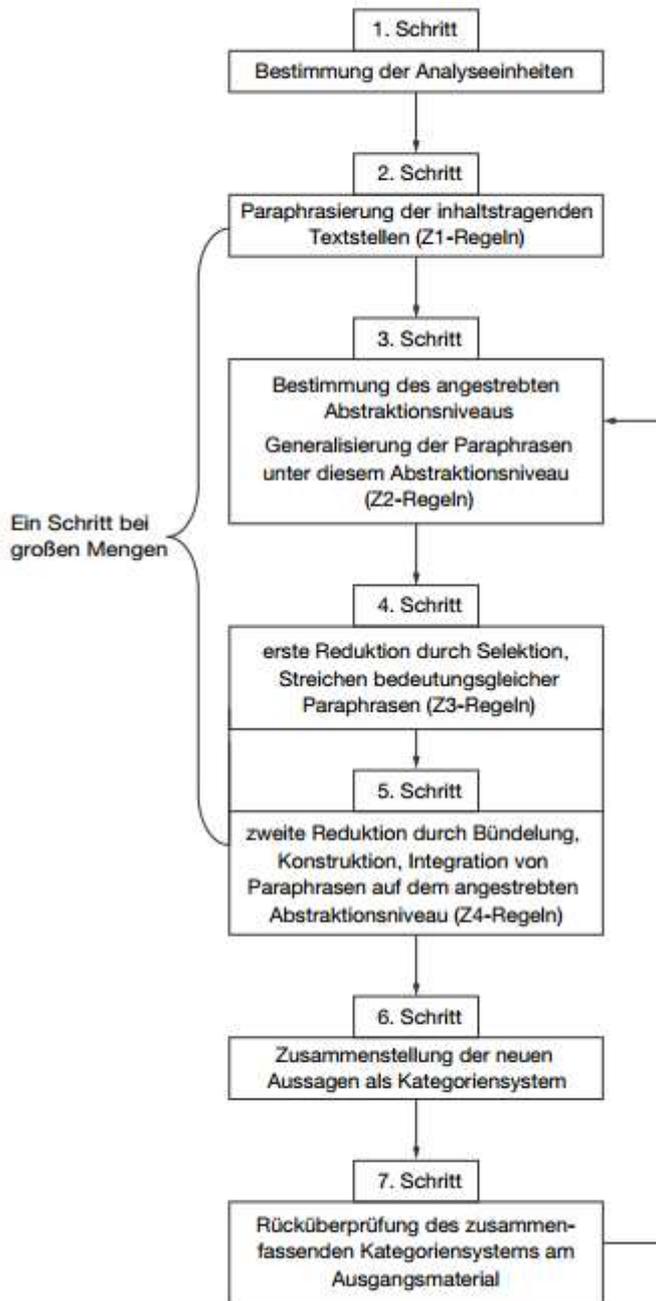


Abb. 11: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S.70)

Interpretationsregeln qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 72)

Z1: Paraphrasierung

- Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

- Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

- Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

- Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Anhang 13 – Kompetenzprofil Ergotherapie

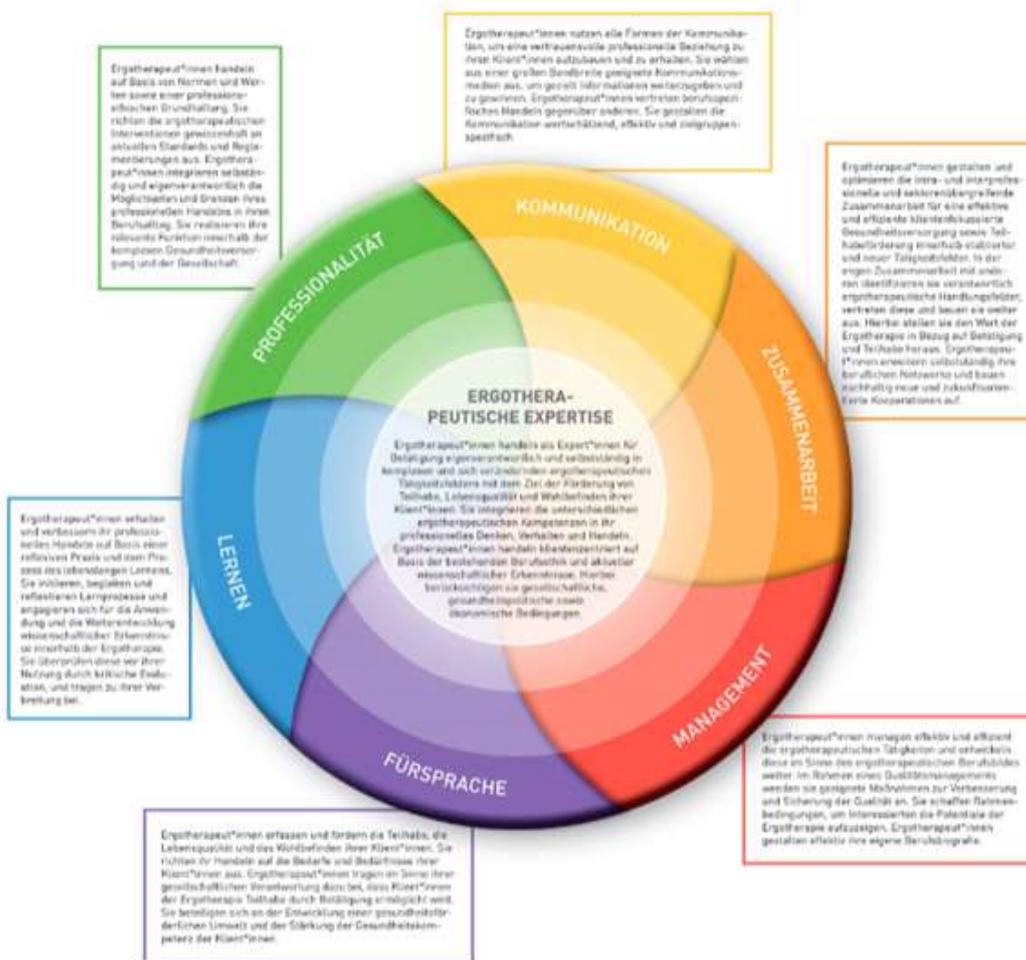


Abb. 12 Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019a, S. 10)

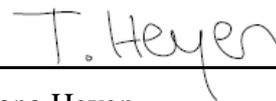
Anhang 14 – Ehrenwörtliche Erklärung der Studentinnen

Hiermit bestätigen wir, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt haben. Die den verwendeten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.



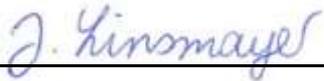
Jessica Schröder, geb. Hehemann

Heerlen, den 10. November 2021



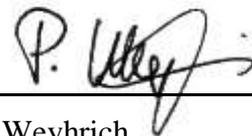
Tatjana Heyen

Heerlen, den 10. November 2021



Johanna Linsmayer

Heerlen, den 10. November 2021



Patricia Weyhrich

Heerlen, den 10. November 2021