

ergotherapie

Ergotherapie Austria – Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs



Das Kompetenzprofil der Ergotherapie



Liebe Leser*innen!

Die Ergotherapie ist ein unglaublich vielfältiger und abwechslungsreicher Beruf. Dies bringen die unterschiedlichen Rollen, die Ergotherapeut*innen in ihrer beruflichen Tätigkeiten einnehmen und dafür notwendige Kompetenzen auf den Punkt. Greifbar wird diese, wenn ich zum Beispiel meine letzten Arbeitstage Revue passieren lasse.

Bei meiner Arbeit mit meinen Patient*innen, beim Erheben von Befunden und beim Definieren der Therapieziele, habe ich zweifellos als Expertin für Betätigung agiert. Ergotherapeut*innen sind es gewohnt, die Werte ihrer Patient*innen zu respektieren und eigene Wertvorstellungen zu hinterfragen. Dass ich dabei die Rolle einer Professionsangehörigen einnehme, war mir bis dato allerdings nicht bewusst. Wenn ich mir Gedanken über die Sicherheit meiner Patient*innendaten mache, bin ich Managerin, während ich mich als Teamarbeiterin gemeinsam mit Kolleg*innen anderer Gesundheitsberufe zur Therapieplanung von Patient*innen vernetze. Ich habe mich aber auch im Sinne einer Lernenden verhalten, als ich im Zuge einer Fortbildung meine persönlichen Kompetenzen erweitert habe. Die Rolle einer Kommunikatorin nahm ich ein, als ich für eine*n meiner Patient*innen einen Bericht für den behandelnden Arzt verfasste. Und wenn ich im Rahmen einer privaten Diskussion die Bedarfe einer vulnerablen Gruppe aus ergotherapeutischer Sicht argumentiere, kann man durchaus behaupten, als Gesundheitsfürsprecherin zu handeln.

Falls Sie sich fragen, was ich mit diesen Beispielen bezwecken möchte: Ich wollte aufzeigen, dass so etwas theoretisch Anmutendes wie ein Kompetenzprofil ganz nah am beruflichen Alltag ist. Ich bin mir sicher, dass jede*r Ergotherapeut*in die ein oder andere Rolle aus dem Kompetenzprofil ganz selbstverständlich einnimmt. Die dafür notwendigen Kompetenzen auf den Punkt zu bringen gelingt aber vermutlich nicht mehr aus dem Stehgreif. Dies ist aber gerade auch dann notwendig, wenn es um multiprofessionelle Zusammenarbeit, Versorgungsplanung oder qualitätsvolle Leistungserbringung geht. Das Kompetenzprofil soll eine wichtige Unterstützung sein, um Kompetenzen, Fähigkeiten, Haltungen und Wissen von Ergotherapeut*innen zu verdeutlichen. Es ist eine wichtige Grundlage für Ergotherapeut*innen aber auch für Stakeholder.

Ich freue mich, dass in den letzten Monaten unter breiter Beteiligung ein solches Grundlagenwerk entstanden ist. Mein herzlicher Dank gebührt allen Kolleg*innen, die sich mit Engagement und Zeit in den Entwicklungsprozess eingebracht haben, ganz besonders aber der Projektgruppe unter der Leitung von Yara Peterko!

Vielen Dank fürs Mittragen und Mitdenken!

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine spannende Lektüre!

Marion Hackl

Präsidentin Ergotherapie Austria

AUTORINNEN



Yara Katharina Peterko, MSc.

Vorstandsmitglied Ergotherapie Austria,
freiberuflich tätige Ergotherapeutin
y.peterko@ergotherapie.at



Mag. Katrin Unterweger, MSc.

Vorstandsmitglied Ergotherapie Austria,
Ressort Evidenzbasierte Ergotherapie,
freiberuflich tätige Ergotherapeutin



Karin Lettner-Hauser, MHPE

Mitglied Lehr- und Forschungspersonal/
FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH/
Studiengang Ergotherapie,
Ergotherapeutin in eigener Praxis,
Landeskoordinatorin OÖ



Christina Wagner, BSc.

Mitarbeiterin Ergotherapie Austria,
Ressort Berufspolitik und Betreuung
von angestellten Ergotherapeut*innen,
Studierende im Master-Lehrgang Ergo-
therapie und Handlungswissenschaft an
der fhg-Zentrum für Gesundheitsberufe
Tirol GmbH



Nicole Manolopoulos

Leitende Ergotherapeutin
Kepler Universitätsklinikum Linz,
Neuromed Campus



Michaela Stoffer-Marx, PhD., MSc., LLM

Ergotherapeutin in Baden bei Wien/Wien,
Rheumatologie & Handtherapie,
externe Lehrende FHCW



Birgit Nienhusmeier, MSc.

Mitarbeiterin Lehre & Forschung am
FH-Bachelor-Studiengang Ergotherapie,
fhg-Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol
GmbH, Freiberufliche Tätigkeit
(ambulante Neurorehabilitation)



Jasmin Dürauer, BSc.

Institut für Physikalische Medizin und
Rehabilitation, UK St. Pölten



Christina Garstenauer, BSc.

Ergotherapeutin im Fachbereich Pädiatrie

Kompetenzprofil Ergotherapie

„Wer mit seinen Stärken arbeitet, wird ...“

Das vorliegende Kompetenzprofil Ergotherapie ist ein wichtiges berufspolitisches Dokument für eine nachhaltige, starke Positionierung im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem. Es ermöglicht eine Argumentationsgrundlage zur Schaffung neuer Stellen sowie zur Präzisierung individueller Aufgabenbereiche. Eine klare und transparente Darstellung der Kompetenzen dient der Qualitätssicherung. Mit einem ergotherapeutischen Kompetenzprofil wird eine nachvollziehbare, evidente Grundlage für eine berufspolitische Weiterentwicklung geschaffen. Neben der berufspolitischen Relevanz auf Meso- und Makroebene kann das Kompetenzprofil auch die tägliche ergotherapeutische Praxis unterstützen, um zum Beispiel

- die Position der Ergotherapie innerhalb der verschiedenen Gesundheitsberufe zu stärken
- klar zu zeigen, wie umfangreich das ergotherapeutische Angebot ist
- aufzuzeigen, was Ergotherapeut*innen befähigt in den bestehenden beruflichen Feldern zu arbeiten
- aufzuzeigen, was Ergotherapeut*innen befähigt sich in neuen Handlungsfeldern zu etablieren
- die ergotherapeutische Arbeit klar und unverwechselbar darzustellen
- die vielfältigen Rollen der Ergotherapie aufzuzeigen, um das Bewusstsein für das Berufsbild zu schärfen und die Berufsidentität zu festigen.

Mit der Erstellung eines Kompetenzprofils für Ergotherapeut*innen folgt das Projektteam der internationalen Empfehlung des Weltverbandes der Ergotherapeut*innen (WFOT, 2012).

Definition von Kompetenz

Beim Begriff Kompetenz handelt es sich nicht um eine einzige endgültige Definition, sondern um ein vielseitiges dynamisches Konzept, welches stark von den lokalen Gegebenheiten und dem jeweiligen Setting abhängig ist (Feiler, 2013; WFOT, 2012; Youngstrom, 1998).

Willis und Dubin (1990) unterteilen Kompetenz in eine professionelle und persönliche Komponente. Die professionelle Komponente umfasst die spezifische Wissensgrundlage, technische Fertigkeiten sowie die Fähigkeit, Probleme innerhalb der professionellen Praxis zu lösen. Der persönlichen Komponente liegen individuelle Stärken und Schwächen, Motivation, Einstellungen und Werte zugrunde.

In Bezug auf die ergotherapeutische Profession bedeutet dies, dass Kompetenz die Integration von Wissen, Fertigkeiten und Haltungen beinhaltet und deren kontinuierliche Anpassung und Weiterentwicklung zu einer kompetenten Praxis führt (Alsop & Ryan, 1996; WFOT, 2012; WFOT, 2016). Kompetenz ist kein starres Konzept, sondern stellt einen dynamischen Prozess dar (Alsop & Ryan, 1996). Dieser wird in den zahlreichen Rollen- und Umweltwechseln sowie sich ändernden Erwartungen an Ergotherapeut*innen innerhalb der individuellen Berufslaufbahn deutlich. Die Verantwortung, Kompetenzen zu erwerben und weiterzuentwickeln, liegt hierbei bei den einzelnen Berufsausübenden und macht die Dringlichkeit für lebenslanges Lernen deutlich (WFOT, 2012; Youngstrom, 1998).

Erarbeitungsprozess

Die Arbeitsgruppe, bestehend aus neun Ergotherapeutinnen aus ganz Österreich, baute die Entwicklung des Kompetenzprofils auf einer umfangreichen Literaturrecherche und Konsensus von Expert*innen auf. Unter den Teammitgliedern fanden sich langjährige Kolleginnen sowie auch Berufsanfängerinnen. Mit dabei waren Kolleginnen aus der Lehre, der Kassenpraxis, angestellte Therapeutinnen aus unterschiedlichen Fachbereichen und Vertreterinnen des Berufsverbands. Begonnen wurde mit einer Literaturrecherche, um die derzeit weltweit in Verwendung stehenden Kompetenzprofile und weitere relevante Dokumente für die Entwicklung eines österreichischen Kompetenzprofils zu identifizieren. Der Fokus lag dabei auf internationalen sowie nationalen und kulturellen Rahmenbedingungen betreffender Fachliteratur. Die Arbeitsgruppe beschloss, konsensual die adaptierten CanMEDS als Basisstruktur des Kompetenzprofils zu wählen, um die Akzeptanz und die Vergleichbarkeit international und zu anderen Berufsgruppen zu gewährleisten. Die Darstellung des Kompetenzprofils sollte sich an einem ergotherapeutischen Modell, dem Person-Environment-Occupation Model (PEO) (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby & Letts, 1996) orientieren. Daraus ergaben sich die folgenden Arbeitsschritte:

- i. Literaturrecherche
- ii. Extraktion der in der Literatur genannten Kompetenzen auf Bachelorniveau



Abbildung 1:
Kompetenzdarstellung der
Ergotherapeut*innen in Österreich.
In Anlehnung an Canadian Association of Occupational Therapists (2012).
Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada.
Retrieved from <https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf>

- iii. Zuordnung der extrahierten Kompetenzen zu den Rollen der CanMEDS
- iv. Clusterbildung der Kompetenzen innerhalb der Rollen
- v. Überprüfung der Vollständigkeit
- vi. Erstellung eines Fließtextes für jede Rolle in der Struktur des PEO
- vii. Präsentation und Rückmeldungen von den Fachhochschulstudiengängen / Mitgliedern von Ergotherapie Austria / Stakeholdern

Die Entwicklung des Kompetenzprofils erstreckte sich von Juni 2017 bis September 2019. Neben der Arbeit in Kleingruppen (zwei bis drei Personen aus der Arbeitsgruppe) fanden neun eintägige Meetings der gesamten Arbeitsgruppe und fünf Videokonferenzen statt. Während dieser Zeitspanne wurden Arbeitspakete von Kleingruppen durchgeführt und

anschließend in der Arbeitsgruppe präsentiert und überarbeitet.

Bei der Literaturrecherche, die zwischen Juni und Oktober 2017 getätigt wurde, wurden international beschriebene Kompetenzen, Wissen, Fertigkeiten, Einstellungen und Tätigkeiten von Studierenden und Ergotherapeut*innen gesucht. Das Ergebnis der Literaturrecherche waren 22 deutsche und englische Quellen. Aus diesen Dokumenten konnten über 200 Items extrahiert, geclustert und den sieben CanMEDS Rollen zugeordnet werden.

Die Zuteilung der Kompetenzen erfolgte jeweils in Kleingruppen. Die Ergebnisse aus den Kleingruppen wurden der gesamten Arbeitsgruppe vorgelegt und Verbesserungsvorschläge eingebracht. In einem nächsten Schritt wurden inhaltliche Cluster aus den Kompetenzen gebildet, auf Vollständigkeit überprüft und im Bedarfsfall ergänzt. Die Cluster, welche alle

Kompetenzen abbilden, stellten die Grundlage für die erste, nach PEO strukturierte Formulierung des Fließtextes für die CanMEDS Rollen dar. Die Texte wurden in Kleingruppen erarbeitet und vom gesamten Projektteam überarbeitet. Diese Rohtexte der Rollen wurden den Studiengangsleiter*innen der Bachelorstudiengänge Ergotherapie der Fachhochschulen Österreichs übermittelt und deren Rückmeldungen eingearbeitet. Darüber hinaus wurde der erste Entwurf für das Kompetenzprofil auf den Fachtagen im Jahr 2018 von Ergotherapie Austria vorgestellt und die anwesenden Ergotherapeut*innen um Rückmeldung gebeten. Um die verwendeten Fachausdrücke möglichst transparent zu machen wurde abschließend ein Glossar erarbeitet.

Aufbau des Kompetenzprofils

Das Kompetenzprofil bietet einen übergeordneten Blick auf das Arbeitsfeld der Ergotherapie und stellt dar, über welche Kompetenzen Ergotherapeut*innen mit Bachelorabschluss in Österreich verfügen. Im Sinne des lebenslangen Lernens ist davon auszugehen, dass die Kompetenzen der Ergotherapeut*innen sich stetig durch Berufserfahrung sowie Fort- und Weiterbildungen in unterschiedlicher Ausprägung innerhalb der einzelnen Rollen weiterentwickeln. Das vorliegende Kompetenzprofil beschreibt nicht, welche Maßnahmen Ergotherapeut*innen in Österreich in der täglichen Arbeit konkret anwenden. Darum war es auch notwendig, Tätigkeitsbeschreibungen, die sich ausschließlich auf ein Handlungsfeld der Ergotherapie beziehen, wegzulassen. Als Grundlage des Kompetenzprofils wurden die – mittlerweile internationalen und als Standard für die Erstellung von Kompetenzprofilen angesehenen – CanMEDS Rollen herangezogen. Ursprünglich wurden sie durch das Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPC) in den 1990er Jahren entwickelt, um die Qualität des Medizinstudiums zu steigern (RCPC, n.D.) In den CanMEDS sind die Kompetenzen sieben Rollen zugeordnet: Expert (Expert*in), Communicator (Kommunikation), Collaborator (Zusammenarbeit), Leader (Führungskraft/Manager*in), Scholar (Fähigkeit für ein lebenslanges Lernen), Health Advocate (Fürsprecher*in), Professional (ethische Haltung). Der Bezug war für die Arbeitsgruppe strukturell notwendig und inhaltlich sinnvoll,

da sich bereits andere Berufsgruppen ebenfalls für diese Zuteilung entschieden haben. Somit bietet sich eine gemeinsame Grundlage für die Beschreibung der Kompetenzen von Gesundheitsberufen, welche die berufsspezifische Expertise hervorhebt, aber auch Schnittmengen zu den anderen Berufsfeldern sichtbar macht.

Die Rolle der *Expert*in für Betätigung* steht ganz klar im Zentrum unseres Profils, diese bildet die Basis an Kompetenzen ab, welche die Absolvent*innen mit Abschluss des Bachelorstudiums erreichen. Rundherum und darauf aufbauend finden sich die Rollen Kommunikator*in, Teamarbeiter*in, Manager*in, Gesundheitsfürsprecher*in, Lernende*r/ Lehrende*r und Professionsangehörige*r. Diese sind im Ansatz bereits mit Absolvierung des Bachelorstudiums gegeben, erweitern sich jedoch maßgeblich mit Berufserfahrung und Fort- und Weiterbildung.

Dies soll verdeutlichen, dass Ergotherapeut*innen immer Expert*innen für Betätigung sind, egal welche der sechs erweiterten Rollen sie zugleich einnehmen. Die einzelnen Rollen sind natürlich stark abhängig von dem Setting, in das man beruflich eingebettet ist. Ergotherapie Austria verfolgt das Ziel, jedem*jeder Ergotherapeut*in eine Identifikation mit diesem Kompetenzprofil zu ermöglichen.

Um das Modell mit seinen Rollen der Ergotherapie noch eindeutiger zuzuordnen, entschied das Projektteam, die Kompetenzen von Ergotherapeut*innen anhand ihrer Handlungsfähigkeit zu betrachten. Denn nach Gnahs (2010) meint das Wort *Kompetenz* das angemessene Einsetzen des individuellen Potentials im Sinne der Handlungsfähigkeit in Situationen. Die einzelnen Aspekte der Handlungsfähigkeit wurden in Anlehnung an das „Person-Environment-Occupation Model“ beschrieben.

Das „Person-Environment-Occupation Model“ ist ein ergotherapeutisches Grundlagenmodell, das die Beziehung zwischen Person, Betätigung/Handlung und Umwelt beschreibt. Es wurde für eine klient*innenzentrierte Praxis entwickelt, um die wechselseitige Wirkung zwischen der einzelnen Person, ihrer Rollen und Betätigungen/Handlungen sowie Umwelten zu verstehen (Law et al, 1996).

Im Kompetenzprofil wird das vorliegende Modell verwendet,

Aspekte im Kompetenzprofil

Aspekt der Handlungsfähigkeit	Definition im Kompetenzprofil
Person (Ergotherapeut*in)	Dieser Aspekt beschreibt sozialkommunikative Kompetenzen und vor allem Selbstkompetenzen, welche Ergotherapeut*innen mitbringen
Environment (Arbeitskontext)	Unter Arbeitskontext wird sowohl das jeweilige Setting als auch das Gesundheits- und Sozialsystem an sich verstanden
Occupation (Betätigung/Handlung)	Je nach Rolle meint dieser Aspekt die Arbeit der Ergotherapeut*innen mit Patient*innen/Klient*innen oder Kolleg*innen sowie anderen Lehrenden oder Lernenden

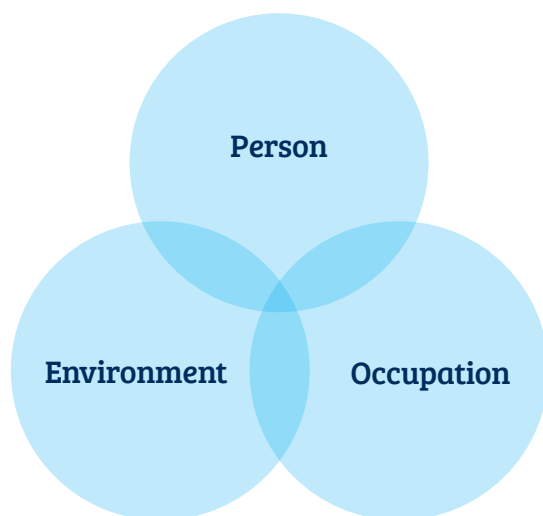
Abbildung 2: Struktur der Rollen. In Anlehnung an Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63(1), 9–23.



um die Kompetenzen von Ergotherapeut*innen auf Persönlichkeits-, Umwelt- und Betätigungsebene/ Handlungsebene zu beschreiben. Der*die Ergotherapeut*in wird dabei in der Rolle der Person (P) betrachtet welche entsprechend ihrem Arbeitssetting (E) handelt (O).

Die Aspekte, welche im Kompetenzprofil näher betrachtet werden, sind wie in Abbildung 2 aufgebaut.

Einzigste Ausnahme in Bezug auf diese Unterteilung stellt die Rolle des*der *Expert*in für Betätigung* dar. Hier wurden die einzelnen Kompetenzen anhand des ergotherapeutischen Prozesses dargestellt, da dieser das Kerngebiet der ergotherapeutischen Arbeit darstellt und das Zentrum des Kompetenzprofils bildet. Neben der Formulierung der Kompetenzen wurden drei weitere Subsysteme verwendet (Wissen – Fertigkeit – Haltung) um die Kompetenzen der Ergotherapeut*innen in Österreich detaillierter darzustellen. Diese sind in der rechten Spalte einer jeden Rolle nachzulesen. Dieser Einteilung bediente sich auch der WFOT im Rahmen der Formulierung der „Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeut*innen“, um für die Ausbildungen anwendbare Unterkompetenzen abzuleiten. Auf diese Weise kann aus dem vorliegenden Dokument auch rückgeschlossen werden, was Studierende wissen, welche Fertigkeiten sie erwerben und welche Haltung(en) sie entwickeln, um als Ergotherapeut*in arbeiten zu können (WFOT, 2016).



Expert*in für Betätigung



Die Rolle des*der Expert*in steht im Mittelpunkt der anderen Rollen und beinhaltet Teilaspekte von diesen. Sie umfasst alle Aspekte, die sich speziell auf den ergotherapeutischen Prozess beziehen, von Beginn der Therapie bis zu deren Abschluss.

Ergotherapeut*innen sind Expert*innen für die Erfassung der individuellen Handlungsfähigkeit der Patient*innen/Klient*innen und unterstützen deren Entwicklung, Erhalt und Erweiterung. Dabei ist ihr Blick gleichzeitig auf Person, Umwelt und Betätigung gerichtet. Die hierfür benötigten Kompetenzen beziehen sich sowohl auf Gruppen- und Einzelsettings, als auch auf den klinischen und außerklinischen Bereich.

Prozessschritt		Wissen / Fertigkeit / Haltung
Befundung	Ergotherapeut*innen verwenden geeignete Assessments (1) um die individuelle Handlungsfähigkeit der Patient*innen/Klient*innen zu erfassen (2). Hierbei wird die Umwelt inklusive des sozialen und kulturellen Hintergrunds in allen Lebensbereichen (Produktivität, Freizeit, Erholung und Selbsterhaltung) berücksichtigt (2).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen Assessments, um die bestmögliche Befundungsstrategie zu wählen.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen führen Aktivitätsanalysen im Sinne der Verknüpfung von Anforderungs- und Fähigkeitsanalyse durch. Dabei bewerten sie die Anforderungen an die Aktivität und die Stärken und Schwächen der Patient*innen/Klient*innen, die bei der Ausführung dieser Aktivität zum Tragen kommen (2).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen berücksichtigen kulturelle und spirituelle Bedürfnisse sowie individuelle Lebensweisen und Werthaltungen der Patient*innen/Klient*innen (2).</p>
Planung	Ergotherapeut*innen identifizieren Behandlungsziele in Abstimmung mit Patient*innen/Klient*innen und/oder deren Umwelten (1) und erstellen einen individuellen Therapieplan (1,2).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen die Rahmenbedingungen/Umwelten, die in der Therapieplanung berücksichtigt werden müssen (Material, Zeit, Kosten, Räumlichkeiten usw.).</p> <p>W: Ergotherapeut*innen kennen verschiedenste Krankheitsbilder sowie Methoden und Maßnahmen, diese zu behandeln.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen formulieren alltagsrelevante Ziele gemeinsam mit ihren Patient*innen/Klient*innen und deren Umwelt und reihen diese anhand der individuellen Wichtigkeit.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen sehen ihre Patient*innen/Klient*innen als Expert*innen für ihr eigenes Leben.</p>
Intervention	Ergotherapeut*innen unterstützen Patient*innen/Klient*innen in ihrer Fähigkeit zum Handeln und Teilhaben durch Training alltagsrelevanter sensomotorischer, emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten. Umweltanpassungen und Hilfsmittelversorgung sind ein weiterer Bestandteil der ergotherapeutischen Behandlung (2). Im Sinne der Befähigung zu kompetenten Patient*innen/Klient*innen bekräftigen Ergotherapeut*innen diese darin, bedeutungsvolle Betätigungen/Handlungen in ihren Alltag zu integrieren und somit Teilhabe zu ermöglichen (3).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen ein Spektrum an Interventionen und Hilfsmitteln (1), um die Handlungsfähigkeit und Lebensqualität ihrer Patient*innen/Klient*innen zu erhalten bzw. zu erhöhen (2).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen beraten und begleiten Patient*innen/Klient*innen und deren Bezugspersonen (3).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen nutzen das therapeutische Potential von Betätigungen/Handlungen, um Gesundheit und Wohlbefinden positiv zu beeinflussen (1).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen passen die Interventionen kontinuierlich an und stimmen diese auf die Ziele der Patient*innen/Klient*innen ab (1).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen respektieren die Autonomie ihrer Patient*innen/Klient*innen und berücksichtigen deren Rollen (4).</p>
Dokumentation und Evaluation	Ergotherapeut*innen dokumentieren und evaluieren ihre Arbeit (2,3), reflektieren den Verlauf ihrer Interventionen kritisch und stimmen diese entsprechend ab (2).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen die rechtlichen Grundlagen bezüglich der Dokumentationspflicht und des Datenschutzes.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen verwenden geeignete Methoden zur Dokumentation und Evaluation des Interventionsverlaufs.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen sehen einen persönlichen Mehrwert in der kontinuierlichen Evaluierung ihrer Arbeit.</p>

(1) Clyne et al., 2008

(2) FH-MTD-AV, 2006

(3) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015a

(4) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015b

Aussagen ohne näher genannter Quelle entstanden durch Expertinnenkonsens im Rahmen der Projektgruppe



Professionsangehörige*r

Professionelle Ergotherapeut*innen werden von ethischen und rechtlichen Grundsätzen (13) sowie Engagement für eine kompetente Praxis geleitet. Das bedeutet, dass sie im Rahmen dieser Rolle als Vermittler*innen von hohen Standards agieren und sich für die Weiterentwicklung des Berufes einsetzen.

Aspekt	Wissen / Fertigkeit / Haltung	
Die Arbeit mit Patient*innen/ Klient*innen betreffend	Ergotherapeut*innen treffen unter Berücksichtigung ethischer und rechtlicher Standards sowie persönlicher Werthaltungen Entscheidungen in ihrer täglichen Arbeit (2,3,12,14).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen berufsrelevante ethische und rechtliche Rahmenbedingungen.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen vertreten ihre persönliche Haltung gegenüber Patient*innen/Klient*innen und stellen Entscheidungen transparent dar.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen agieren sensibel im Umgang mit Konflikten.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen respektieren unterschiedliche Werthaltungen ihrer Patient*innen/ Klient*innen.</p>
Die sozialkommunikativen Kompetenzen und Selbstkompetenzen betreffend	Ergotherapeut*innen entwickeln laufend die Qualität ihrer eigenen Arbeit weiter. Sie kennen und artikulieren die Grenzen und Möglichkeiten der eigenen Kompetenzen (2,3,9).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen ihre persönlichen Stärken und Schwächen (3).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen arbeiten stetig und gezielt an der Entwicklung ihrer Kompetenzen.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen setzen sich mit ihrer persönlichen Werthaltung bewusst auseinander (professionelles Reasoning).</p>
Den Arbeitskontext betreffend	Ergotherapeut*innen tragen aktiv zur Weiterentwicklung des Berufes bei, treiben Veränderungen voran, unterstützen neue Arbeitsbereiche und vertreten die Profession in der Öffentlichkeit (2,3). Dies tun sie unter anderem unter Berücksichtigung politischer Veränderungen (3).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen den Einfluss von politischen Entwicklungen auf die ergotherapeutische Arbeit.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen vertreten berufspolitische Interessen in der Öffentlichkeit.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen ist die Auseinandersetzung mit aktuellen politischen Entwicklungen wichtig.</p>

(2) FH-MTD-AV, 2006

(3) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015a

(9) ZHAW, 2008

(12) Lennea et al, 2011

(13) August-Feicht et al., 2013

(14) Page et al., 2011

Aussagen ohne näher genannter Quelle entstanden durch Expertinnenkonsens im Rahmen der Projektgruppe

Kommunikator*in



Die Rolle der Kommunikator*in umfasst jeglichen Austausch an Information in schriftlicher, verbaler oder nonverbaler Form – und zwar vor, während und nach der Intervention.

Aspekt	Wissen / Fertigkeit / Haltung	
Die Arbeit mit Patient*innen/ Klient*innen betreffend	Ergotherapeut*innen kommunizieren wertschätzend mit Patient*innen/Klient*innen, klären diese auf und leiten sie klar und verständlich an (9). Hierbei bauen sie eine professionelle Beziehung auf und gehen auf die Patient*innen/ Klient*innen ein (3,9). Sie teilen Informationen verantwortungsbewusst und gewissenhaft (10).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen soziale und kulturelle Unterschiede der Sprache (3).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen berücksichtigen Werte, Einstellungen und Handlungswissen ihrer Patient*innen/Klient*innen und passen ihre Kommunikation dementsprechend an (3).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen respektieren ihre Gesprächspartner*innen (4).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen sind an einer gelungenen Informationsweitergabe an Patient*innen/ Klient*innen interessiert.</p>
Die sozialkommunikativen Kompetenzen und Selbstkompetenzen betreffend	Ergotherapeut*innen zeigen eine den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten angemessene Kommunikation (10,12).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen die Grundlagen sowie verschiedene Modelle erfolgreicher Kommunikation.</p> <p>F: Ergotherapeut*innen können Informationen und Wissen – den Rahmenbedingungen angemessen – kommunizieren (1,10,12).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen ist es wichtig, ihre Kommunikationsfähigkeiten stetig weiterzuentwickeln.</p>
Den Arbeitskontext betreffend	Ergotherapeut*innen kommunizieren Informationen im multidisziplinären Setting und teilen Kompetenzen und Handlungsfelder der Ergotherapie der Öffentlichkeit mit (1,9).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen die aktuell gültigen Bestimmungen über Datenschutz und weitere gesetzliche Regelungen (12).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen können Information sicher, gut strukturiert und klar verständlich nach außen kommunizieren (1).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen haben Interesse daran, nach außen transparent zu sein (1)</p>

(1) Clyne et al., 2008

(3) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015a

(4) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015b

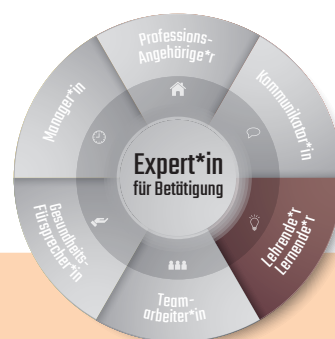
(9) ZHAW, 2008

(10) Rodger et al., 20107

(11) College of Occupational Therapists of Ontario, 2011

(12) Lennea et al., 2011

Aussagen ohne näher genannter Quelle entstanden durch Expertinnenkonsens im Rahmen der Projektgruppe



Lehrende*r und Lernende*r

Die Rolle des*der Lehrenden/Lernenden umfasst jeglichen Austausch, die Weitergabe und Generierung von Wissen sowie die Wissensvermittlung an andere in mündlicher und schriftlicher Form.

Aspekt	Wissen / Fertigkeit / Haltung	
Die Arbeit mit anderen Lehrenden und Lernenden betreffend	Ergotherapeut*innen geben ihr spezifisches und fundiertes ergotherapeutisches Wissen weiter (9) und tragen dadurch zur Weiterentwicklung anderer bei (12). Ergotherapeut*innen unterstützen Kolleg*innen, Studierende und andere relevante Personen bei der Integration des theoretischen Wissens in die Praxis.	W: Ergotherapeut*innen kennen Methoden, um ihr Wissen zielgruppenorientiert aufzubereiten. F: Ergotherapeut*innen können ihr gesamtes Wissen hinsichtlich der Relevanz für ihr Gegenüber filtern und weitergeben. H: Ergotherapeut*innen ist Weiterentwicklung anderer wichtig (12).
Die sozialkommunikativen Kompetenzen und Selbstkompetenzen betreffend	Ergotherapeut*innen reflektieren ihr Wissen stetig, halten es auf dem aktuellen Stand und arbeiten laufend an ihrer professionellen und persönlichen Weiterentwicklung (1,3,9). Ergotherapeut*innen sind sich dessen bewusst, dass sie selbst lebenslang Lernende sind (10).	W: Ergotherapeut*innen kennen verschiedene Möglichkeiten der Weiterbildung und Wissensgenerierung (1,3,9). F: Ergotherapeut*innen werden den Anforderungen des lebenslangen Lernens und der Fortbildungsverpflichtung unter dem Aspekt einer kontinuierlichen Anpassung an medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse gerecht (2). H: Ergotherapeut*innen ist die eigene Weiterentwicklung wichtig. Sie schätzen professionelle Unterstützung und Supervision. H: Ergotherapeut*innen messen bestehenden Evidenzen eine hohe Bedeutung bei.
Den Arbeitskontext betreffend	Ergotherapeut*innen unterstützen die Entwicklung der Profession durch aktive Generierung neuen Wissens. Sie geben ihr spezifisches ergotherapeutisches Wissen an die Öffentlichkeit weiter (3,9).	W: Ergotherapeut*innen kennen Methoden, um wissenschaftliche Erkenntnisse zur beruflichen Weiterentwicklung zu gewinnen und nutzbar zu machen (2). F: Ergotherapeut*innen beteiligen sich an Aktivitäten, welche die Ergotherapie vorantreiben sowie deren Wirksamkeit belegen und führen Forschungsprozesse durch (2,3). H: Ergotherapeut*innen ist es wichtig, ihre Erkenntnisse öffentlich darzustellen (9).

(1) Clyne et al., 2008

(2) FH-MTD-AV, 2006

(3) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015a

(9) ZHAW, 2008

(10) Rodger et al., 20107

(12) Lennea et al., 2011

Aussagen ohne näher genannter Quelle entstanden durch Expertinnenkonsens im Rahmen der Projektgruppe

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 / Fertigkeit / Haltung	
Interdisziplinäre/multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Fokus auf die Ziele der Patient*innen/Klient*innen	<p>Als Teil eines multiprofessionellen Teams setzen sich Ergotherapeut*innen mit ihrer handlungs- und alltagspezifischen 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>

(1) Glyne et al., 2008

(2) FH-MTD-AV, 2006

(3) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015a

(12) Lennea et al., 2011

Aussagen ohne näher genannter Quelle entstanden durch Expertinnenkonsens im Rahmen der Projektgruppe



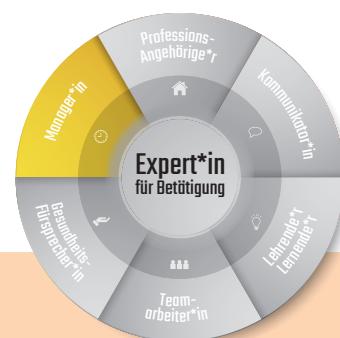
Gesundheitsfürsprecher*in

In dieser Rolle agieren Ergotherapeut*innen als Fürsprecher*innen für Individuen, für Personengruppen und für die Bevölkerung mit dem Ziel, die Gesundheit zu erhalten bzw. zu verbessern. Der Ansatz bezieht sich auf Beratung und Intervention sowie Stellungnahmen auf politischer Ebene (5,6). Dabei stehen sie für Betätigungsgerechtigkeit und gesellschaftliche Teilhabe anderer ein (3,7,8).

Aspekt	Wissen / Fertigkeit / Haltung	
Die Arbeit mit Patient*innen/Klient*innen betreffend	Ergotherapeut*innen identifizieren Faktoren, welche Gesundheit, Lebensqualität, Gleichbehandlung, Barrieren und Ressourcen auf individueller sowie gesellschaftlicher Ebene beeinflussen (9). Sie initiieren spezifische Angebote und Projekte, um die Handlungsfähigkeit und gesellschaftliche Teilhabe anzubahnen bzw. zu verbessern (9,10), dabei binden sie Patient*innen/Klient*innen in Entscheidungsprozesse mit ein und stärken sie darin, sich aktiv zu ihren Bedürfnissen zu äußern (1,3).	<p>W: Ergotherapeut*innen wissen, dass Betätigungen/Handlungen zur Gesundheit von Patient*innen/Klient*innen beitragen (11).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen geben relevante Informationen hinsichtlich der Förderung von Gesundheit und Handlungsfähigkeit an Patient*innen/Klient*innen und deren Umfeld weiter (9).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen erachten gesellschaftliche Teilhabe als bedeutungsvoll (10).</p>
Die sozialkommunikativen Kompetenzen und Selbstkompetenzen betreffend	Ergotherapeut*innen messen der Balance zwischen Aktivität und Erholung eine besondere Bedeutung bei und achten auf eine ausgewogene, individuelle Betätigungsbalance (9).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen ihre eigene Belastungsgrenze (9).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen unternehmen aktiv Schritte, um ihre Gesundheit zu erhalten (9).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen legen Wert auf das Erkennen von Veränderungen im physischen oder psychischen Befinden.</p>
Den Arbeitskontext betreffend	Ergotherapeut*innen kennen die Ressourcen und Bedürfnisse unterschiedlicher Interessensgruppen in deren Lebenswelten und stehen diesen mit ihrer Expertise zur Verfügung (2,3,9).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen die Bedeutung und die Zusammenhänge zwischen Interessensgruppen, deren Umwelten und Betätigungen/Betätigungen (3).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen passen diverse Lebensumwelten an die jeweilige Situation der Interessensgruppe an (8,10).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen sehen in der Gestaltung der Lebensumwelt einen wesentlichen Beitrag zum Wohlbefinden (8).</p>

- (1) Clyne et al., 2008
 - (2) FH-MTD-AV, 2006
 - (3) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015a
 - (4) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015b
 - (5) Tannenbaum, 2009
 - (6) Canadian Association of Occupational Therapists, 2012
 - (7) Hocking & Costa, 2013
 - (8) Occupational Therapy Australia, 2015
 - (9) ZHAW, 2008
 - (10) Rodger et al., 20107
 - (11) College of Occupational Therapists of Ontario, 2011
- Aussagen ohne näher genannter Quelle entstanden durch Expertinnenkonsens im Rahmen der Projektgruppe

Manager*in



Die Rolle des*der Manager*in umfasst organisatorische, koordinative sowie administrative Tätigkeiten, welche im Rahmen des jeweiligen Settings anfallen und der Qualitätssicherung dienen. Innerhalb dieser Rolle agieren Ergotherapeut*innen ressourcenorientiert und effektiv (5,6).

Aspekt		Wissen / Fertigkeit / Haltung
Die Arbeit mit Patient*innen/ Klient*innen betreffend	Ergotherapeut*innen planen, organisieren und koordinieren alle notwendigen Schritte, die mit der Beratung und Behandlung von Patient*innen/Klient*innen im Zusammenhang stehen (1).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen inhaltlich-organisatorische Prozessschritte (1).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen organisieren ihre Tätigkeiten hinsichtlich eines effizienten Zeitplans.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen zeigen durch eine effektive Dienstleistung Verantwortung gegenüber Patient*innen/Klient*innen (9).</p>
Die sozialkommunikativen Kompetenzen und Selbstkompetenzen betreffend	Ergotherapeut*innen reflektieren, evaluieren und modifizieren die eigene Arbeit (2) hinsichtlich organisatorischer, koordinierender sowie administrativer Berufoanforderungen (1).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen Möglichkeiten, Abläufe in der eigenen Arbeit zu verwalten und gestalten (2,3).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen organisieren ihre persönliche Arbeit entsprechend den administrativen Aufgaben.</p> <p>H: Ergotherapeut*innen sehen in der Reflexion des eigenen Handelns einen essentiellen Beitrag, Qualität zu gewährleisten (1).</p>
Den Arbeitskontext betreffend	Ergotherapeut*innen verwalten, planen, organisieren und koordinieren Praxisabläufe und Prozesse im freiberuflichen und angestellten Setting (12). Ergotherapeut*innen leiten und begleiten Studierende und Kolleg*innen unter Berücksichtigung der organisatorischen, institutionellen und lokalen Gegebenheiten (1,3,12).	<p>W: Ergotherapeut*innen kennen betriebswirtschaftliche und qualitätssichernde Aspekte (2,3).</p> <p>F: Ergotherapeut*innen setzen Strategien ein, die für die Bewältigung komplexer teaminterner und interdisziplinärer Koordination erforderlich sind (2).</p> <p>H: Ergotherapeut*innen sehen gut strukturierte organisatorische und administrative Abläufe als wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung (10).</p>

(1) Clyne et al., 2008

(2) FH-MTD-AV, 2006

(3) Occupational Therapy board of New Zealand, 2015a

(5) Tannenbaum, 2009

(6) Canadian Association of Occupational Therapists, 2012

(9) ZHAW, 2008

(10) Rodger et al., 20107

(12) Lennea et al., 2011

Aussagen ohne näher genannter Quelle entstanden durch Expertinnenkonsens im Rahmen der Projektgruppe

QUELLEN

- Alsop, A., & Ryan, S. (1996). *Making the Most of Fieldwork Education*. Making the Most of Fieldwork Education (1st ed.). Boston, MA: Springer US. <http://doi.org/10.1007/978-1-4899-3148-1>
- American Occupational Therapy Association. (2018). *Das Framework der AOTA. Gegenstandsbereich, Prozesse und Kontexte in der Praxis*. (1. deutschsprachige Auflage). Bern: Hogrefe.
- August-Feicht, H., Benke, I., Feiler, M., Güntert, G., Schaubeder, A., & Zwerger, H. (2013). *Ethisches Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs*. Verfügbar unter https://www.ergotherapie.at/sites/default/files/ethikleitbild_2.aufgabe_2013.pdf
- Canadian Association of Occupational Therapists (2012). *Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada*. Retrieved from <https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf>
- Clyne, A., McCoubrey, C., & Hamilton, V. (2008). *Therapy Project Office. Occupational Therapy competencies*. Retrieved from <https://www.tcd.ie/medicine/occupational-therapy/assets/doc/Occupational-Therapy-Competencies.pdf>
- Costa, U. (2012). *Freiheit und Handlung – Handlungsfreiheit. Eine handlungswissenschaftliche Betrachtung*. In C. Sedmak (Hrsg.), *Freiheit – vom Wert der Autonomie*. Grundwerte Europas. WBG Reihe „Werte Europas“, Band 2 „Freiheit“ (S. 51-76). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hocking, C., & Costa, U. (2013). *Kompetenzen für Menschenrechte: Gründe für ein gemeinsames Vorgehen*. *ergotherapie*, 1, 8-9.
- DACHS (2007). *Ergotherapie – Was bietet sie heute und in Zukunft?* Verfügbar unter http://www.claudiana.bz.it/downloads/DACHS_deutsch.pdf
- Dubin, S. S. (1990). *Maintaining competence through updating*. In S. L. Willis & S. S. Dubin (Eds.), *Maintaining professional competence: Approaches to career enhancement vitality, and success throughout a work life*. (pp. 9-43). San Francisco: Jossey-Bass.
- Feiler, M. (Hrsg.). (2002). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Berlin: Springer.
- Feiler, M. (2003). *Die verschiedenen Formen des Klinischen Reasoning im Überblick*. In M. Feiler (Hrsg.), *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln* (S. 2-5). Berlin: Springer.
- Feiler, M. (2013). *Kompetenz – eine „top priority“ des WFOT*. *ergotherapie*, 1, 16-19.
- Fischer, A. (2007). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 96-103). Stuttgart: Thieme.
- Fonds Gesundes Österreich (n.D.). *Qualitätssicherung*. Verfügbar unter: <http://fgoe.org/glossar/qualitaetsicherung>
- Gnahn, D. (2007). *Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Götsch, K. (2007). *Definition, Systematik und Wissenschaft in der Ergotherapie*. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 2-10). Stuttgart: Thieme.
- Haase, F. C. (2007). *Handlungsorientierte Sichtweisen im ergotherapeutischen Prozess*. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 197-199). Stuttgart: Thieme.
- Kälble, K. (2004). *Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärung*. In: L. Kaba-Schönstein & K. Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege* (S.29-41). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). *The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance*. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Lennea, C., Corbett, K., Salsman, G., Worth, B., Takahashi, S.G., & Kirby, J. (2011). *Essential Competencies of Occupational Therapists in Canada*, (3rd ed.). Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations (ACOTRO). Retrieved from https://www.acotro-acore.org/sites/default/files/uploads/essentialcompetencies3rded_webversion.pdf
- Molineux, M. (2014). *Occupational Science and Occupational Therapy: Occupation at Center Stage*. In C. Christiansen & E. Townsend (Eds.). *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living* (2nd ed., pp. 337-361). Edingburgh Gate: Pearson Education Limited.
- Occupational Therapy board of New Zealand (2015a). *Competencies for Registration and continuing Practice*. Retrieved from https://www.otboard.org.nz/wp-content/uploads/2015/04/Competencies_April20151.pdf
- Occupational Therapy board of New Zealand (2015b). *Code of Ethics for Occupational therapists*. Retrieved from https://www.otboard.org.nz/wp-content/uploads/2015/04/CodeofEthics_April2015-1.pdf
- Page, J., Raithel, J., Luomajoki, H., Schämamm, A., & Kool, J. (2011). *Evidence Based Practice: Einstellungen, Kompetenzen und Barrieren bei Ergo- und Physiotherapeuten*. Ergebnisse einer Kursevaluation an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW). *ergoscience*, 2, 64-70.
- Rodger, S., Springfield, L., & Banks, B. (2010). *Australian minimum competency standards for new graduate occupational therapists (ASCOT) 2010*. Retrieved from <https://www.occupationaltherapyboard.gov.au/documents/default.aspx?record=WD18%2F24856&dbid=AP&chks um=R3g7rsrtvyNroIMQcl%2BESQ%3D%3D>
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (n.D.) *About CanMEDS*. Retrieved from <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e>
- Sottas, B. (n.D.). *Interprofessionelle Zusammenarbeit. Herausforderung für die Gesundheitsberufe*. Verfügbar unter <http://www.biomed-austria.at/fachartikel/Interprofessionelle%20Zusammenarbeit%20S.24-26.pdf>
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). *ENOTHE-Projekt „ET-Fachterminologie“ – Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie*. *ergoscience*, 2(3), 100-106. <http://doi.org/10.1055/s-2007-963236>
- Stadnyk, R.L., Townsend, E.A. & Wilcock, A. A. (2014). *Occupational Justice*. In C. Christiansen & E. Townsend (Eds.). *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living* (2nd ed., pp. 307-336). Edingburgh Gate: Pearson Education Limited.
- Tannenbaum, D. (2009). *CanMEDS-Allgemeinmedizin, Working Group on Curriculum Review*. Deutsche Übersetzung. Institut für Allgemeinmedizin Technische Universität München Verfügbar unter https://www.am.med.tum.de/sites/www.am.med.tum.de/files/Canmeds_German%20Version.pdf
- ZHAW (2008). *Berufsspezifische Kompetenzen des Studienganges Ergotherapie*. Verfügbar unter <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/praktikumsinstitutionen/er/abschlusskompetenzen-er-zhaw.pdf>
- Unterweger, K., Hartmann, V., Lackner-Eckersdorfer, M., & Zeipper, B. (2017). *EBP – Evidence Based Practice. Evidenzbasiertes Arbeiten in der Ergotherapie*. Verfügbar unter: https://www.ergotherapie.at/system/files/evidenzbasiertes_arbeiten_in_der_ergotherapie.pdf

- WFOT (2012). *Kompetenz und Erhalt der Kompetenz*. Verfügbar unter <https://www.wfot.org/resources/competency-and-maintaining-competency>
- WFOT (2016). *Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten. Revision 2016*. Verfügbar unter <https://www.wfot.org/resources/new-minimum-standards-for-the-education-of-occupational-therapists-2016-e-copy>
- Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (FH-MTD-AV)*. (2006). In der geltenden Fassung verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004516>
- Youngstrom, M. J. (1998). *In the Practitioner Role*. The American Journal of Occupational Therapy, 52(9), 716–720.
- ZHAW (2008). *Berufsspezifische Kompetenzen des Studienganges Ergotherapie*. Verfügbar unter <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/praktikumsinstitutionen/er/abschlusskompetenzen-er-zhaw.pdf>

Glossar

Betätigung/Handlung Im deutschsprachigen Raum wird occupation mit Betätigung und Handlung übersetzt, beide Begriffe werden in diesem Kompetenzprofil gleichwertig verwendet:

Betätigung/Handlung meint in der Ergotherapie „alle Tätigkeiten und Aufgaben des täglichen Lebens, in denen der Mensch in Interaktion mit seiner Umwelt tritt. Die Tätigkeiten, die für den Menschen im Alltag als notwendig erlebt werden, hängen von seinen individuellen Gegebenheiten und von seiner Persönlichkeit ab (Götsch, 2007)“.

„Alles, was Menschen tun, was innerhalb ihrer Kultur bedeutungsvoll ist. Die Perspektive beruht darauf, dass die Betätigungsperformanz durch die Umwelt beeinflusst wird. In gleicher Weise beeinflusst die Betätigung die Umwelt. Betätigung wird subjektiv erfahren. In diesem Dokument umfasst der Begriff Betätigung Aktivitäten, Aufgaben und Rollen in der Betätigung (WFOT, 2016).“

„Handlung wird in der Ergotherapie als übergreifender Begriff für alles verwendet, was ein Mensch tut, tun möchte oder was von ihm erwartet wird. Handlungsfähigkeit bedeutet, Handlungen planen und ausführen zu können. Handlungen haben eine hohe persönliche und soziokulturelle Bedeutung: Das tun zu können, was man in seinem Alltag tun möchte und braucht, ist wichtig für Gesundheit und Lebensqualität. Durch Handlungen kann der Mensch seine Umwelt verändern und etwas zur Gesellschaft beitragen, in der er lebt: Handlungen ermöglichen die Teilhabe (Partizipation) an der Gesellschaft und an verschiedenen Lebensbereichen (DACHS, 2007).

Betätigungsgerechtigkeit/Occupational Justice

„Zugang zu und Teilhabe an der vollen Bandbreite von bedeutungsvollen und bereichernden Betätigungen für andere, einschließlich Gelegenheit zur sozialen Inklusion und von Ressourcen zur Befriedigung von persönlichen, Gesundheits- und gesellschaftlichen Bedürfnissen (Townsend & Wilcock, 2004, zitiert nach AOTA, 2018, S.158).
 „The concept of occupation is grounded in a belief that humans are occupational beings. Humans participate as interdependent, active agents culturally defined occupations that determine their health and quality of life (...) The concept of occupational justice juxtaposes moral, ethical, and political ideas of justice on occupation. A focus on occupational justice means, that we look at diverse occupational needs, strengths, and potential of individuals and groups, while at the same time considering issues of rights, fairness, empowerment, and enablement of occupational opportunities (Stadnyk, Townsend & Wilcock, 2014, pp. 308-309).

CanMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists)

Die sieben Rollen wurden vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada entwickelt, um die Qualität des Medizinstudiums zu steigern. Die Kompetenzen der Mediziner*innen sind dabei den Rollen Expert, Communicator, Collaborator, Leader, Scholar, Health Advocat und Professional zugeordnet

Evidence Based Practice (EBP)

In der Ergotherapie meint *Evidenzbasiertes Arbeiten*, dass man die beste vorhandene Evidenz nutzt und im professionellen Reasoning integriert. Die Erreichung der Ziele und Wünsche der Patient*innen/Klient*innen, die im Mittelpunkt der Ergotherapie stehen, wird durch evidenzbasiertes Arbeiten unterstützt (Unterweger, Hartmann, Lackner-Eckersdorfer & Zeipper, 2017).

Handlungsfähigkeit

„Handlungsfähigkeit bedeutet, Handlungen planen und ausführen zu können (DACHS, 2007).“

Handlungswissenschaft/Betätigungswissenschaft/Occupational Science

„It is an interdisciplinary field of study concerned with understanding human occupation in context and the relationship between occupation and health viewed broadly to include optimal well-being and equitable participation in the everyday life of a society by all citizens (Molineux, 2014, pp. 348).“

Schwerpunkte der wissenschaftlichen Disziplin sind: „die Zusammenhänge zwischen Handlung/Betätigung und menschlicher Entwicklung; Veränderungen von Betätigung im Laufe eines Menschenlebens; die zahlreichen Weisen, in denen Menschen ihre täglichen Aktivitäten strukturieren; persönliche und soziokulturelle Bedeutungen von Betätigung; individuelle und gesellschaftliche Funktionen von Betätigung; Zusammenhänge zwischen Handlung und Lebenskontext des jeweiligen Menschen; Erfahrungen von Menschen in und durch Handlung; der wechselwirksame Einfluss von Handlung auf Gesundheit und Wohlbefinden; Einflüsse von Wirtschaft, Politik und Umwelt auf die Handlungsmöglichkeiten und Handlungsentscheidungen von Menschen (Townsend & Polatajko, 2007, zitiert nach Costa, 2012).“

Interdisziplinär/interprofessionell

Jede Profession bringt ihre Kernkompetenzen ein im Team. Bei der Zusammenarbeit werden die verschiedenen Sichtweisen berücksichtigt, verbunden und Lösungen gemeinsam erarbeitet (Sottas, n.D.). Für eine qualitativ hochwertige, sich ergänzende und an den Patient*innen/Klient*innen orientierte Versorgung arbeiten die Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen unmittelbar zusammen (Käble, 2004).



Lebensbereiche	Die Ergotherapie unterscheidet die vier Lebensbereiche: Selbsterhaltung, Produktivität, Freizeit und Erholung (DACHS, 2007).
Multidisziplinär/multiprofessionell	Beschreibt das Nebeneinander von Professionen, die jeweils unabhängig voneinander arbeiten und Informationen nur austauschen (Sottas, n.D.)
Partizipation/Teilhabe	Die Ergotherapie versteht unter Partizipation das „Einbezogen sein in eine Lebenssituation durch Aktivitäten in einem sozialen Kontext (Stadler-Grillmaier, 2007).“ In der ICF wird die Bedeutung des Kernbegriffs Partizipation mit „Partizipation (Teilhabe): das Einbezogensein in eine Lebenssituation.“ beschrieben (Fischer, 2007, S.97).“
Patient*innen/Klient*innen	Meint nicht nur den*die Patient*in/Klient*in in ergotherapeutischer Behandlung, sondern auch relevante Bezugspersonen (Angehörige, Partner*innen, Eltern, ...). „Person oder Personen (einschließlich derjenigen, die den Klienten versorgen), Gruppe (Ansammlung von Einzelpersonen, z.B. Familien, Arbeitnehmer, Studenten oder Gemeindemitglieder) oder Populationen (Ansammlung von Gruppen oder Einzelpersonen, die in einer ähnlichen Gegend wohnen, z.B. Stadt, Land oder Staat, oder die gleichen oder ähnlichen Anliegen haben) (AOTA, 2018, S.160).
PEO (Person-Environment-Occupation Model)	Das PEO ist ein ergotherapeutisches Grundlagenmodell, welches die Beziehung zwischen Person, Betätigung/Handlung und Umwelt beschreibt. Es wurde für eine klientenzentrierte Praxis entwickelt, um die wechselseitige Wirkung zwischen der einzelnen Person, ihrer Rollen und Betätigungen/Handlungen sowie Umwelten zu verstehen (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby & Letts, 1996). „Die Beziehung von Person-Umwelt-Betätigung bezieht sich auf die transaktionalen und interaktiven Beziehungen zwischen Menschen, darauf, was und wo sie diese Beziehungen haben. Die Grundidee ist, dass sich Betätigungsperformanz und personbezogene sowie umweltbezogene Dimensionen wechselseitig beeinflussen und dass Betätigungsperformanz mit der Zeit durch die Erfordernisse der Betätigung beeinflusst wird (WFOT, 2016).“
Professionelles Reasoning	Umfasst alle Denk- und Entscheidungsprozesse während eines ergotherapeutischen Prozesses im klinischen und außerklinischen Bereich. Es berücksichtigt fachliches Hintergrundwissen, Interaktionen mit anderen, ethische Überlegungen, Werte, vorhandene Ressourcen und Rahmenbedingungen (Feiler, 2002). Man unterscheidet zwischen Scientific Reasoning (logisches, sachliches Denken), Interaktives Reasoning (Gefühle, Wahrnehmung, Beobachtung leiten Denken), Konditionales Reasoning (Vorstellungsvermögen des*der Therapeut*in leitet Denken), Narratives Reasoning (Denken in und durch Geschichten), Pragmatisches Reasoning (sachliches, pragmatisches Denken) und Ethisches Reasoning (Einstellungen, Haltungen, Werte bestimmen Denken) (Feiler, 2003).
Umwelt	„Externe physische und soziale Gegebenheiten um den Klienten herum, in denen sich der Alltag des Klienten abspielt (AOTA, 2018, S.162).“ „Jeder Mensch lebt in seinem Alltag unter individuellen Umweltbedingungen (...) Die Umwelt beeinflusst die persönliche Bedeutung der Aktivitäten im Alltag eines Menschen. Sie kann sich auf seine Handlungsfähigkeit hemmend oder fördernd auswirken. So kann man durch Veränderung der Umwelt die Handlungsfähigkeit und Gesundheit positiv beeinflussen (...) Die Gestaltung der Umwelt spielt in der Ergotherapie eine zentrale Rolle. Eine gezielt angepasste Umwelt ermöglicht und erleichtert Handlungen und kann gesundheitsfördernd wirken (DACHS, 2007).“ <u>Soziale Umwelt:</u> „Anwesenheit von Beziehungen zu und Erwartungen von Personen, Gruppen oder Populationen, mit den Klienten im Kontakt stehen (z.B. Verfügbarkeit und Erwartungen von wichtigen Menschen wie Ehepartner, Freunde und Betreuer.) (AOTA, 2018, S.162).“ <u>Physische Umwelt:</u> „Natürliche oder hergestellte Umgebung und Gegenstände darin. Zur natürlichen Umwelt gehören sowohl geografisches Land, Pflanzen und Tiere als auch sensorische Qualitäten der natürlichen Umgebung. Zur hergestellten Umwelt gehören Gebäude, Möbel, Werkzeuge und Geräte (AOTA, 2018, S.162).
Qualitätssicherung	Unter Qualitätssicherung werden die Maßnahmen verstanden, die zur Sicherstellung bestmöglicher Qualität angewandt werden. Dazu zählen u.a. eine wissenschaftliche Voruntersuchung des Problems, eine IST-Analyse um einen Überblick über die Problemlage zu erhalten, dem Problem angemessene Interventionsstrategien, Methoden zur Evaluation, Bewertung der Ergebnisse im gesundheitspolitischen Kontext und die Sicherstellung von Anwendbarkeit und Nutzbarkeit der Ergebnisse (Fonds Gesundes Österreich, n.D.).
Wissen / Fertigkeit / Haltung	In Anlehnung an den WFOT, der in den Mindeststandards für die Ausbildung die für die kompetente ergotherapeutische Praxis erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen definiert (WFOT, 2016). <u>Kenntnisse (=Wissen):</u> „Was eine Person weiß, einschließlich der Kenntnisse über Sachverhalte und Handlungen. Wissen wird sowohl durch Erfahrung als auch durch Ausbildung entwickelt.“ <u>Fertigkeit:</u> „Die Fähigkeit zu haben, eine bestimmte Handlung auszuüben, sie umfassen kognitive und physische Fertigkeiten. Fertigkeiten werden üblicherweise durch Erfahrungen erworben. Die jeweilige Ausprägung von Fertigkeiten hängt von den Kenntnissen darüber ab, was man gerade tut.“ <u>Einstellungen (=Haltung):</u> „Die Art der persönlichen Einschätzung eines Sachverhalts, die beeinflusst, was wir dazu empfinden und wie wir uns dazu verhalten.“

Kompetenzen im deutschsprachigen

Bachelorarbeit „Kompetenzunterschiede von leitenden und nichtleitenden Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten – Eine qualitative Studie“

Im Rahmen ihrer Bachelorarbeit „Kompetenzunterschiede von leitenden und nichtleitenden Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten – Eine qualitative Studie“ (Matzer, Röschel & Peterko, 2018) an der IMC Fachhochschule Krems, untersuchten Carina Matzer und Anna Röschel die Kompetenzen von leitenden und nichtleitenden Ergotherapeut*innen in Österreich. Hierfür wurden je drei semi-strukturierte Einzelinterviews mit Ergotherapeut*innen in leitenden sowie nichtleitenden Positionen in Österreich durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel ausgewertet. Es konnten essentielle Unterschiede im subjektiven Erleben der ausgeführten Kompetenzen von leitenden und nichtleitenden Ergotherapeut*innen identifiziert werden. Die Ausführung einer Leitungsposition verlangt ausgeprägte Kompetenzen zur Organisation, Planung und Führung, welche in der reinen Betreuung der Patient*innen/Klient*innen nicht in diesem Ausmaß gefragt sind. Weiteres fühlten sich die nichtleitenden Ergotherapeut*innen in berufspolitischen Tätigkeiten weniger aktiv als ihre leitenden Kolleg*innen. Die Ergebnisse der Studie dienen exemplarisch zur Orientierung über erforderliche Kompetenzen außerhalb und innerhalb einer Leitungsposition. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist aufgrund der kleinen Stichprobe im Rahmen der Bachelorarbeit allerdings nicht möglich.

Informationen und Anfragen zum Volltext der Bachelorarbeit an Carina Matzer (carina.matzer@edumail.at) oder Anna Röschel (anna.roeschel@imc-krems.eu)

Das Kompetenzprofil des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

Der DVE hat sein „Kompetenzprofil Ergotherapie“ dieses Jahr herausgegeben und sieht es als ersten Entwurf zur Skizzierung eines Berufsprofils. Die Erstellung des Kompetenzprofils erfolgte mit den Zielen, Einstimmigkeit über die Kompetenzen von Ergotherapeut*innen herzustellen, sowie als Orientierungshilfe für die Gestaltung der Ergotherapie-Ausbildung und der Definition des Einstiegsniveaus von Berufsanfänger*innen zu dienen.

Hier finden Sie das Kompetenzprofil: <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file>

An der ZHAW Gesundheit in der Schweiz ...

... wurden im Rahmen eines Projektes, geleitet von der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen (KFH), die Abschlusskompetenzen der Gesundheitsberufe FH der Schweiz erarbeitet. In der Projektorganisation waren die Berufsverbände, Behörden, Fachhochschulen und insbesondere die OdASanté vertreten. Hier finden Sie die Abschlusskompetenzen von Ergotherapeut*innen: [\[heit/studium/praktikumsinstitutionen/er/abschlusskompetenzen-er-zhaw.pdf\]\(https://www.zhaw.ch/storage/gesund-heit/studium/praktikumsinstitutionen/er/abschlusskompetenzen-er-zhaw.pdf\).](https://www.zhaw.ch/storage/gesund-</p></div><div data-bbox=)

Mehr Informationen zum Projekt können Sie hier nachlesen: <https://www.zhaw.ch/de/gesundheitsstudium/abschlusskompetenzen/>

Profile of Occupational Therapy Practice in Canada (2012)

Das Profile of Occupational Therapy Practice (2012) ist das Kompetenzprofil der Ergotherapie in Kanada und stellt ein Praxismodell dar, das ein breites Spektrum an Kompetenzen beinhaltet. Erstellt wurde es vom kanadischen Berufsverband *Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT)*. Einige der Kompetenzen können von Ergotherapeut*innen zu Beginn ihrer Karriere erwartet werden und andere können mit einem höheren Leistungs- und Erfahrungsniveau verbunden sein. Die Kompetenzen wurden in einem fünfstufigen Projektprozess identifiziert, validiert und 2007 erstmals veröffentlicht.

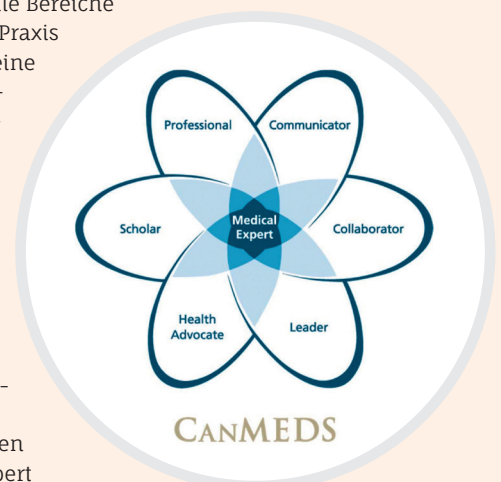
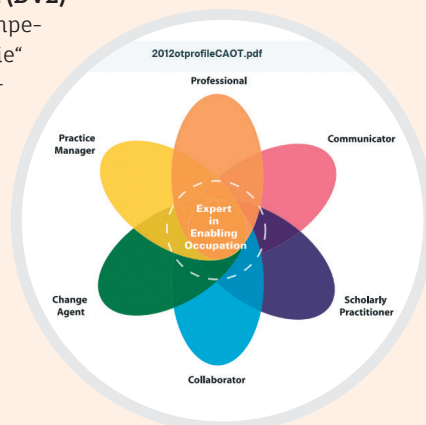
Zusätzlich zu den Kompetenzen enthält die aktuelle Version neue und aktualisierte Informationen über die Praxis der Ergotherapie in Kanada, wie Kontext, Umfang, Interprofessionalität, fortgeschrittene Kompetenzen und berufliche Mobilität. Das kanadische Kompetenzprofil finden Sie hier: <https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf>

CanMEDS Framework

Das Kompetenzprofil bezieht sich unter anderem auf die, mittlerweile internationalen und als Standard für die Erstellung von Kompetenzprofilen angesehenen, CanMEDS Rollen. Die Abkürzung CanMEDS steht dabei für „Canadian Medical Education Directives for Specialists“. Sie bieten eine Grundlage für die Beschreibung der Kompetenzen von Gesundheitsberufen, welche die berufsspezifische Expertise hervorhebt, aber auch Schnittmengen zu den anderen Berufsfeldern sichtbar macht, an.

Dieser Bezug war für das Projektteam sowohl strukturell notwendig als auch inhaltlich sinnvoll, da sich Ergotherapie-Berufsverbände wie der DVE (Deutschland) und CAOT (Kanada), sowie andere Berufsgruppen auf diese Grundlage beziehen.

Ursprünglich wurde das CanMEDS Framework in Kanada vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPS) in den 1990er Jahren entwickelt, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patient*innen zu gewährleisten, indem es die höchsten Standards für die Aus- und Weiterbildung von Mediziner*innen festsetzt. Ziel war es, die notwendigen Kompetenzen für alle Bereiche der medizinischen Praxis zu definieren und eine umfassende Grundlage für die medizinische Ausbildung und Praxis in Kanada zu schaffen. Das Modell identifiziert und beschreibt die sieben Rollen, die zu optimaler ärztlicher Leistungsfähigkeit, Behandlung und Ergebnissen führen: Medical Expert



und internationalen Kontext

(zentrale Rolle), Communicator, Collaborator, Leader, Health Advocate, Scholar, Professional.

Die CanMEDS wurden 1996 offiziell eingeführt und gelten als international am weitesten verbreiteter und angewandter Kompetenzrahmen für Mediziner*innen, basierend auf empirischer Forschung, soliden Bildungsprinzipien und einer breiten Konsultation der Interessengruppen. Das CanMEDS-Frameworks wurde in den Jahren 2005 und 2015 aktualisiert (RCPSC, n.D.).

Quelle:
Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (n.D.)
About CanMEDS. Retrieved from <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e>

„Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten“ – Revision 2016

Der Weltverband der Ergotherapeut*innen (WFOT) legt seit 1958 die Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeut*innen fest. Damit prägt er international die Entwicklung der ergotherapeutischen Profession und sorgt weltweit für einen einheitlichen Ansatz zur Erstellung der ergotherapeutischen Curricula.

„Die Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten (Revision 2016) erweitern die Perspektive der Ausbildung von Ergotherapeuten, um sie auf eine globale Gemeinschaft der Berufsangehörigen vorzubereiten. Sie beruhen auf vier verschiedenen, aber miteinander vernetzten Zwecken (...) Diese Zwecke sind auf gesellschaftliche, professionstypische, ausbildungsrelevante und ethische Aspekte ausgerichtet. Zusätzlich zu diesen Perspektiven erweitert die Revision von 2016 den Fokus der Nachhaltigkeit der Profession auf die Leistungen der Gesundheitsberufe für die Weltgemeinschaft sowie auf einen ausgeweiteten Beitrag qualifizierter Gesundheitsexperten für das Gesundheitswesen und das Sozialsystem (WHO, 2013) (WFOT, 2016, S.12).“

Für eine kompetente Berufspraxis werden erforderliche Kenntnisse (knowledge), Fertigkeiten (skills) und Einstellungen (attitudes) (KSA) von Absolvent*innen beschrieben. Der WFOT verwendet den Begriff Absolvent*in allgemein für Lernende, unabhängig von der Bezeichnung, mit der die berufsqualifizierende Ausbildung abgeschlossen wird. Es werden sechs Kompetenzbereiche beschrieben, in denen die Absolvierenden über Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen verfügen müssen:

1. die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit,
2. therapeutische und berufliche Beziehungen,
3. der Ergotherapie-Prozess,
4. professionelles Reasoning und Verhalten,
5. der Kontext der Berufspraxis,
6. evidenzbasiertes Arbeiten zur Sicherstellung bester Praxis (WFOT, 2016, S.29).“

In Anlehnung an die erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen in den Kompetenzbereichen erfolgt im Kompetenzprofil in der rechten Spalte jeder Rolle die Einteilung nach:

Kenntnisse (im Kompetenzprofil: Wissen)

„...was eine Person weiß, einschließlich der Kenntnisse über Sachverhalte und Handlungen. Wissen wird sowohl durch Erfahrung als auch durch Ausbildung entwickelt (WFOT, 2016, S.62).“

Fertigkeit

„Die Fähigkeit zu haben, eine bestimmte Handlung auszuüben, sie umfasst kognitive und physische Fertigkeiten. Fertigkeiten werden üblicherweise durch Erfahrungen erworben. Die jeweilige Ausprägung von Fertigkeiten hängt von den Kenntnissen darüber ab, was man gerade tut (WFOT, 2016, S.62).“

Einstellungen (im Kompetenzprofil: Haltung)

„Die Art der persönlichen Einschätzung eines Sachverhalts, die beeinflusst, was wir dazu empfinden und wie wir uns dazu verhalten (WFOT, 2016, S.61).“

Quelle:
WFOT (2016). Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten. Revision 2016. Verfügbar unter <https://www.wfot.org/resources/new-minimum-standards-for-the-education-of-occupational-therapists-2016-e-copy>



Ergotherapie Austria –
Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs
Holzmeistergasse 7-9/2/1, 1210 Wien
Tel.: 0043-(0)1-895 5476
Fax: 0043-1-897 43 58
E-Mail: office@ergotherapie.at
Web: <http://www.ergotherapie.at>

Das Kompetenzprofil ist online abrufbar unter
<https://www.ergotherapie.at/materialien>

