



Screenen
Behandeln und Begleiten
Unterstützen und Fördern
Lehren, lernen und entwickeln
Zusammenarbeiten
ZUYD Hogeschool
Deutschland
Kompetenzen
Niederlande
Veränderung
Erneuern
Forschen
Beraten
Inventarisieren und Analysieren
Qualität gewährleisten
Unternehmerisch tätig sein
Organisieren

NIEDERLÄNDISCHE ERGOTHERAPEUTISCHE BERUFSKOMPETENZEN IN DEUTSCHLAND

Bachelorarbeit der Acadmie voor Ergotherapie Bachelorstudiengang
Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

NICO SANNING (1866931) UND JUDITH SCHATZ (187594)
BETREUERIN: TANJA KLEIN

10. NOVEMBER 2020

Vorwort & Danksagungen

Danke an unsere Betreuerin Tanja Klein, die immer ein offenes Ohr für uns hatte und uns stets unterstützt hat.

Danke an Bettina Weber, auf deren Idee unsere Forschung basiert.

Danke an alle, die an unserer Forschung teilgenommen haben. Ohne euch wäre die Forschung nicht zu dem geworden, was sie ist.

Danke an Mieke Le Granse für das interessante Interview und dass sie auf die Idee kam diesen Studiengang ins Leben zu rufen.

Danke an unsere Korrekturleser Andrea und Peter Pawlitschko, die akribisch jedes Komma und jeden unverständlichen Satz untersucht haben.

Danke an Janina Huy, die uns mit ihren Sprach-Kenntnissen beim Abstract unterstützte.

Danke an unsere Lebenspartner, die unsere Launen und unseren Stress aushalten und unsere Felsen in der Brandung sind.

Danke an Petra Kunz, ohne die Judith erst viel später oder vielleicht auch nie erfahren von dem Studiengang hätte.

Danke an Alexander Wenkers und Claudia Kelbel die Nico dazu inspirierte die Ergotherapie aufs nächste Level zu bringen.

Danke! Thank you! Dank u zeer!

Corona-Passus zur Aufnahme in die Bachelorarbeit

Im März 2020 brach in Deutschland und den Niederlanden der COVID-19 Virus aus. Dies hatte auch Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht mehr möglich und erforderte Anpassungen in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Planung und Umsetzung, die bereits in vollem Gang war. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung notwendige Norm (anstatt face-to-face Kontakt) und in einigen Fällen musste auf andere Zielgruppen oder Literaturstudien zurückgegriffen werden, weil der direkte Kontakt mit Klienten und Professionals nicht möglich war. Alle methodischen Veränderungen sind mit dem/der Begleiter*in der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggebern abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation während des Entstehungsprozesses nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Lesehinweise

- Abkürzungen: In dieser Forschung befinden sich allgemein bekannte Abkürzungen, wie z.B., etc., bzw., als auch spezifische Abkürzungen wie DVE oder BIBB. Weitere werden bei Erstnennung im Text ausgeschrieben und finden sich im Abkürzungsverzeichnis wieder
- Auslassungen und Einfügungen in Zitaten: Auslassungen werden mit (...) dargestellt, Einfügungen mit (Text)
- Forschende: Die Verfasser dieser Arbeit werden als Forschende bezeichnet
- Gendern: Für eine gendergerechte Sprache wurde darauf geachtet, möglichst neutrale Ausdrücke zu verwenden. Wo nicht möglich wurde der Genderstern * verwendet. Bsp. Forschende, Teilnehmer*innen
- Literatur nach APA6: Die Zitation der Literatur erfolgt nach APA 6 via Citavi
- Querverweise: Um auf ein anderes Kapitel zu verweisen (→X.XX), um auf eine Tabelle zu verweisen (→ Tab.X), um auf eine Abbildung zu verweisen (→Abb. X) und um auf eine Anlage zu verweisen (→A.X)

Abkürzungsverzeichnis

AG FQR	Arbeitsgruppe Fachqualifikationsrahmen
AISL	Kompetenzbewertungsskala der Zuyd Hogeschool: A – Wissen, I – Wissen Wie, S – Präsentieren, L – Handeln
AOTA	American Occupational Therapy Association
BEvaKomp	Berliner Evaluationsinstrument für selbsteingeschätzte studentische Kompetenz
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BSG	Bachelorstudiengang
BSG KoReHa	Bachelorstudiengang Köln, Regensburg, Hamburg
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
DIZ	Discovery information sources Zuyd
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DTE	Directe Toegang Ergotherapie
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (Früher: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.)
EBP	Evidence Based Practice
e-BSG	e-learning Bachelorstudiengang
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
ErgThG	Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz – ErgThG)
FQR-ThGFB	Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie
HGV	Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe
HIS	Hochschul-Information-System
HS	Hauptstudium berufsbegleitender Studiengang
NQR	Nationaler Qualifikationsrahmen
STARRT	Situation (Situatie), Aufgabe (Taak), Aktivitäten (Activiteit), Resultat (Resultaat), Reflexion (Reflectie), Transfer (Transfer)
TUNING	Tuning Educational Structures in Europe
WFOT	World Federation of Occupational Therapists / Weltverband der Ergotherapeut*innen

Abstract

Deutsch

Diese Forschung beschäftigt sich mit der Veränderung der Arbeit der deutschsprachigen Alumni der additiven Ergotherapiestudiengänge der Zuyd Hogeschool durch die Anwendung der niederländischen Berufskompetenzen. Dafür wurde ein Mixed-Method Design in Form eines quantitativen Online-Surveys und nachfolgend vertiefenden Interviews verwendet. Insgesamt nahmen 48 Alumni am Online-Survey und drei Alumni an den vertiefenden Interviews teil. Die Ergebnisse zeigen eine Veränderung hin zu aktuell gültigen Standards wie der Betätigungsbasierung und der Klientenzentrierung. In der Anwendung der niederländischen Berufskompetenzen lässt sich eine Entwicklung zu höheren Kompetenzlevel erkennen. Aus diesen Resultaten lässt sich eine Veränderung der Arbeit der deutschsprachigen Alumni zu einem höheren Standard und einer Orientierung an Evidenz und dem aktuell gültigen Paradigma erkennen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Alumni zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung als auch zur Professionalisierung der Ergotherapie in Deutschland beitragen.

Niederländisch

Dit onderzoek gaat over de verandering in het werk van Duitstalige alumni van de opleidingen additieve ergotherapie aan Zuyd Hogeschool door het toepassen van Nederlandse professionele vaardigheden. Hiervoor is gebruik gemaakt van een mixed-method design in de vorm van een kwantitatieve online survey en daaropvolgende diepte-interviews. In totaal hebben 48 alumni deelgenomen aan het online onderzoek en drie alumni hebben deelgenomen aan de diepte-interviews. De resultaten laten een verandering zien in de richting van momenteel geldende standaarden, zoals op beroep gebaseerde praktijk en klantgerichtheid. Bij de toepassing van Nederlandse professionele vaardigheden is een ontwikkeling naar hogere vaardigheidsniveaus te zien. Deze resultaten tonen een verandering in het werk van Duitstalige alumni naar een hogere standaard en een oriëntatie op bewijs en het momenteel geldende paradigma. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de alumni zowel bijdragen aan hoogwaardige zorg als aan de professionalisering van ergotherapie in Duitsland.

Englisch

This research deals with the change of the work of the German-speaking alumni of the additive occupational therapy courses of the Zuyd Hogeschool through the application of the Dutch professional competences. For this purpose, a mixed-method design was used in the form of a quantitative online survey and subsequent in-depth interviews. A total of 48 alumni participated in the online survey and three alumni took part in the in-depth interviews. The results show a change to current standards such as occupation-based practice and client-centered. The application of Dutch professional competences reveals a trend towards higher levels of competence. From these results, a change in the work of the German-speaking alumni can be seen to a higher standard and an orientation towards evidence and the currently valid paradigm. This leads to the conclusion that the alumni contribute to a high-quality care as well as to the professionalization of occupational therapy in Germany.

Zusammenfassung

Die additiven, deutschsprachigen Studiengänge Ergotherapie der Zuyd Hogeschool bestehen seit 1998 (Vollzeitstudiengang) bzw. seit 2003 (berufsbegleitende Studiengang). Seit dem Erfreuen sie sich großer Beliebtheit unter den deutschen Ergotherapeut*innen, unter anderen weil sie international gültige Evidenz in die Arbeit von deutschen Ergotherapeut*innen brachten und bringen und am aktuellen Paradigma ausgerichtet sind. Ein wichtiges Medium für die sichtbare Umsetzung der im Studium erworbenen Inhalte sind die niederländischen Berufskompetenzen. Über diese lässt sich das Kompetenzniveau der einzelnen Ergotherapeut*innen abbilden und daraus Aussagen über die Qualität der Arbeit der Alumni ableiten.

Das Erfassen von im Studium erworbenen Kompetenzen ist ein gängiges Vorgehen in der Hochschullandschaft. Die Evaluation der Anwendbarkeit dieser Kompetenzen im deutschen Arbeitskontext ist sinnvoll für die Qualitätssicherung und weitere Entwicklung der additiven Studiengänge für deutschsprachige Ergotherapeut*innen. Auf dieser Grundlage ergibt sich die Fragestellung dieser Forschung:

“Wie hat sich die Arbeit der Alumni der deutschsprachigen, additiven Bachelorstudiengängen der Zuyd Hogeschool durch die im Studium erworbenen niederländischen Berufskompetenzen verändert?”

Mittels einer Mix-Method-Forschung konnten große Datenmengen generiert und mit vertiefenden, Einzelfall-Aussagen verbunden werden, um ein möglichst ganzheitliches Bild zu skizzieren. Aus der Datenanalyse konnte eine vermehrte Anwendung aller Berufskompetenzen entnommen werden. Damit orientieren sich die Alumni seit dem Studium vermehrt an Inhalten des aktuellen Paradigmas der Ergotherapie, wie z.B. den sechs Säulen Klientenzentrierung, Betätigungsbasierung, Evidenzbasierung, Technologiebasierung, Kontextbasierung und Populationsbasierung. Mit dieser Orientierung zeichnen die Alumni ein klares Bild von den Aufgaben und der Arbeitsinhalten der Ergotherapie und verändern damit nicht nur ihre eigene Arbeit, sondern tragen auch zur Professionalisierung der Ergotherapie als solche in Deutschland bei.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort & Danksagungen	I
Lesehinweise	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abstract	V
Zusammenfassung	VII
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Politische Lage der Ergotherapie	4
2.2 Paradigma der modernen Ergotherapie	5
2.3 Die Säulen der Ergotherapie	5
2.4 Mikro-, Meso- und Makroebene	7
2.5 Die deutschsprachigen, additiven Ergotherapiestudiengänge	8
2.6 Kompetenzbegriff	10
2.7 Berufliche Kompetenzen in der Ergotherapie	17
2.8 Theorie-Praxis-Transfer	21
3 Methode	23
3.1 Mixed-Method-Design	23
3.2 Literaturrecherche	24
3.3 Datenerhebung	27
3.4 Sampling	31
3.5 Pretest	32
3.6 Gütekriterien dieser Forschung	33
3.7 Ethik	35
3.8 Datenanalyse	36
4 Resultate	40
4.1 Teilnehmerbeschreibung	40
4.2 Ergebnisse der quantitativen Daten	41
4.3 Ergebnisse der qualitativen Daten	71
5 Diskussion	76
5.1 Diskussion der Ergebnisse	76

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

6 Schlussfolgerung.....	91
Literaturverzeichnis.....	93
Glossar.....	109
Tabellenverzeichnis.....	113
Abbildungsverzeichnis.....	122
Anlagen	128

1 Einleitung

Während ihres Studiums wurden die Forschenden dieser Arbeit wiederholt mit der Frage konfrontiert, wieso sie Ergotherapie studieren, wenn es doch schon eine Ausbildung gibt. Was ist der Mehrwert eines Studiums für das man Zeit, Nerven und Geld investiert und welches sich in Deutschland dennoch auf den wenigsten Lohnzetteln bemerkbar macht? Die Antwort ist: Inhalt. Doch wie der inhaltliche Mehrwert genau aussieht und wie sich die eigene Arbeit der Alumni verändert ist ein komplexes Thema, welches nicht so einfach beantwortet werden kann, wenn man einen genaueren Blick darauf wirft.

Die Anwendung der Inhalte des Studiums werden mittels eines Lernprozessportfolios evaluiert. Innerhalb dessen beziehen sich die Studierenden durchgehend auf die zwölf niederländischen Berufskompetenzen. Beispiele für deren Anwendung hervorzubringen entspricht der situativen Anwendung der erworbenen Inhalte. Für das Aufzeigen einer Veränderung der Arbeit der Studierenden im deutschen Arbeitskontext sind die Berufskompetenzen somit unerlässlich. Auch die Kompetenzzentrierung innerhalb von Ausbildung (WFOT, 2016a), die (inter)nationalen Qualifikationsrahmen (AK DQR, 2011; Europäische Union, o. D.) und die Entwicklung länderspezifischer ergotherapeutischer Kompetenzprofile (DVE, 2019; Verhoef & Zalmstra, 2013) zeigen die Relevanz der Kompetenzen im Berufsalltag der Ergotherapeut*innen. Mit der Frage nach den Kompetenzen der Alumni ähnelt das Vorgehen dieser Forschung zudem sogenannten Alumni Surveys bzw. Verbleibstudien, die innerhalb der USA (Cabrera, Weerts, & Zulick, 2005), jedoch auch vermehrt in Europa (Dieterich et al., 2019) die Werdegänge der Alumni untersuchen, um dadurch Rückschlüsse auf die Qualität der Studiengänge zu ziehen (Cabrera et al., 2005).

Auf dieser Basis kommen die Forschenden zur folgenden Forschungsfrage:

“Wie hat sich die Arbeit der Alumni der deutschsprachigen, additiven Bachelorstudiengängen der Zuyd Hogeschool durch die im Studium erworbenen niederländischen Berufskompetenzen verändert?”

Den Forschenden dieser Arbeit war es ein Anliegen dieser Frage nachzugehen, um Interessierten des Studiengangs aufzeigen, was sie von einem additiven Studiengang in den Niederlanden erwarten können. Im Weiteren waren Aspekte wie das Aufzeigen der

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Qualität des Studiengangs und der Beitrag der Alumni zur Professionalisierung der Profession in Deutschland wichtig.

Auch in Deutschland wächst der Anteil an Studiengängen für Ergotherapeut*innen, wobei viele dieser interdisziplinär und nicht spezifisch auf die Ergotherapie ausgelegt sind, wie zum Beispiel der Studiengang der Therapiewissenschaften (DVE, o. D.e). Mit den internationalen Entwicklungen in der Ergotherapie ist es jedoch wichtig den deutschen Ergotherapeut*innen zu ermöglichen vertieftes Wissen in ihrem eigenen Fachbereich zu erlangen und so die Anschlussfähigkeit innerhalb des deutschen Gesundheitssystems als auch international zu behalten (Beyermann, 2006). Als erster Studiengang für deutsche Ergotherapeut*innen haben die additiven Studiengänge der Zuyd Hogeschool eine über 20 Jahre alte Tradition (Zuyd Hogeschool, 2013b) und verfügen somit über Erfahrung bzgl. sinnvoller Lehrmethoden sowie der Präsentation und Recherche von aktuellem, ergotherapeutischem Wissen. Der Studiengründerin Mieke Le Granse war es besonders wichtig, die Ergotherapie in den Vordergrund des Studiums zu stellen, da sie zum einen feststellte, dass es den deutschen Ergotherapeut*innen an der internationalen theoretischen und wissenschaftlichen Grundlage fehlte (Kaldewei, 2017).

Unter Berücksichtigung der grundlegend ergotherapeutischen Ausrichtung der Studiengänge muss eine Veränderung der Arbeit der Alumni auch eine Veränderung in der Qualität der Arbeit bedeuten. Diese Forschung will untersuchen inwiefern sich die Arbeit durch die Anwendung der Berufskompetenzen verändert hat. Mit Blick auf die Studiendesigns von Verbleibstudien, wie der VAMOS-Studie (Dieterich et al., 2019) wird dieser Forschung ein Mixed-Method-Design zugrunde gelegt. So sollen große Mengen an Daten, als auch subjektive Erfahrungen der Alumni der additiven, deutschsprachigen Ergotherapiestudiengänge der Zuyd Hogeschool erhoben werden und die Veränderung von mehreren Seiten beleuchtet werden.

Inhaltlich folgt diese Forschung dem theoretischen Hintergrund zur aktuellen politischen Lage in Deutschland, dem aktuellen Paradigma der Ergotherapie sowie den Ebenen, auf denen die Ergotherapie agiert. Auch die Studiengänge der Zuyd werden vorgestellt, sodass die Entwicklung und die Ausrichtung der additiven Studiengänge und der Zusammenhang zu den Berufskompetenzen deutlich werden. Als

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Schwerpunktthema werden die (Berufs-)Kompetenzen, ihre Bedeutung als auch ihre Anwendung und die Erfassung beschrieben sowie die Relevanz des Theorie-Praxis-Transfers für die Thematik.

Darauffolgend wird das Vorgehen innerhalb dieser Forschung beschrieben, die Ergebnisse präsentiert und abschließend unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrunds und aktueller Literatur diskutiert.

Die Schlussfolgerung orientiert sich an den gewonnenen Erkenntnissen und zeigt einen Ausblick für weitergehende Forschungen.

Die Forschenden erwarten eine Veränderung in Richtung aktueller, internationaler Standards und einem damit einhergehenden Beitrag der Alumni zur Professionalisierung der Ergotherapie in Deutschland.

2 Theoretischer Hintergrund

Die Grundlage dieser Forschung bildet der theoretische Hintergrund. In diesem wird ein Überblick über die relevanten Aspekte der Entwicklung der Ergotherapie – politisch als auch inhaltlich und der deutschsprachigen Ergotherapie-Studiengänge an der Zuyd Heerlen gegeben. Weitere relevante Aspekte für diese Forschung stellen das aktuelle Paradigma der Ergotherapie, die ergotherapeutischen Berufskompetenzen, sowie der Theorie-Praxis-Transfer dar.

2.1 Politische Lage der Ergotherapie

In der Änderung des Ergotherapeutengesetzes vom 2. Dezember 2007 wurde in §4 Abs. 5 ErgThG beschlossen, dass für den praktischen und theoretischen Unterricht anstelle der Berufsfachschule, die Hochschule stehen kann. Eine Akademisierung der Ergotherapie trägt zur Erfüllung der Forderung nach einer erhöhten und qualitativ besseren Behandlung für die wachsende Gruppe der multimorbiden, chronisch erkrankten und pflegebedürftigen Patient*innen, bei (Wissenschaftsrat, 2012).

Auf Grundlage der Vorgaben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30. November 2009 haben die Länder für eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben bzgl. der Ziele, als auch des Nutzens und der möglichen Barrieren für Schüler*innen mit mittleren Schulabschluss zu sorgen (§4 Abs. 6 S. 4 ErgThG). Im Beschluss des Bundesrats vom 14. Oktober 2016 wurde das Modellvorhaben um weitere vier (statt 10) Jahre, bis 2021, verlängert (Bundesrat, 2016).

„Der Bericht der Bundesregierung, der die Evaluationen von 25 Modellstudiengängen zusammenfasst, kommt übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass es dauerhaft wünschenswert und machbar ist, primärqualifizierende Studiengänge für die vier beteiligten Berufsgruppen einzurichten. Uneinheitlich ist das Ergebnis hinsichtlich des Umfangs der Akademisierung. Es wird sich überwiegend für eine Teil-Akademisierung ausgesprochen, daneben soll die berufliche/fachschulische Ausbildung erhalten bleiben“ (Bundesrat, 2016, p. 1).

Ferner empfindet es der Bundesrat aufgrund der positiven Evaluationen nicht nachvollziehbar, dass die Modellvorhaben weiterhin Bestand haben und äußern, dass sich so die überfällige Weiterentwicklung der Therapieberufe unnötig verzögert. Der

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Spitzenverband der Heilmittelerbringer e.V. drängt auf einen Ausbau der primärqualifizierenden Studiengänge und eine Beendigung der Modellphase (2018).

2.2 Paradigma der modernen Ergotherapie

Der Begriff Paradigma wurde von Kuhn (1970) etabliert und beschreibt in der Wissenschaft und in der Philosophie ein zusammenhängendes Konstrukt aus Modellen und Theorien, das einen Denkraum bildet. Dieser besteht aus Ansichten und Überzeugungen, die von Vertretern der Berufsgruppen geteilt werden (Kuiper & Satink, 2006). Das Paradigma der Ergotherapie ist zu gleich ein Berufsparadigma, welches in einem bestimmten Zeitraum umfassend die Theoriebildung und die Berufsausübung beschreibt (Satink & van de Velde, 2019a). Das zeitgenössische Paradigma der Ergotherapie repräsentiert übergreifende Theorien, die das menschliche Handeln bzw. das Betätigen in den Vordergrund stellt (Kielhofner, 2009). „Für die Ergotherapie bedeutet das: betätigungsbasiert, kontextbasiert, klientenzentriert und evidenzbasiert“ (Kinébanian & Logister-Proost, 2019).

Das angestrebte Paradigma findet sich in Deutschland im Kompetenzprofil wieder, da die Ergotherapeutische Expertise und das Handeln als Experte für Betätigungen im Mittelpunkt steht (DVE, 2019) (→2.7.3). Ein internationaler Abgleich ergibt, dass Ergotherapeutische Berufsleitbilder aus anderen Ländern ebenfalls betätigungsbasiertes, kontextbasiertes, klientenzentriertes und evidenzbasiertes Handeln in den Mittelpunkt stellen (American Occupational Therapy Association, 2017; Australian Occupational Therapy Competency Standards, 2018; Canadian Association of Occupational Therapists, 2012). In Deutschland herrscht eine Lücke zwischen Theorie und Praxis, welche u. a. durch spezifische Implementierungsinstrumente für das betätigungsorientiertes Arbeiten geschlossen werden könnte.

2.3 Die Säulen der Ergotherapie

Das niederländische Berufsprofil für Ergotherapie beinhaltet vier Ausgangspunkte: klientenzentriert, betätigungsbasiert, kontextbasiert und evidenzbasiert (van Hartingsveldt-Bakker, Logister-Proost, & Kinébanian, 2010). Zwei weitere Ansichten wurden durch neu generiertes Wissen hinzugefügt: technologiebasiert und populationsbasiert (Cup & van Hartingsveld, 2019).

2.3.1 Klientenzentrierung

Die erste Leitlinie für Klientenzentrierung in der Ergotherapie wurde 1983 von dem kanadischen Berufsverband herausgegeben (CAOT & NHW, 1983). Im Jahre 2010 hat der Weltverband der Ergotherapeut*innen (WFOT) ein Positionspapier geteilt, welches besagt, dass Ergotherapeut*innen klientenzentriert arbeiten (WFOT, 2010). Der Ursprung der klientenzentrierten Arbeit kommt von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers (Rogers, 1942). In der Praxis bedeutet das für die Ergotherapeut*innen, dass sie respektvoll entgegenreten, sie lassen die Klientel bei der Entscheidungsfindung teilhaben, sie streiten sich für und mit der Klientel, um deren Belange zu erreichen und berücksichtigen die jeweiligen Erfahrungen der Klientel (CAOT, 1997).

2.3.2 Betätigungsbasierung

Die Betätigung ist ein zentrales Element in der Ergotherapie und unterstützt die Ergotherapeut*innen dabei die Bedürfnisse des Klienten zu erkennen (Yerxa, 1998). Betätigungen sind Aktionen deren Ausführung (das Tun) zum Eingebunden sein in Tätigkeiten beiträgt und die aus Sicht der Klientel bedeutungsvoll und zweckdienlich in ihren Alltag sind (Fisher, 2014). Um Betätigungsanliegen aufzudecken, verwenden Ergotherapeut*innen betätigungsbasierte Assessments wie z.B.: Canadian Occupational Performance Measure (Law et al., 2014), Assessment of Motor and Process Skills (Fisher & Jones, 2011) oder PRPP-System (Chapparo & Ranka, 2008).

2.3.3 Kontextbasierung

Die ergotherapeutische Intervention findet am besten in der Umwelt der Betätigungsfrage des Klienten und seines Systems statt. Falls das nicht möglich ist, wird ein Kontextbezug angestrebt, der den tatsächlichen Anforderungen ähnelt (van Hartingsveldt-Bakker et al., 2010). Die Effektivität für die Nutzung des Klientenkontextes wurde in diversen Studien belegt, so z.B. bei Demenz (Graff et al., 2008), bei Parkinson (Sturkenboom et al., 2014) oder im pädiatrischen Bereich (Darrach et al., 2011).

2.3.4 Evidenzbasierung

Die Expertise der Klientel, der Ergotherapeut*in sowie die wissenschaftlichen Erkenntnisse sollen so implementiert werden, dass die für die Klientel effektivste Intervention angeboten werden kann (Townsend & Polatajko, 2013). Die Evidenzbasis besteht somit aus drei Komponenten: der Expertise der Klientel (Kool & Bramsen, 2016), der professionellen Expertise (Verhoef & Quist, 2016) und den Beweisen aus wissenschaftlichen Untersuchungen.

2.3.5 Technologiebasierung

Die Ergotherapeut*innen implementieren neue Technologien in ihren Therapiealltag. Darunter fallen Erneuerungen für Diagnostik, Intervention oder neue Hilfsmittel. Nicht nur das Anwenden, sondern auch das Anleiten der Klientel mit der neuen Technologie sowie das Entwickeln und Implementieren der mehrwertschaffenden Technologie muss ein fester Bestandteil des Ergotherapiealltags werden. Des Weiteren sind Ergotherapeut*in und Klientel dadurch weniger an räumliche und zeitliche Ressourcen gebunden (Cup & van Hartingsveld, 2019).

2.3.6 Populationsbasierung

Die Ergotherapeut*in verbessert die Gesundheit einer Population. Dies richtet sich nichts an Einzelpersonen, sondern an vulnerablen Personengruppen, die je nach Kontext definiert werden können (Logister-Proost & Ammeraal, 2019). Im Community-based-Ansatz berät die Ergotherapeut*in z.B. die Gemeinden, welche Anpassungen sinnvoll sind, um soziale Teilhabe zu ermöglichen (Agree, Freedman, Cornman, Wolf, & Marcotte, 2005; Brownson, Boehmer, & Luke, 2005). Beim Community-development-Ansatz arbeitet die Ergotherapeut*in mit den Bürgern eines Viertels zusammen und unterstützt und ermutigt diese bei ihren Vorhaben (Agree et al., 2005; Scaffa & Brownson, 2005).

2.4 Mikro-, Meso- und Makroebene

Die *Mikroebene* umfasst alle Individualakteure des Gesundheitswesens, wie z.B. Ergotherapeut*innen (Gerlinger & Noweski, 2012). Auf dieser Ebene steht die direkte Arbeit im Behandlungsprozess mit der Klientel und den dazugehörigen Arbeitsaufgaben,

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

wie der Organisation als auch der Gewährleistung der Qualität der eigenen Arbeit z.B. durch Portfolioarbeit und Evidence Based Practice (EBP) im Vordergrund (Merklein de Freitas, 2019). Die Arbeit auf der Mikroebene ist klientenbezogen (Merklein de Freitas & Weber, 2019).

Die Arbeit auf der *Mesoebene* ist organisationsbezogen (Merklein de Freitas & Weber, 2019). Sie ist geprägt durch die organisatorische Arbeit auf unternehmerischer Ebene, wie zum Beispiel der Erstellung und Umsetzung von Qualitätsstandards, als auch das Netzwerken mit Stakeholdern (Merklein de Freitas, 2019). Auf der Mesoebene agieren Organisationen und Institutionen, wie z.B. Krankenhäuser oder auch Praxen (Gerlinger & Noweski, 2012).

Die *Makroebene* ist die oberste der drei Ebenen und wird von den staatlichen Akteuren gebildet, also z.B. von Ministerien und landesweiten Verbänden, wie dem Deutschen Verband Ergotherapie (DVE) und dem Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) (Gerlinger & Noweski, 2012). Die Arbeit auf der Makroebene ist berufsbezogen (Merklein de Freitas & Weber, 2019). Sie dient der Professionalisierung des Berufs der Ergotherapie. Darunter fallen zum Beispiel die Mitarbeit in Berufsverbänden oder auch die Teilhabe an Forschungsprojekten (Merklein de Freitas, 2019).

2.5 Die deutschsprachigen, additiven Ergotherapiestudiengänge

Im Jahr 1998 wurde das Projekt BSG (Bachelorstudiengang) als Vollzeitstudiengang für deutsche Ergotherapeut*innen in Zusammenarbeit mit dem DVE ins Leben gerufen (Kaldewei, 2017). Der Grundstein dafür wurde im Jahre 1994 gelegt, als Mieke le Granse den Ergotherapie Kongress in Wiesbaden besuchte (Z.66-71). Zu ihrer Verwunderung wurde dort nicht über die neuen Trends wie Modelle, Clinical Reasoning, methodisches Handeln oder Prozesse in der Ergotherapie gesprochen. Auf Nachfrage wurde sie auf Peter Jehn verwiesen, welcher ein großes Interesse an diesem Thema hatte (Z.81). Im gemeinsamen Gespräch entstand folgender Wunsch: „Wie schön es wäre, wenn deutsche Studenten in den Niederlanden einen Bachelor machen können“ (Z.87-91).

2003 startete der erste berufsbegleitende Studiengang an den Standorten Köln, Regensburg und Hamburg (KoReHa) in Zusammenarbeit mit den Döpfer Schulen. Die

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Kooperation endete als diese einen eigenen Bachelorstudiengang für Therapeut*innen anboten (Z.215-218). Die Nachfrage bzgl. einem Ergotherapie-Studium blieb bestehen. Ehemalige Studierende, die nun an Berufsfachschulen arbeiteten, boten ihre Kooperation an (Z.220-224). Aktuell bestehen Kooperationen mit Berufsfachschulen in Augsburg, Bad Bevensen, Cölbe, Düren und Essen (Zuyd Hogeschool, o. D.).

Auf der Kultusministerkonferenz 2006 in Bonn wurde über die Anerkennung des niederländischen Abschlusses in Deutschland gesprochen. Des Weiteren wird der Studiengang vom WFOT und der COTEC (Council of Occupational Therapists for European Countries) anerkannt (Z.244-245; Zuyd Hogeschool, 2013b). Der deutsche Studiengang für Ergotherapie wurde in den Niederlanden sogar höher akkreditiert als der niederländische Studiengang, so Le Granse (Z.242-244).

Darüber hinaus wurde der Studiengang von der ENOTHE (European Network Occupational Therapy in Higher Education) im Rahmen einer Internationalisierung und europaweiten Denkweise stark gefördert, somit gilt dieser als Modellprojekt für die Entwicklung der europäischen Ergotherapieausbildung (Zuyd Hogeschool, 2013b).

Die inhaltlichen Schwerpunkte des Studiums orientieren sich an den sechs ergotherapeutischen Säulen (→2.3). Zusätzlich werden aktuelle und innovative Schwerpunkte gesetzt wie: Inklusion, Internationalisierung, Interprofessionelles Zusammenarbeiten, Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Politische Ergotherapie. Für die Evaluation der Vorlesungsblöcke wird ein PDCA-Zyklus verwendet, um Verbesserungsvorschläge der Studierenden einzuholen (Zuyd Hogeschool, 2013b). Die Dozierenden sind deutschsprachig, jedoch können vereinzelte Inhalte wie Literatur oder Vorträge von Gastdozent*innen in der englischen Sprache sein (Zuyd Hogeschool, o. D.).

Innerhalb des Studiums wird mittels eines Portfolios der Lernprozess der Studierenden evaluiert, um die Entwicklung der berufsspezifischen Kompetenzen während des Studiums zu unterstützen (Zuyd Hogeschool, 2019a). In den Niederlanden sind dies die *Beroepscompetenties ergotherapie* (Verhoef & Zalmstra, 2013). Eine erfolgreiche Anwendung dieser Kompetenzen lässt auf eine qualifizierte, kompetente Ausübung der Berufsrollen der Studierenden schließen (Zuyd Hogeschool, 2019a). Wie erfolgreich die

Anwendung der Berufskompetenzen und somit der im Studium gelehrt Inhalte im deutschen Arbeitskontext umgesetzt werden kann, ist Teil dieser Forschung.

2.6 Kompetenzbegriff

Der Begriff der Kompetenzen wird in verschiedenen Disziplinen verwendet. Erpenbeck, Wissenschaftler im Bereich Kompetenzbilanzierung, -diagnostik und -entwicklung, und Rosenstiel, ehem. Professor für Organisations- und Wirtschaftspsychologie bezeichnen den Kompetenzbegriff als „theorie-relativ, d.h. er hat nur innerhalb der spezifischen Konstruktion einer Theorie von Kompetenz eine definierte Bedeutung“ (Erpenbeck & Rosenstiel, 2007, p. XX). Kaufhold, Professorin für Berufspädagogik für Gesundheitsberufe, fügt dem hinzu, dass es diese Relativität erforderlich macht „Kompetenz(en) systematisch zu erfassen und in Beziehung zu setzen“ (Kaufhold, 2006, p. 21). Für diese Forschung wurden deshalb pädagogische und psychologische Quellen herangezogen, um den Begriff der Kompetenzen zu definieren. Hier ist die Nähe zum untersuchten Feld der ergotherapeutischen Berufskompetenzen gegeben, da sowohl die Pädagogik als auch die Psychologie Teile des psychosozialbasierten Bezugsrahmens für die Ergotherapie bilden (Merklein de Freitas, 2016).

Geprägt wurde der Kompetenzbegriff durch Chomsky (in Vonken, 2017), einem Linguisten, der sich beginnend in den 1960er Jahren mit der Frage beschäftigte, wie Menschen die Fähigkeit zu sprechen bzw. zu kommunizieren erwerben. Seine Erkenntnisse, dass sprachliche Kompetenz Wissen und Fähigkeiten umfasst, die für die Erzeugung von Sprache vorhanden sein müssen, und dass sich diese erst in der tatsächlichen Anwendung von Sprache zeigt, werden häufig verallgemeinert auf den Kompetenzbegriff angewendet (Rüschhoff, 2019; Vonken, 2017). Die tatsächliche Anwendung, also die Handlung selbst, benennt Chomsky als Performanz (Chomsky, 1972, p. 14). Erst in dieser werden die Kompetenzen sicht- und beobachtbar (Annen, 2012). Gleichzeitig ist „Kompetenz die Voraussetzung für Handlungen (Performanz)“ (Annen, 2012, p. 93).

Zusammenfassend bestehen Kompetenzen nach Chomsky (1972) aus Wissen und Fähigkeiten, die erst im tatsächlichen Kontext zum Tragen kommen. Im Falle dieser Forschung bezieht sich dies auf die Berufskompetenzen im Kontext der Arbeit der Ergotherapeut*innen. Auf den Arbeitskontext der Ergotherapeut*innen und die

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Anwendungsgebiete, in denen die Kompetenzen zur Geltung kommen, wird später näher eingegangen (→2.6.1).

Eine weitere viel verwendete Definition für Kompetenzen kommt von Weinert (2001), der Kompetenzen beschreibt als:

„Die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Weinert, 2001, pp. 27–28).

Die Forschenden verstehen Weinerts Definition von Kompetenzen als Fähigkeiten, die auf die Lösung eines Problems, im Falle dieser Forschung einer Arbeitssituation, gerichtet sind. Die damit verbundenen Bereitschaften werden als „Voraussetzung für die Übersetzung der vorhandenen Fähigkeiten in Handlungen“ (Rüschhoff, 2019, p. 9) und nicht als Teil der Kompetenzen selbst gesehen.

Nach Auffassung der Forschenden ist ein Grundkonsens bezüglich der Definitionen national sowie auch international zu erkennen. Kaufhold (2006) fasst die Kompetenzen in vier Grundmerkmalen zusammen:

1. Kompetenzen werden in der Bewältigung von Handlungssituationen sichtbar (Kaufhold, 2006) (vgl. Chomsky, 1972).
2. Sie sind situations- und kontextbezogen (Kaufhold, 2006) (vgl. Weinert, 2001).
3. Sie sind subjektgebunden, das heißt, dass sie einzelnen Personen inne sind und nur zeigen, „was (die Person) tatsächlich tue, nicht aber was man von ihr verlangen könne“ (Kaufhold, 2006, p. 24). Somit ist Kompetenz sichtbar, indem die Person kompetent handelt oder sich selbst offenbart (Kaufhold, 2006).
4. Kompetenzen sind veränderbar, also sowohl erlernbar und entwicklungsfähig, jedoch sind ein Verlust oder Verschiebungen zwischen verschiedenen Kompetenzen ebenso möglich (Kaufhold, 2006). Dies spiegelt sich auch in der Darstellung von sogenannten Kompetenzniveaus wider (→2.6.3).

2.6.1 Erfassung von Kompetenzen

Die Erfassung von Kompetenzen kann unterschiedliche Ziele haben (Kaufhold, 2006). Ein für diese Forschung relevantes Ziel ist „(...) die Einschätzung und Bewertung von

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Lernprozessen und -ergebnissen (und damit auch die Prüfung der Wirksamkeit eines Bildungsangebotes) (...)“ (Fröhlich-Gildhoff, 2014, p. 3). Die Wirksamkeit eines Bildungsangebotes zu evaluieren, trägt zur Qualitätssicherung des Angebotes bei (Ditton, 2002). Zudem dienen „Nachweise über die von Auszubildenden erworbenen Kompetenzen auch als Indikator für den Erfolg der Berufsausbildung als Ganzes und können für nationale und internationale Vergleiche herangezogen werden.“ (Rüschhoff, 2019, p. 6).

Eine erfolgreiche Anwendung der Berufskompetenzen im deutschen Arbeitskontext lässt also Rückschlüsse über die Qualität als auch die Erfüllung der internationalen Standards (→2.7) zu. Die vorliegende Forschung kann somit als Evaluationsinstrument der Qualitätssicherung dienen.

Die Erfassung von Kompetenzen ist nur in solchen Situationen bzw. Kontexten möglich, in denen die Kompetenzen auch gefordert und zur Anwendung kommen können (Kaufhold, 2006). Die Forschenden schlussfolgern, dass die Situations- und Kontextabhängigkeit bedeutet, dass nicht in jeder Arbeitssituation jede Kompetenz zum Tragen kommt. Übersetzt auf den Arbeitskontext der Ergotherapeut*innen finden die Forschenden folgende Kontexte, die dort berücksichtigt werden müssen: die Rolle der Therapeut*innen mit der Klientel, dem intra- und interdisziplinären Team, sowie auch die allgemeinen beruflichen Rahmenbedingungen. Dies entspricht dem Agieren der Therapeut*innen auf den drei Ebenen Mikro-, Meso- und Makroebene (Ammeraal & Logister-Proost, 2019).

Dabei stützen sich die Forschenden auf die inhaltliche Beschreibung der niederländischen Berufskompetenzen (Zuyd Hogeschool, 2013a) (→2.7.2). Zur Erfassung der niederländischen Berufskompetenzen während des Studiums an der Zuyd Hogeschool wird das Tool *STARRT* (Situatie, Taak, Activiteit, Resultaat, Reflectie, Transfer) verwendet (Zuyd Hogeschool, 2019a). In diesem müssen die Studierenden eine Situation beschreiben, in der sie die Anwendung der Kompetenzen nachweisen. So wird die Situations- und Kontextabhängigkeit bei der Erfassung der Kompetenzen berücksichtigt.

Sonntag und Schmidt-Rathjens (zitiert nach Blücher, 2017, p. 156) beschreiben, dass „(d)ie gängigen Kompetenzmessverfahren in der Erwachsenen- und Berufspädagogik (...) die vier Kompetenzklassen der Fach-, Methoden-, Sozial- und

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Selbstkompetenz“ erfassen. Rüschoff (2019) stellte zudem fest, „(...) dass nahezu alle Veröffentlichungen klar abgrenzbare und auf den beruflichen Kontext beschränkbare Teilkompetenzen betrachten.“ (Rüschoff, 2019, p. 18). Für diese Forschung bedeutet das, dass sie auf einem gängigen Vorgehen basiert. Sie stützt sich auf den Bereich der Fachkompetenz und seine für die Ergotherapie relevanten Teilkompetenzen (→2.6.2).

2.6.2 Kompetenzmessung in der Berufs- und Hochschulbildung

Ein Mittel, um berufliche und akademische Qualifikationen zu messen ist der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR). Wenngleich der EQR Qualifikationen und nicht Kompetenzen vergleichbar machen möchte, basiert die Einteilung der Qualifikationsniveaus „auf der Grundlage von in den Qualifikationen enthaltenen Kompetenzen, (...) *knowledge, skills and competences*.“ (Annen, 2012, p. 107). Kernziele sind die Förderung der grenzüberschreitenden Mobilität von Bürgern und die Unterstützung ihres lebenslangen Lernens (Europäische Kommission, 2008).

Die theoretische Grundlage für den EQR bilden Winterton et al.'s (2006) *Typology of Knowledge, Skills and Competences*. Diese Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen werden auch als Lernergebnisse bezeichnet (Europäische Kommission, 2008).

Die Zuyd Hogeschool arbeitet aktuell vor allem mit Lernzielen. Jedes Modul bzw. Thema im Studiengang hat eigene Lernziele, die für die Studierenden transparent in der Modulübersicht dargestellt werden. Lernziele bringen jedoch oft das Problem mit sich, dass sie eine Mischung aus „teaching intention“ und „expected learning“ bilden, sodass nicht deutlich ist, ob die niedergeschriebenen Ziele „teacher-centered“ (Lehrziele) oder „outcome-based“ (Lernergebnisse) sind (Kennedy, Hyland, & Ryan, 2007). Der Vorteil von Lernergebnissen im Vergleich ist „that they are clear statements of what the learner is expected to achieve and how he or she is expected to demonstrate that achievement“ (Kennedy et al., 2007, p. 6), weshalb die Zuyd Hogeschool einen Umstellungsprozess auf Lernergebnisse begonnen hat.

2.6.2.1 Nationale Qualifikationsrahmen

Die sogenannten Nationalen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (NQR) sind am EQR orientiert, jedoch auf die jeweiligen nationalen Rahmenbedingungen angepasst (AK DQR, 2011).

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Im Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) werden bildungsbereichsübergreifend alle Qualifikationen des deutschen Bildungssystems erfasst (AK DQR, 2011). Diese werden in die *Fachkompetenz* (Wissen und Fertigkeiten), sowie die *Personale Kompetenz* (Sozialkompetenz und Selbständigkeit) unterteilt (AK DQR, 2011). Die dritte Kategorie, die *Methodenkompetenz* wird im DQR als sogenannte Querschnittskompetenz verstanden und ist in den beiden oben genannten Kompetenzkategorien übergreifend vorhanden (AK DQR, 2011). Mit dieser Einteilung lehnt sich der DQR an der Einteilung gängiger Kompetenzmessverfahren in der Erwachsenen- und Berufspädagogik an (→2.6.1).

Der Niederländische Qualifikationsrahmen (NLQR) unterteilt die jeweiligen Niveaus nach den Kategorien *Context*, *Knowledge*, *Skills* und *Responsibility and Independence* (Cedefop, 2019). Die Beschreibungsmerkmale der Kategorien *Context*, *Knowledge* und *Skills* (Cedefop, 2019) lassen sich auf die Definitionen von Chomsky und Weinert übertragen. So ähneln ‚Wissen und Fähigkeiten‘ (nach Chomsky) bzw. ‚kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten‘ (nach Weinert) den Kategorien *Knowledge* und *Skills*. Auch das die Kompetenzen kontextspezifisch sind und nur in der Anwendung zum Tragen kommen, lässt sich im NLQR in der Kategorie *Context* erkennen (Cedefop, 2019). Die Kategorie *Responsibility and Independence* entspricht der Kategorie *Competences* im EQR, da diese „(i)m Zusammenhang mit dem EQR (...) im Sinne der Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit beschrieben (wird)“ (Europäische Kommission, 2008, p. 13).

Sowohl im EQR als auch in den beiden NQRs sind Bachelorabschlüsse auf dem gleichen Niveau (6) angesiedelt und sollten somit vergleichbar sein. Die ergotherapeutische Ausbildung an den Berufsfachschulen in Deutschland entspricht im DQR dem Niveau 4 und kann somit im Vergleich zur niederländischen Ausbildung nicht standhalten.

2.6.2.2 Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe

Der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HGV) entwickelte in einer Arbeitsgruppe (AG FQR) 2013 einen Qualitätsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (FQR-ThGFB) (HGV, 2014). Dieser ist angelehnt an den DQR

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

und soll gemeinsame Kompetenzen und Qualifikationen der Therapieberufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie aufzeigen. Ziel ist es „den Hochschulen eine Empfehlung der Qualifizierungs- bzw. Bildungsstandards und deren Sicherung zu geben“ (HGV, 2014, p. 3). So wird er auch im Kompetenzprofil Ergotherapie berücksichtigt (→2.7.3). Als deutscher und umfassender Qualifikationsrahmen der Therapieberufe kann er als erster Vergleichshorizont für diese Forschung dienen.

2.6.2.3 Kompetenzmessung an Hochschulen

Die Kompetenzmessung an Hochschulen findet schon seit Jahrzehnten Anwendung (Cabrera et al., 2005). Oftmals findet sie innerhalb von Alumni-Surveys statt und bildet innerhalb dieser eine von drei Typen von Alumni-Surveys. In diesem Befragungstyp werden das im Studium erworbenen Wissen, die erworbenen Fähigkeiten (vgl. Kompetenzen) und deren Anwendung (vgl. Performanz) nach dem Studium evaluiert (Cabrera et al., 2005).

Zwei gängige Kompetenzmessverfahren an Hochschulen sind das *Berliner Evaluationsinstrument für selbsteingeschätzte studentische Kompetenz* (BEvaKomp) und die Kompetenzmessungen des Hochschul-Information-System (HIS) (Braun & Hannover, 2008). Gemessen wird der Zuwachs an (Handlungs-)Kompetenzen durch das Studium, also am „Outcome“ des Studiums. Diese Handlungskompetenzen sind kaum in Form von schriftlichen Leistungstests zu evaluieren, da sie durch die Situation bestimmt werden (Braun & Hannover, 2008) (→2.6).

Das BEvaKomp nutzt deswegen das Medium der Selbsteinschätzung (Braun & Hannover, 2008). Mit der Einteilung nach Fach-, Methoden-, Sozial-, und Personalkompetenz orientiert sich das BEvaKomp, wie auch der DQR, an den gängigen Kompetenzmessverfahren (→ 2.6.1). Insbesondere soll der Zuwachs an überfachlichen Handlungskompetenzen erfasst werden (Braun & Hannover, 2008).

Das HIS beschränkt sich auf Schlüsselkompetenzen, da die fachspezifischen Kompetenzen für eine Gesamterhebung zu unterschiedlich sind (Schaeper & Spangenberg, 2008).

Da die ergotherapeutische Fachkompetenz und die Anwendung der niederländischen Berufskompetenzen Inhalt dieser Forschung sind, sind somit beide Kompetenzmessverfahren keine geeigneten Verfahren für diese Forschung. Die

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Forschenden schlussfolgern daraus, dass für die Kompetenzmessung ein eigenständiger Fragebogen – orientiert an den niederländischen Berufskompetenzen und den im Studium verwendeten Kompetenzeinschätzungsinstrumenten – erstellt werden muss.

2.6.3 Darstellung von Kompetenzen

Darstellen lassen sich Kompetenzen in unterschiedlichen Modellen, den Kompetenzniveaumodellen, sowie den Kompetenzstrukturmodellen (Hartig et al., 2007). Kompetenzniveaumodelle „befassen sich vor allem mit der Frage, was unterschiedliche Personen können, d.h. welche spezifischen Anforderungen sie bewältigen können“ (Hartig et al., 2007, p. 13). Hierfür werden auf einer Skala verschiedene Niveaus definiert und inhaltlich kriterienorientiert beschrieben (Hartig et al., 2007). Dadurch soll ermöglicht werden, die Kompetenzen verschiedener Personen miteinander bzw. einer anderen Komponente, wie z.B. einem Bildungsstandard zu vergleichen (Hartig et al., 2007).

Kompetenzstrukturmodelle hingegen „(...) unternehmen den Versuch, Handlungskompetenz in seine inhaltlichen Teildimensionen zu differenzieren“ (Fröhlich-Gildhoff, 2014, p. 1). Das heißt, dass der Handlungskompetenz verschiedene Teilkompetenzen zugeordnet werden können. Im beruflichen Kontext sind dies meist die Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Personal- bzw. Selbstkompetenz und Sozialkompetenz (Fröhlich-Gildhoff, 2014; Kaufhold, 2006).

Bei Betrachtung der Kompetenzen in den Qualifikationsrahmen stellen die Forschenden fest, dass in diesen beide Modelle zum Tragen kommen. In den Qualifikationsrahmen gibt es acht Niveaus, denen verschiedene Qualifikationen (Zertifikate, Abschlüsse etc.) sowie verschiedenen Fähigkeiten (Kompetenzen) zugeordnet werden (AK DQR, 2011; Cedefop, 2019; Europäische Union, o. D.). Die Kompetenzen werden hier inhaltlich beschrieben und müssen erreicht werden, um einem bestimmten Niveau zu entsprechen. Die Einteilung in die verschiedenen Kategorien bzw. Kompetenzen nach Winterton et al. (2006) entspricht einem Kompetenzstrukturmodell (Fröhlich-Gildhoff, 2014).

Innerhalb des Studiums werden die im Studium erworbenen Kompetenzen über die niederländischen, ergotherapeutischen Berufskompetenzen gemessen (→2.7.2). Auch hier werden sowohl das Kompetenzniveaumodell als auch das

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Kompetenzstrukturmodell angewandt. Über die Beschreibungen der Kompetenzen (Strukturmodell) ordnen sich die Studierenden je einem der vier Niveaus (A – Wissen, I – Wissen Wie, S – Präsentieren, L – Handeln) bzw. einer der zehn Stufen (1-10) zu (Zuyd Hogeschool, 2019a).

2.7 Berufliche Kompetenzen in der Ergotherapie

2008 veröffentlichte der WFOT Kernkompetenzen für die Berufspraxis von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (WFOT, 2008). Sie stellen jene Kompetenzen dar, die bei erfolgreichem Abschluss der ergotherapeutischen Ausbildung erworben werden. Diese Entwicklung hin zu gleichen Kernkompetenzen soll einen hohen Standard in der ergotherapeutischen Berufspraxis vorantreiben und Mitgliedsländer dabei unterstützen, ihre eigenen Kompetenzen entwickeln zu können (WFOT, 2008). Damit können die Qualität der Ausbildung und des Berufsstandes vereinheitlicht, sowie eine gemeinsame Sprache gefunden werden. Als niederländischer Studiengang für deutsche Ergotherapeut*innen ist es auch deswegen entscheidend, dass die im Studium erworbenen Kompetenzen im deutschen Arbeitskontext anwendbar sind.

Zum Zeitpunkt der Erstellung der Kernkompetenzen des WFOTs hatten bereits mehrere Länder, wie Kanada, USA, Irland, Australien, Großbritannien und Neuseeland eigene Berufskompetenzen verfasst. Mit Hinblick auf das Ziel der Vereinheitlichung wurden diese auf ihren Konsens hin analysiert und daraus die Kernkompetenzen gebildet (WFOT, 2008).

Der WFOT betont, dass die veröffentlichten Kernkompetenzen nicht als alleingültig zu sehen sind, sondern die Rahmenbedingungen für die Berufskompetenzen der einzelnen Mitgliedsländer bilden sollen, sodass sie „in jedem Land oder jeder geografischen Region individuell entwickelt und beschrieben werden können.“ (WFOT, 2008, p. 12). Das Definieren von Kompetenzen der Ergotherapeut*innen wird vom WFOT für alle Mitgliedsverbände der Ergotherapie empfohlen (WFOT, 2012). So haben auch die Niederlande (2013) und Deutschland (2019) Berufskompetenzen für Ergotherapeut*innen definiert (→2.7.2&2.7.3).

Um die Kernkompetenzen des WFOT erwerben und anwenden zu können, müssen auch die Ausbildungscurricula so ausgerichtet sein, dass die Kernkompetenzen das Outcome der Ausbildung bilden (WFOT, 2012). Diese hat der WFOT 1958 in sogenannten

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten verschriftlicht. Seit 2016 liegt die 9. Revision der Mindeststandards vor. Damit folgt der WFOT seiner eigenen Forderung, dass „Ausbildungsprogramme (...) ihre Zielsetzungen, Strukturen und Inhalte immer wieder aktualisieren (sollten), damit sie die notwendigen Entwicklungen in der Berufspraxis und in der Ausbildung aufgreifen, um die Ergotherapie im interprofessionellen und globalen Kontext voranzubringen“ (WFOT, 2016a, p. 5).

Die *Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten des WFOT (Revision 2016)* gelten sowohl für Hochschulen als auch für die in Deutschland vorherrschenden Berufsfachschulen (WFOT, 2016a) und sind Bestandteil der nationalen Akkreditierungsverfahren sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden. Hier muss erwähnt werden, dass es in Deutschland auch Berufsfachschulen gibt, die keine Akkreditierung durch den WFOT erhalten. Die Akkreditierung durch den WFOT ist in Deutschland optional, wie aus den Empfehlungen des DVE hervorgeht (DVE, o. D.c).

Wie auch der EQR bedient sich der WFOT bei der Definition der Standards der Einteilung der Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen (WFOT, 2016a).

Ebenso wie für die Kernkompetenzen fordert der WFOT die Mitgliedsländer dazu auf, die Mindeststandards an die Gegebenheiten ihres Landes anzupassen (WFOT, 2016a). So veröffentlicht der DVE seit 2017 basierend auf den Mindeststandards die *Empfehlungen des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e. V. (DVE) zur Ausbildung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten* (DVE, 2017a).

In den Niederlanden sind die Mindeststandards im *Landelijk Opleidingsprofiel Ergotherapie* beschrieben (Hogeschool van Amsterdam, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Rotterdam, & Zuyd Hogeschool, 2017). Innerhalb dieses Dokuments wird auch der Zusammenhang der Mindeststandards mit den niederländischen Berufskompetenzen und den Tuning Kompetenzen deutlich (→Abbildung 2). Als WFOT-akkreditierte Hochschule entspricht das Ausbildungscurricula der Zuyd Hogeschool ebenfalls den Mindeststandards des WFOTs (WFOT, 2019). Durch die Verknüpfung der Studieninhalte mit den niederländischen Berufskompetenzen kann so auch eine Verbindung zwischen den Inhalten und den Mindeststandards hergestellt werden (→Tabelle 4).

Für den Erhalt der Kompetenzen hat der WFOT ein Positionspapier verfasst. Dort ist niedergeschrieben, dass das kompetente Handeln von Ergotherapeut*innen eine

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

wesentliche Anforderung für den Beruf der Ergotherapie ist (WFOT, 2012). Um dem nachzukommen empfiehlt der WFOT die eigenen Kenntnisse, Fähigkeiten und die Berufsausübung durch lebenslanges Lernen zu erhalten. Die erforderlichen Kompetenzen sollen an den jeweiligen örtlichen Kontext (auf Landesebene) angepasst und durch das Einrichten von Mechanismen überprüft werden (WFOT, 2012). Ein solcher Mechanismus ist z.B. die Kompetenzmessung während des Studiums.

2.7.1 Ergotherapeutische Berufskompetenzen in Europa

Die bereits erwähnten Tuning Kompetenzen (→2.6) gehen zurück auf eine Zusammenarbeit des European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) und der COTEC. Ziel war es, gemeinsam – unter Berücksichtigung der gegenseitigen Anerkennung von Professionals und Universitätslehrkräften – spezifische Kompetenzen sowie Beschreibungen der einzelnen Abschlüsse der Ergotherapie zu entwickeln (Tuning-Project, 2014). Für die Umsetzung nutzten sie das *TUNING Educational Structures in Europe*, ein Projekt, welches einen universellen Ansatz bieten möchte, um den Bologna Prozess in Universitäten und Hochschulen sowie deren Fachgebieten zu implementieren (Tuning-Project, o.D.). Neben dem Fachbereich der Ergotherapie wurden noch zahlreiche andere Fachbereiche durch dieses Projekt beschrieben (University of Deutso & University of Groningen, o.D.).

Die Kompetenzen des TUNING Projektes orientieren sich an anderen für die Ergotherapie relevanten Dokumenten, wie dem *Profile of Occupational Therapy Practice in Canada, 2nd Edition* der Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) und werden für alle drei Abschlüsse (Bachelor, Master und Promotion) beschrieben (Tuning-Project, 2014).

2.7.2 Niederländische Berufskompetenzen

Die niederländischen Berufskompetenzen werden zu den Fachkompetenzen gezählt (Cup & van Hartingsveldt, 2019a). Im Jahr 2007 wurden die Berufskompetenzen Ergotherapie (Beroepscompetenties ergotherapie) in den Niederlanden eingeführt und 2013 auf die momentan aktuell 12 Kompetenzen erweitert (Verhoef & Zalmstra, 2007, 2013). Diese zwölf Kompetenzen sind als Teilkompetenzen zu sehen, die drei übergeordneten Kompetenzfeldern zugeteilt sind. Den *Klientenbezogenen Kompetenzen*,

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

den *Organisationsbezogenen Kompetenzen*, sowie den *Berufsbezogenen Kompetenzen* (Zuyd Hogeschool, 2013).

Zu den *Klientenbezogenen Kompetenzen* gehören die Teilkompetenzen Screenen, Inventarisieren und Analysieren, Behandeln und Begleiten, Beraten, sowie Unterstützen und Fördern (Zuyd Hogeschool, 2013a) (→Abbildung 3). Alle diese Kompetenzen finden Anwendung im Kontakt mit dem Klienten oder dem Klientensystem (Zuyd Hogeschool, 2013a).

Die *Organisationsbezogenen Kompetenzen* beziehen sich, wie der Name sagt, auf organisatorische, strukturelle Kompetenzen innerhalb des Unternehmens. Zu ihnen gehören die Teilkompetenzen Zusammenarbeiten, Organisieren, Unternehmerisch tätig sein und Qualität gewährleisten (Zuyd Hogeschool, 2013a) (→Abbildung 3). Diese Kompetenzen kommen im intra- und interdisziplinären Team sowie vor allem auch in leitenden bzw. delegierenden Arbeitspositionen zum Tragen (Zuyd Hogeschool, 2013a). Das dritte Kompetenzfeld bilden die *Berufsbezogenen Kompetenzen* mit den Teilkompetenzen Forschen, Erneuern sowie Lehren, Lernen und Entwickeln (Zuyd Hogeschool, 2013a) (→Abbildung 4).

Auch in den ergotherapeutischen Studiengängen der niederländischen Hochschulen sind diese Berufskompetenzen von Relevanz (Zuyd Hogeschool, 2019a). Die Curricula sind so aufgebaut, dass die Kompetenzen innerhalb des Studiums nachgewiesen werden (Klein, 2020; Zuyd Hogeschool, 2019a). In einem Gespräch mit den Dozierenden gilt es die eigene Auswahl und Argumentation zu begründen (Zuyd Hogeschool, 2019a). Mit Bestehen der Kompetenznachweise wird die Qualität der eigenen Ausbildung gewährleistet (Zuyd Hogeschool, 2019a).

Die vorliegende Forschung befasst sich mit der Anwendung eben jener niederländischer Berufskompetenzen in der deutschen Ergotherapie.

2.7.3 Deutsches Kompetenzprofil

Auch das deutsche Kompetenzprofil (2019) des DVE beschreibt die Berufskompetenzen der Ergotherapeut*innen und bildet somit das deutsche Pendant zu den niederländischen Berufskompetenzen. Hier werden die Kompetenzen in sieben Domänen unterteilt. Als Domäne wird hier der Kontext verstanden, in dem die Kompetenzen anwendbar und somit beobachtbar sind (DVE, 2019). Die sieben

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Domänen sind die Professionalität, die Kommunikation, die Zusammenarbeit, das Management, die Fürsprache, das Lernen und die Ergotherapeutische Expertise, die zentral steht und die zuvor genannten Domänen miteinander vereint bzw. beeinflusst (DVE, 2019) (→Abbildung 5).

Die Kompetenzen im deutschen Kompetenzprofil wurden nach dem DQR, Niveaustufe 6 formuliert, also auf Abschlussniveau eines Bachelorstudiums (DVE, 2019). Auch orientiert sich das Kompetenzprofil des DVE's (2019) am EQR und dem FQR-ThGFB. Aus der recherchierten Literatur schließen die Forschenden, dass sowohl die Studienabschlüsse des Bachelorniveaus in Deutschland und den Niederlanden als auch die Berufskompetenzen auf dem gleichen Niveau im EQR angesiedelt werden und die Kompetenzen somit vergleichbar sein sollten. Eine Anwendung der niederländischen Berufskompetenzen in Deutschland ist auf Basis dieser Schlussfolgerung möglich.

2.8 Theorie-Praxis-Transfer

Der Theorie-Praxis-Transfer ist der Übertrag der Theorie in die Praxis. Für ein besseres Verständnis werden im Folgenden die beiden Begriffe Theorie und Praxis einzeln definiert und danach in Bezug zueinander und den Kompetenzen gesetzt.

Theorie ist ein „System wissenschaftlich begründeter Aussagen zur Erklärung bestimmter Tatsachen oder Erscheinungen und der ihnen zugrunde liegenden Gesetzmäßigkeiten.“ (Duden, o. D.b). In dieser Forschung bildet Theorie die Grundlage für die im Bachelorstudium erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen. Diese haben den Anspruch international aktuell und evidenzbasiert zu sein (Zuyd Hogeschool, o. D.).

Praxis hingegen ist die „Aufführung, Anwendung von Gedanken, Vorstellungen, Theorien o. ä. in der Wirklichkeit.“ (Duden, o. D.a), entspricht also der Umsetzung der Theorie in der Realität. Dies äußert sich im Handeln der Therapeut*innen.

Von Blücher (2017) bezieht sich in ihrer Arbeit auf unterschiedliche Quellen, die Kompetenz als nur existent beschreiben, wenn sie in einem Kontext stattfindet, in Interaktion. Weiter schreibt sie das Kompetenz „(...) erst nach dem Umgang mit jener (hier: die Anwendung neuer Technologie) entwickelt und dass Kompetenz nicht unabhängig von deren Anwendung erworben werden kann.“ (Blücher, 2017, p. 57). Die Kompetenz wird also nur dann entwickelt, wenn die Theorie in die Praxis übertragen wird. Sie bedingen sich somit gegenseitig.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Für die Umsetzung der Theorie in die Praxis ist jedoch eine Übersetzungsleistung des erworbenen Wissens in das eigene Handeln zu erbringen. Heiner (nach Haase-Mühlner & Muth, 2017) beschreibt, dass „(...) die allgemeinen Aussagen der Wissenschaft nicht einzelfallbezogen und situationsspezifisch sein können.“ (Haase-Mühlner & Muth, 2017, p. 17). Die Theorie muss also durch die Therapeut*innen selektiert und für seine Arbeit angepasst werden. Um diesen Prozess für die Therapeut*innen zu erleichtern, wurde von Leclair et al. (2013) das TAP (Theory Advancement Process) entwickelt. Die Therapeuten durchlaufen vier Phasen (Building capacity, Engaging in discourse, Collaborating und Using theory with intention), um die Theorie in die Praxis zu implementieren (Leclair et al., 2013). Ob diese erfolgreich ist, hängt von verschiedenen Faktoren (Climate of Collaborative Relationships, Reflection and Action, Time) und Kontexten (Client, Professional, Institutional und Practice Context) ab (Leclair et al., 2013).

Die Vermittlung von Kompetenzen versteht sich als Instrument für den Theorie-Praxis-Transfer und ist somit eng mit der erfolgreichen Umsetzung der Theorie in das eigene Handeln des Kompetenzträgers – hier Therapeut*in – verknüpft (Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen, Berlin –SÖSTRA GmbH, 2016). Durch die Vermittlung von Kompetenzen soll die Qualität und die Professionalität eines Berufes gewährleistet werden (Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen, Berlin – SÖSTRA GmbH, 2016). Darauf bezieht sich auch die Zuyd Hogeschool, die erklärt:

„Um die Aufgaben seines Berufes qualifiziert ausüben zu können, benötigt man berufsspezifische und allgemeine Kompetenzen. Von Studierenden mit Fachhochschulabschluss wird erwartet, dass sie in kompetenter Weise die Berufsrollen ausüben können und die dafür benötigten Kompetenzen erlernt haben“ (Zuyd Hogeschool, 2013a, p. 4).

3 Methode

In diesem Abschnitt beschreiben die Forschenden ihre Vorgehensweise der empirischen Forschung. Für die Forschung wurde ein Mixed-Method Design gewählt. Die Mixed-Method Forschung verwendet quantitative und qualitative Methoden zur Betrachtung der Forschungsfrage. Johnson, Onwuegbuzie, and Turner (2007) definieren die Gemischte Forschungsmethode als eine Annäherung an theoretisches und praktisches Wissen, welche versucht, mehrere Sichtweisen, Perspektiven und Standpunkte zu berücksichtigen unter der Einbeziehung von qualitativer und quantitativer Forschung.

3.1 Mixed-Method-Design

Die Auswahl des Mixed-Method-Designs geht zurück auf die Fragestellung *“Wie hat sich die Arbeit der Alumni der deutschsprachigen, additiven Bachelorstudiengängen der Zuyd Hogeschool durch die im Studium erworbenen niederländischen Berufskompetenzen verändert?”* und die dazu gefundene Literatur (→3.2). Dafür verwendeten sie den Entscheidungsbaum von Ritschl et al. (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016).

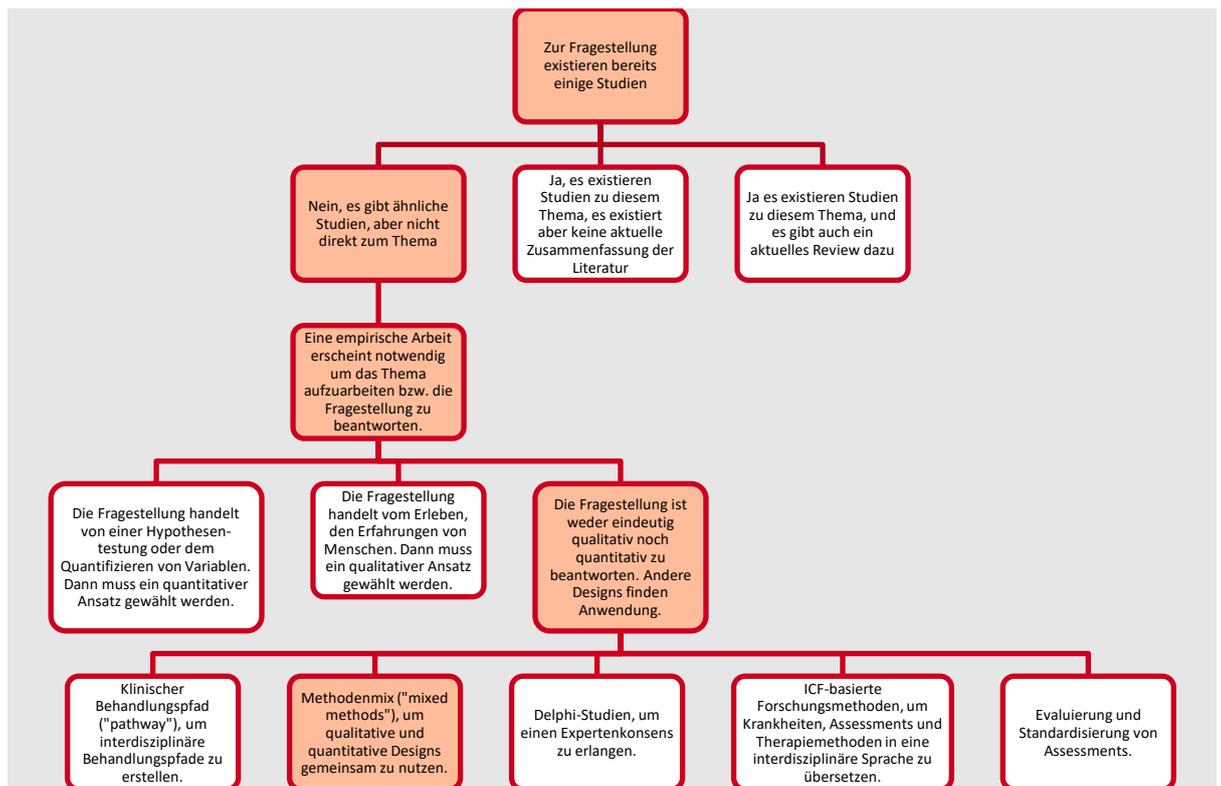


Abb.1 | Entscheidungsbaum (vgl. Ritschl et al., 2016, pp. 53–58)

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Die niederländischen Berufskompetenzen stehen stellvertretend für die am aktuellen internationalen Stand der Ergotherapie orientierten Studieninhalte, da diese in der Anwendung der Berufskompetenzen zum Tragen kommen. Um aufzeigen zu können, dass eine Veränderung stattgefunden hat, die die Qualität der Studiengänge untermauert, ist es sinnvoll eine breitflächige Datenerhebung anzustreben. Dies spricht für ein quantitatives Forschungsdesign.

Da Kompetenz jedoch individuell ist (→2.6) und auch im Studium durch Selbstreflexion belegt wird (Zuyd Hogeschool, 2019a), ist ebenso ein qualitativer Ansatz sinnvoll, der die Erfahrungswerte der Alumni mit der Anwendung der Berufskompetenzen in Deutschland erfasst.

Die VAMOS-Studie (Dieterich et al., 2019) beschäftigt sich mit dem beruflichen Verbleib der Absolvent*innen der Modellstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen in NRW. Eine Komponente der Befragung ist die Anwendung der im Studium erworbenen Kompetenzen, was die Nähe zur Forschungsfrage aufzeigt. Um die Komplexität der Frage beantworten zu können, wurde auch hier ein Mixed-Method-Design gewählt. Dies zeigt, dass ein Mixed-Method-Design für die Beantwortung einer solchen Fragestellung angemessen ist.

Ferner stellt „(d)ie Aufarbeitung eines Forschungsgegenstands mithilfe der Kombination von qualitativen und quantitativen Untersuchungsmethoden (Methodenmix) (...) eine Bereicherung dar, um die Validität von Untersuchungen zu erhöhen“ (Ritschl et al., 2016, p. 232). Dies spricht ebenfalls für die Wahl des Mixed-Methods-Designs.

3.2 Literaturrecherche

Betrachtet man die Fragestellung (→3.1) dieser Forschung so kann diese als PICO-Frage identifiziert werden. Diese Art der Fragestellung ist geeignet, um relevante Informationen einer Forschungsfrage zu identifizieren (Aslam & Emmanuel, 2010). Für diese Forschung wurden folgende Komponenten identifiziert:

<i>P: Population of Interest</i>	Alumni der deutschsprachigen, additiven Bachelorstudiengänge der Zuyd Hogeschool
<i>I: Intervention</i>	Erwerben der niederländische Berufskompetenzen
<i>C: Comparison or Control</i>	Keine Vergleichsgruppe; Vorher-Nachher-Vergleich

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

O: Outcome

Veränderung der Arbeit

Im Folgenden werden die Suchbegriffe aufgelistet, die sich aus den Komponenten der Forschungsfrage ergaben.

Tab. 1 | Suchbegriffe der Literaturrecherche

Suchbegriffe	In der Literatur gefundene, weiter verwendete Suchbegriffe
Alumni survey	Theorie-Praxis- Transfer Kompetenzerwerb Schlüsselqualifikation
Verbleibstudie	Kompetenzerwerb AND Theorie-Praxis- Transfer Kompetenz AND Gesundheitswesen Schlüsselqualifikation AND Gesundheitswesen
“alumni survey” AND “occupational therapy”	Theory-practice transfer occupational therapy Berufskompetenz Lebenslanges Lernen
alumni survey AND occupational therapy	“theory-practice transfer” AND “occupational therapy” Kompetenzbegriff Qualität von Arbeit
“alumni survey” and physical therapy”	“theory-practice transfer” AND occupational therapy or occupational therapist or occupational therapists or ot Kompetenz Arbeitsanalyse
Professional competencies AND evaluation or assessment	Kompetenzerfassung AND Ergotherapie
Professional competencies AND evaluation or assessment AND occupational therapy	

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Die Forschenden nutzten die Datenbanken *Discovery information sources Zuyd* (DIZ) durch die 47 Datenbanken mit dem HomeAccess zugänglich wurden, unter anderem *CINAHL* und *Cochrane*, *HBO Kennisbank*, *OTseeker*, *researchgate*, *PubMed*, sowie den *Online Public Access Catalogue (OPAC) der Universität Augsburg*. Ferner nutzten sie Literatur aus dem Studium (Pflichtliteratur, sowie Hintergrunddokumente, wie z.B. zur Portfolioarbeit), von den Webseiten des WFOTs und des DVEs, als auch des Bundesinstituts für Bildung (BIBB).

Um Ergebnisse aus der aktuelleren, relevanten Literatur zu erhalten, verwendeten die Forschenden folgende Einschränkungen: Zeitraum 2010-2020, Sprache: Deutsch, Englisch, Publikationsform: Alle, Full Text Access und Peer-Reviewed. Die Einschränkungen wurden geöffnet, wenn sich mit diesen Kriterien keine passende Literatur finden ließ (→Anlage 3).

Die Forschenden fanden Hintergrundliteratur zu Kompetenzen im Allgemeinen, Kompetenzmessung in der Hochschulevaluation, sowie auch in der Ergotherapie. Das Thema der Kompetenzerfassung wurde geprägt von Autoren wie Erpenbeck und Hartig. Spätere Veröffentlichungen anderer Autoren beziehen sich meist auf diese, sodass die in dieser Forschung verwendete Literatur teilweise vor dem Zeitraum der Literaturrecherche liegt. Gefundene Studien zum Forschungsgegenstand wurden nach Borgetto bewertet (Tomlin & Borgetto, 2011)(→Anlage 4).

Eine Messung der, durch eine berufliche oder akademische Ausbildung, erworbenen Kompetenzen im Bereich der Ergotherapie wurde nicht gefunden.

Eine, dem Thema nahe Bachelorarbeit der Zuyd Hogeschool (2017) beschäftigt sich mit dem Theorie-Praxis-Transfer der im Studium bearbeiteten Inhalte. Die Studie verfolgt das Ziel den Theorie-Praxis-Transfer der ergotherapeutischen Studieninhalte in den Berufsalltag darzustellen. Der Theorie-Praxis-Transfer ist eng mit der Anwendung von Kompetenz verknüpft (→2.8), sodass diese Studie eine Nähe zum Forschungsgegenstand aufweist. Jedoch fand sie ausschließlich mit Alumni des BSG KoReHa statt und ist somit nicht repräsentativ für die Gesamtheit der deutschsprachigen ergotherapeutischen Studiengänge der Zuyd. Auch das qualitative Design entspricht nicht dem dieser Forschung. Die Forschungsfrage kann somit durch die Bachelorarbeit nicht ausreichend beantwortet werden.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Durch die Kombination der spezifischen Zielgruppe der Alumni der Zuyd Hogeschool mit den niederländischen Berufskompetenzen kann keine bereits existierende andere Studie zur Kompetenzanwendung die Forschungsfrage ausreichend beantworten. Auch sind den Forschenden keine anderen Studien bekannt, die sich mit der Arbeit aller deutschsprachigen Alumni der Zuyd Hogeschool in Deutschland beschäftigen, sodass für diesen Forschungsgegenstand eine Forschungslücke besteht.

3.3 Datenerhebung

Die quantitative Datenerhebung erfolgt nach einem nicht-experimentellen Design, da dieses geeignet ist, Tendenzen in der Forschung darzustellen (Perkhofer, Stamm et al., 2016). Dies entspricht der Forschungsfrage, die Veränderung der Arbeit der Alumni darstellen zu wollen. Für die Erhebung der quantitativen Daten wird ein Online-Survey verwendet, da so vergleichsweise große Datensätze generiert werden können (Perkhofer, Stamm et al., 2016). Die Wahl eines Online-Mediums entspricht einem gängigen Medium in der aktuellen Forschung und ist auch aus pragmatischen Gründen (Erreichbarkeit der Teilnehmer*innen durch zeitliche und räumliche Unabhängigkeit) sinnvoll (Perkhofer, Stamm et al., 2016).

Unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrunds sehen die Forschenden die Notwendigkeit vertiefender Interviews, um die Anwendung der Kompetenzen und die damit verbundenen Veränderungen in der Arbeit umfassend darstellen zu können. Dies ist aufgrund der individuellen Erfahrungen sowie der Situations- und Kontextabhängigkeit der Kompetenzanwendung nicht allein in einer quantitativen Erhebung abbildbar (→2.6). In qualitativen Forschungen wird eben dieses menschliche Erleben untersucht (Perkhofer, Gebhart, & Tucek, 2016). Es soll herausgefunden werden, was die Menschen für subjektiv wahrhalten (Blumer, 1973). Die Daten werden somit in einem Vertiefungsmodell erhoben.

Perkhofer, Gerhard und Tucek (2016) beschreiben folgenden Charakteristika der qualitativen Forschung:

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Subjektbezogenheit und Alltagsorientierung

Um Erkenntnisse zu generieren werden Alltagserfahrungen und das subjektive Erleben der Menschen gesammelt (Perkhofer, Gebhart, & Tucek, 2016). In dieser Forschung werden für diesen Zweck Experteninterviews angelehnt an Mayring (2015b).

Offenheit und Reflexivität

Damit eine offene und flexible Vorgehensweise ermöglicht wird, werden nicht standardisierte Methoden verwendet (Perkhofer, Gebhart, & Tucek, 2016). Im Interview werden keine Antwortkategorien vorgegeben, sondern halboffenen Fragen gestellt, die von den Befragten frei beantwortet werden (Mayring, 2002).

Explorativer Charakter und Induktive Theorienbildung

Die Absicht der qualitativen Forschung ist das Erlangen von Kenntnissen und das daraus resultierende Entwickeln von Theorien. Laut Moser (1977) eignen sich daher besonders qualitative Ansätze für Gebiete die wenig untersucht sind. Durch induktive Theorienbildung aus Einzelfällen, werden allgemein Aussagen abgeleitet (Perkhofer, Gebhart, & Tucek, 2016).

Stichprobenauswahl: Gelegenheitsstichprobe

Die Teilnehmer*innen werden aus dem vorherigen Survey rekrutiert (→3.4.1) (Ritschl & Stamm, 2016).

Interpretative Auswertungsverfahren

Das subjektive Erleben kann nicht gemessen, berechnet oder anderweitig dargestellt werden, daher werden Sinnbildungsprozesse zur Rekonstruktion verwendet die einen interpretativen Charakter haben (Perkhofer, Gebhart, & Tucek, 2016). Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015b) gewählt. Das subjektive Erleben kann nicht gemessen, berechnet oder anderweitig dargestellt werden, daher werden Sinnbildungsprozesse zur Rekonstruktion verwendet die einen interpretativen Charakter haben (Perkhofer, Gebhart, & Tucek, 2016). Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015b) gewählt.

3.3.1 Erstellung des Online-Surveys

Der Online-Survey wurde in Enalyzer erstellt ("Enalyzer Survey Software Solutions," 2000). Zu Beginn des Surveys wurde der Zweck der Forschung erklärt und auf die

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Anonymität der eigenen Daten hingewiesen. Auch der Hinweis, dass der Survey jederzeit abgebrochen und wieder aufgenommen werden kann, wurde gegeben. Zudem wurden Kontaktdaten der Forschenden für weitere Fragen hinterlegt.

Die ersten Fragen des Surveys beziehen sich auf relevante Aspekte der Kompetenzanwendung im Allgemeinen. Unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrundes (→2.5ff) werden folgende Aspekte für die Anwendung von Kompetenzen als relevant gesehen:

- Die Erfüllung der erhofften Outcomes des Studiums (Frage7&Frage8). Dies erhöht die Motivation, die im Studium erworbenen Kompetenzen im Berufsalltag anzuwenden.
- Die Erweiterung der Kompetenzen durch weitere Qualifikationen als Ausschlusskriterium (Frage9).
- Die Eigenwahrnehmung bzgl. der eigenen Kompetenzanwendung und der Sinnhaftigkeit nicht genutzter Kompetenzen im eigenen Arbeitsalltag (Frage10&11), da der sinnvolle Einsatz der Kompetenzen im Arbeitsalltag Voraussetzung für die Anwendung ist.
- Den Kontext, in dem die Kompetenzen angewendet werden (Frage5&12&15) sowie die Eigen- und Fremdwahrnehmung der eigenen Profession und Arbeitsweise (Frage16-18), da diese als fördernder oder hemmender Faktor für die Kompetenzanwendung dienen kann.
- Das Vorhandensein einer längeren Arbeitspause und der damit möglicherweise verbundene Kompetenzverlust (Frage13&14).

Die darauffolgenden Fragenabschnitte beziehen sich je auf eine der niederländischen Berufskompetenzen. Dem Survey wurden zu Beginn jedes Fragenabschnitts Definitionen der einzelnen niederländischen Berufskompetenzen hinzugefügt. Auch bei der Selbsteinschätzung bzgl. des Kompetenzniveaus wurden Definitionen für die einzelnen Niveaus hinzugefügt. Dies dient als Unterstützung und Orientierung für die Teilnehmer*innen.

Aufgrund unterschiedlicher Rückmeldung bzgl. der Bearbeitungslänge des Surveys im Pretest fügten die Forschenden zudem ungefähr nach der Hälfte des Fragebogens einen Hinweis ein, der die Teilnehmer*innen über ihren Fortschritt informierte.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Der Online-Survey orientiert sich an den Anforderungen, die in den Berufskompetenzen beschrieben werden (Zuyd Hogeschool, 2013a) (→Abbildung 6). Für die notwendige Tiefe der Fragen orientierten sie sich vor allem an dem Unterpunkt „Dementsprechendes berufliches Handeln“. Die Antwortmöglichkeiten orientieren sich an dem im Studium entsprechend den Kompetenzen erworbenen Wissen sowie an Informationen der Zuyd Hogeschool zur Portfolioarbeit (Stichwort AISL) (Zuyd Hogeschool, 2019a) als auch des DVEs (DVE, o. D.a, o. D.b).

Für den Online-Survey wurden vor allem halb-geschlossene Antwortstrukturen gewählt. Da geschlossene Antwortstrukturen in vielen Fällen nicht die Gesamtheit der Antwortmöglichkeiten abdecken können, wurde neben den geschlossenen Antwortstrukturen die Option „Andere“ eingefügt, in der die Teilnehmer*innen eigene Antworten hinterlegen können (Perkhofer, Stamm et al., 2016). Ergänzungen der Teilnehmer*innen bezüglich der Inhalte des Surveys konnten am Ende des Online-Surveys in einer offenen Antwortstruktur eingefügt werden.

Im Online-Survey wurden sowohl Nominal- als auch Ordinal-Skalen für die Beantwortung der Fragen verwendet. Nominalskalen werden verwendet, wenn die Antwortmöglichkeiten keiner Rangordnung entsprechen (Perkhofer, Stamm et al., 2016), wie z.B. bei Frage 21 aus dem Survey (*„Welche Inhaltsmodelle haben Sie vor dem Studium in Ihrer Arbeit angewendet? (Mehrfachauswahl möglich)“*). Ordinal-Skalen hingegen möchten eine Rangfolge der Antwortmöglichkeiten konstruieren. Eine der bekanntesten Ordinal-Skalen ist die Likert-Skala, die auch in diesem Fragebogen verwendet wird (Perkhofer, Stamm et al., 2016). Die Forschenden entschieden sich für eine gerade Skala mit zusätzlicher Restkategorie „Weiß ich nicht“ außerhalb der Skala (Porst, 2014). Diese Entscheidung soll der Tendenz zur Mitte entgegenwirken. Ein Beispiel hierfür ist die Frage 18: *„Können Sie sich seit dem Studium mehr mit der Profession der Ergotherapie identifizieren?“*.

Eine Ausnahme stellen die Fragen nach dem Kompetenzniveau dar (Frage 20: *„Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Screenen ein?“*). Hier wird auf das Skalenniveau AISL der Hochschule zurückgegriffen (Zuyd Hogeschool, 2019a). Eine Ausnahme stellen die Fragen nach dem Kompetenzniveau dar (Frage 20: *„Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Screenen ein?“*). Hier wird auf das Skalenniveau AISL der Hochschule zurückgegriffen (Zuyd Hogeschool, 2019a).

3.3.2 Erstellung des Interviewleitfadens

Die semistrukturierte Leitfadenkonstruktion für die Interviews bezieht sich auf das Evaluationsinstrument (STAART) der Zuyd Hogeschool (Zuyd Hogeschool, 2019a). Die Orientierung am STARRT-Formular ist sinnvoll, da dessen Struktur den Befragten bekannt ist. Dieses Instrument wird verwendet, um die Berufskompetenzen während des Studiums nachzuweisen. Der Interviewleitfaden erfasst die Anwendung der Kompetenzen mittels der Schilderung je eines Positiv- und eines Negativbeispiels. Die Forschenden verwenden die Critical Incident Methode, um die Information aus erster Hand zu verarbeiten (Dunn & Hamilton, 1986). Um nicht mehr präsenten Wissen über die Kompetenzen zu reaktivieren, wurden die Kompetenzen bei Bedarf im Interview erklärt (→Anlage 11).

3.4 Sampling

3.4.1 Teilnehmerrekrutierung

Für die Teilnehmerrekrutierung wurde im Rahmen des Alumni-Newsletters eine Einladung zum Survey verschickt. Zudem wurde auf der Facebook-Seite „Bachelorstudiengang Ergotherapie Zuyd“ zur Teilnahme aufgerufen. Dies entspricht einem Sampling durch Selbstaktivierung, auch sekundäre Selektion genannt (Quasus, 2016). Die Freiwilligkeit der Teilnahme ist somit gesichert (Quasus, 2016).

Nach einem Zeitraum von zwei Wochen und einer geringen Resonanz wurde erneut über die Facebook-Seite eine Einladung gesetzt. Die Forschenden teilten die Einladung außerdem in der Ergotherapie-Gruppe „+ Ergotherapie +“.

Die Teilnehmer*innen für die vertiefenden Interviews wurden über den Online-Survey rekrutiert und über ein gesondertes Anschreiben via E-Mail zu den Interviews eingeladen. Dieses Vorgehen entspricht einer Gelegenheitsstichprobe (→3.3.2).

3.4.2 Einschlusskriterien für die Studienteilnehmer*innen

- Das Studium entspricht einem deutschsprachigen, additiven Studiengang der Zuyd Hogeschool
- Das Studium wurde in oder nach 2007 begonnen, da mit diesem Jahrgang die Berufskompetenzen in den Studiengängen eingebunden wurden
- Die Teilnehmer*innen arbeiten in Deutschland

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Die Teilnehmer*innen arbeiten in einer ergotherapeutischen Rolle, das heißt mit ergotherapeutischem Auftrag, jedoch nicht zwingend unter dieser Berufsbezeichnung

3.4.3 Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmer*innen

- Das Studium wurde vor 2007 begonnen
- Die Teilnehmer*innen arbeiten im Ausland
- Die Teilnehmer*innen arbeiten nicht in einer ergotherapeutischen Rolle
- Vertiefenden Kompetenzen wurden erlangt (durch ergotherapeutischen Masterabschluss)

3.5 Pretest

3.5.1 Pretest des quantitativen Online-Surveys

Ein Pretest des Online-Survey wurde mit zwei Dozentinnen und drei Alumni durchgeführt, um die Verständlichkeit und die Sinnhaftigkeit der Fragen zu überprüfen. Des Weiteren wurde der Fragebogen begutachtet auf Struktur, verwendete Sprache auf Korrektheit und Konsistent sowie die Dauer der Beantwortung und die Differenzierung der Skalierung. Für die Evaluation erstellten die Forschenden einen Fragenkatalog, den sie den Pretestern zukommen ließen (→Anlage 6).

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Evaluation wurden die sprachlichen Formulierungen einiger Fragen in Bezug auf Grammatik und Rechtschreibung angepasst. Inhaltlich wurde der Fragebogen nicht verändert. Die Dauer der Durchführung beträgt 30-45 Minuten.

3.5.2 Pretest des qualitativen Interviews

Für die vertiefenden Interviews führten die Forschenden einen Pretest mit einer Pretesterin durch, die zuvor den Online-Survey gepretestet hatte. Dies entspricht dem geplanten Vorgehen der Befragung. Die Evaluation durch die Pretesterin umfasste die Überprüfung der Struktur, Korrektheit und Konsistenz, der Dauer und Zielführung hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage zu überprüfen. Die Erkenntnisse aus dem Pretest ergaben keine Veränderung des Interviewleitfadens. Die Dauer der Durchführung beträgt ca. 30 Minuten.

3.6 Gütekriterien dieser Forschung

3.6.1 Gütekriterien des quantitativen Forschungsanteil

Durch die Verwendung eines Online-Survey ohne den direkten Kontakt zwischen den Forschenden und den Teilnehmer*innen ist die Objektivität des quantitativen Teils der Forschung gegeben.

Die Fragen des Online-Surveys orientieren sich an den Inhalten der zwölf Berufskompetenzen. Die Orientierung der Antwortmöglichkeiten an den aktuellen Inhalten des Studiums und am zeitgenössischen Paradigma der Ergotherapie spricht für eine Replizierbarkeit der Forschung während des aktuellen Paradigmas. Mit einer Änderung in der Ausrichtung des ergotherapeutischen Paradigmas und somit der Inhalte des Studiums müssen die Antwortmöglichkeiten an die aktuell gültigen Standards angepasst werden. Auch bei einer Revidierung der 12 Berufskompetenzen verliert diese Forschung ihre Replizierbarkeit.

Die Reliabilität dieser Forschung ist abhängig von den subjektiven Erfahrungen der Teilnehmer*innen. Da die Anwendung der Kompetenzen eine individuelle Entwicklung ist (→2.6) und sich diese mit Voranschreiten im Berufsleben verändert, verändern sich auch die Ergebnisse der Forschung mit einer erneuten Erhebung. Erneute Erhebungen können die Reliabilität dieser Forschung stärken, wenn sich dadurch ein Trend in den Antworten feststellen lässt. Durch die spezifische Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien der Zielgruppe (→3.4.2&3.4.3) wird die Reliabilität der Forschung erhöht.

Um die Validität der Forschung zu erhöhen wurde der Pretest mit mehreren Personen durchgeführt (→3.5). In der Datenauswertung wurde auf die Teilnehmerzahl der einzelnen Fragen hingewiesen, um die Repräsentativität der Stichprobe korrekt darzustellen. Für die Forschung wurde ein Zeitraum gewählt, Antworten außerhalb dieses Zeitraums wurden nicht berücksichtigt.

3.6.2 Gütekriterien des qualitativen Forschungsanteiles

Innerhalb der qualitativen Forschung werden einige Definitionen und Systeme dargelegt (Höhl, 2016). Die Güte der Studie steigt progressive mit der Mehrverwendung der Strategien und deren genaue Definition (Cope, 2014; LoBiondo-Wood, Haber, & Nohl,

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

2005). Da der qualitative Anteil der Mixed Method Studie die Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) ist, verwenden die Forschenden die von Mayring benannten Gütekriterien. Mayring gibt sechs allgemeine Gütekriterien der qualitativen Forschung vor, welche nachfolgend beschrieben werden:

Verfahrensdokumentation

Das Vorgehen innerhalb der Studie und der Methodik wird detailliert beschrieben. Des Weiteren wird das Vorverständnis erklärt, die Analyseinstrumenten zusammengestellt, sowie Durchführung und Auswertung der Datenerhebung beschrieben (Mayring, 2016). Hinsichtlich des Theoretischen Hintergrund (→2) wird das Vorverständnis der Forschenden erklärt. Im Methodenteil (→3.8.2) werden die Analyseinstrumente und die Durchführung aufgezeigt. In den Resultanten (→4.3) wird die Auswertung beschrieben. Das Vorgehen innerhalb der Studie und der Methodik wird detailliert beschrieben. Des Weiteren wird das Vorverständnis erklärt, die Analyseinstrumenten zusammengestellt, sowie Durchführung und Auswertung der Datenerhebung beschrieben (Mayring, 2016). Hinsichtlich des Theoretischen Hintergrund (→2) wird das Vorverständnis der Forschenden erklärt. Im Methodenteil (→3.3) werden die Analyseinstrumente und die Durchführung aufgezeigt. In den Resultanten (→4.3) wird die Auswertung beschrieben.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Eine wichtige Rolle in der qualitativen Forschung spielen die Interpretationen (Mayring, 2016). Hier gilt der Grundsatz, dass die Interpretationen argumentativ begründet werden. Die Forschenden zeigen im Theoretischen Hintergrund (→2) ihr Vorverständnis. Die umfassende Begründung der Interpretation werden in Methodik (→3.8.2) und Resultate (→4.3) beschrieben.

Regelgeleitetheit

In der qualitativen Forschung müssen bestimmte Verfahrensregeln eingehalten werden und das Material systematisch bearbeitet werden (Mayring, 2016). In der Datenanalyse (→3.8.2) werden die jeweiligen Analyseschritte für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) durchgeführt wurden aufgezeigt.

Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand bedeutet, dass möglichst nah an der Alltagswelt der Personen angeknüpft wird. Da der Fokus auf die Narrativen Erfahrungen der Personen liegt, welche teilweise in der Vergangenheit liegen, kann nur bedingt die aktuelle

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Alltagswelt berücksichtigt werden. Aufgrund der herrschenden Corona Pandemie und die einhergehenden Kontaktverbote, wurden Gespräche via Telefon geführt. Des Weiteren besteht eine Interessenübereinstimmung von Forschenden und Personen, da ein ähnlicher Leitgedanke zur Thematik, geprägt durch die Zuyd Hogeschool herrscht.

Kommunikative Validierung

Unter Kommunikative Validierung wird die Überprüfung der Ergebnisse auf Gültigkeit verstanden (Mayring, 2016). Das Wiederfinden in den Analyseergebnissen und den Interpretationen von den Interviewteilnehmer*innen ist ein wichtiges Argument für die Absicherung (Mayring, 2016). Um einen Membercheck durchzuführen, wurden die Transkripte des Interviews den jeweiligen Teilnehmer*innen mit einem Anschreiben (→Anlage 14) per E-Mail zugesendet.

Triangulation

In der Triangulation werden verschiedene Lösungsansätze verwendet für die Fragestellung, dabei ist das Ziel nicht eine völlige Übereinstimmung zu erreichen (Mayring, 2016). In dieser Studie wurde die Forschenden-, Methoden- und Theorientriangulation verwendet (Höhs, 2016). Die Forschertriangulation wurde erreicht, da beide Forschenden die Datenanalyse parallel durchführten und die Ergebnisse diskutierten. Die Methodentriangulation wurde durch das Mixed-Method-Design erreicht. Die Theorientriangulation ist durch den Vergleich mit schon bestehenden Studien gegeben.

3.7 Ethik

Im Folgenden werden die Ethischen Aspekte der Forschungsarbeit beschrieben. „*Die Ethik ist ein Teilgebiet der Philosophie*“ (Perkhofer & Tucek, 2016), sie setzt sich mit den moralischen Aspekten auseinander, da Menschen durch sittliches Verhalten zum Gestand gemacht werden (Kerres & Seeberger, 2001). Dabei werden Richtlinien aufgestellt, welche die Vernunft als oberstes Prinzip haben (Wolf, 2004).

Die Basis des ethischen Standards bilden die Richtlinien der Helsinki-Deklaration (World Medical Association, 1975). Laut Druml (2010) sind 4 Säulen als Standard zu sehen:

Die *Säule der Autonomie* beinhaltet die verständliche Aufklärung sowie die Einwilligung der Teilnehmer*innen. Diese Säule wurde in der vorliegenden

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Forschungsarbeit eingehalten, da die Teilnahme an dem Fragebogen, sowie an das Interview freiwillig war. Eine detaillierte Aufklärung für den Fragebogen wurde den Teilnehmer*innen ausgehändigt, für die Interviews wurden Einverständniserklärungen eingeholt.

Die *Säule des Wohltuns* verpflichtet die Forschenden*innen für das Wohl der Teilnehmer*innen zu sorgen. Um diese Säule zu erfüllen, sorgten die Forschenden dafür, dass die Beantwortung des Fragebogens pausiert werden konnte und nach eigenen Kapazitäten weitergeführt werden konnte. Die Forschenden passten sich den vorgeschlagenen Terminen der Interviewteilnehmer*innen an. Des Weiteren wurden persönliche Daten die auf die Person zurückzuführen sind anonymisiert.

Die Grundlage der *Säule des Nicht-Schadens* zielt auf die körperliche und geistige Unversehrtheit unter Berücksichtigung des Nutzens und Risiko. Da ein vertiefendes Wissen durch Experteninterviews sowohl notwendig als auch gewünscht war von Teilnehmer*innen wurde diese Säule erfüllt. Die Interviews führten weder zu einem psychischen noch zu einem körperlichen Schaden. Die Ergebnisse der Experteninterviews können die Ergebnisse des Fragebogens unterstreichen und haben daher einen hohen Nutzen.

Die *Säule der Gerechtigkeit* bezieht sich auf eine gerechte Lasten-Risiko-Verteilung von Studien, sowie den Nutzen für alle Personengruppen der Gesellschaft. In dieser Forschung wurden keine vulnerablen Gruppen oder ähnliches befragt, daher ist das Risiko gering einzuschätzen, somit wurde die Säule erfüllt.

Es wurden insgesamt alle relevanten Aspekte der ethischen Forschung bei der Planung und Durchführung der Forschungsarbeit eingehalten.

3.8 Datenanalyse

3.8.1 Analyse der quantitativen Daten

Bei der Analyse der quantitativen Daten handelt es sich um eine deskriptive Datenauswertung via Microsoft Excel.

Die absolute Antworthäufigkeit wurde mit der Funktion „ZÄHLENWENN“ ermittelt, die prozentuale (relative) Häufigkeit stehen jeweils im Verhältnis zur aktuellen Stichprobenzahl.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Um die Vorher-Nachher-Werte („Vor dem Studium“ / „Seit dem Studium“) in Relation setzen zu können, nutzen die Forschenden für die Darstellung der Daten die relative Häufigkeit (Perkhofer, Stamm et al., 2016). Da die Teilnehmerzahl innerhalb der Forschung stark variiert, sind den einzelnen Antwortskalen zudem die absoluten Teilnehmerzahlen angefügt.

Für die Darstellung der Veränderung des Kompetenzniveaus sowie der Darstellung der Meinung der Teilnehmer*innen wurde der Median berechnet. Der Median ist ein typisches Lagemaß, um die genaue Mitte der Daten anzugeben. Er ist wenig empfindlich gegenüber Extremwerten in den Daten und wird vor allem dann verwendet, wenn die Daten nicht normalverteilt sind (Perkhofer, Stamm et al., 2016).

3.8.2 Analyse der qualitativen Daten nach Mayring

Die Transkription der erhobenen Daten bildet das Grundgerüst der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2016). Die Forschenden wählten für die Transkription der Interviews das Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2011), da hier der Inhalt des Gesagten im Vordergrund steht. Das Interviewmaterial wurde wörtlich transkribiert, Dialekte möglichst übersetzt, Abbrüche und Stottern geglättet. Des Weiteren wurden Wortverschleifungen nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angelehnt. Die Pausen innerhalb der Sprechzeit werden mit drei Punkten in einer Klammer (...) markiert. Verständigungssignale werden nicht transkribiert, außer wenn die Antwort vollständig daraus gebildet wurde. Wörter, die besonderes betont wurden, wurden in Großbuchstaben geschrieben. Da die Dauer des Gesprochenen keine Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfrage hat, wurde auf das Einfügen von Zeitmarken verzichtet. Im Rahmen der Anonymisierung wurde die Interviewer mit „I“ (I1-I2) und die Befragten mit „B“ (B1-B3) gekennzeichnet.

Die Transkripte werden angelehnt an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015b) ausgewertet. Das Ablaufmodell beinhaltet 7 Schritte (Mayring, 2015c).

1. Bestimmung der Analyseeinheiten (Mayring, 2015a)

Die *Kodiereinheit* ist die kleinste Einheit, die ausgewertet werden darf, sie bestimmt den minimalen Textteil, der in eine Kategorie fallen kann (Mayring, 2015b). Die Forschenden entschieden sich, dass ein Satz eine *Kodiereinheit*

bilden kann, wenn der Inhalt eine prägnante Aussagekraft besitzt. Die *Kontexteinheit* bildet den größten Textanteil, der in eine Kategorie fallen kann (Mayring, 2015b). Die Forschenden entschieden sich auf einen Absatz festzulegen, falls diese inhaltlich vernetzt sind. Die *Auswertungseinheit* legt die Auswertungsreihenfolge fest (Mayring, 2015b). Die Forschenden entschieden sich, die jeweiligen Textbausteine der jeweiligen Fragen zuzuordnen und diese in eine Tabelle zu verschriftlichen um anschließend die Themen sequenziell auszuwerten.

2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

Im nächsten Schritt werden die zugeordneten Textbausteine paraphrasiert, demzufolge werden Textstellen gekürzt und auf eine einheitliche Sprachebene gebracht (Mayring, 2015c).

3. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen

Anschließend werden die Paraphrasen auf eine neue Abstraktionsebene definiert (Mayring, 2015c). Paraphrasen, welche das angestrebte Abstraktionsniveau besitzen bleiben bestehen. Die Paraphrasen, welche nicht dem Abstraktionsniveau entsprechen, werden generalisiert, dabei wird der Inhalt stark zusammengefasst.

4. Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen

In diesem Schritt werden Paraphrasen verworfen, welche die gleiche Bedeutung haben oder nicht der Beantwortung der Forschungsfrage dienen (Mayring, 2015c). Bedeutungsvolle Paraphrasen, welche als inhaltstragend erachtet werden, wurden übernommen. Hinsichtlich der Forschungstransparenz wurde eine Übersicht über die ersten 4 Schritte in hinterlegt (→Anlage 12).

5. Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen

In der zweiten Reduktion wurden ähnliche Aussagen zu Paraphrasen gebündelt und zusammengefasst (Mayring, 2015c). Paraphrasen, welche mehrere Aussagen beinhaltet, werden zu einem Gegenstand zusammengefasst (Mayring, 2015c).

6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Die Aussagen, die durch die zweite Reduktion generiert wurden, wurden in diesem Schritt zu drei (Ober)Kategorien zusammengefasst und den jeweiligen Unterkategorien zugewiesen.

7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Für die Rücküberprüfung wurden die Transkripte nach treffenden Zitaten durchsucht, welche die Aussagekraft der jeweiligen gebildeten Kategorie aufzeigt. Die jeweiligen Aussagen für eine Kategorie wurden separat verschriftlicht (→Anlage 13).

4 Resultate

4.1 Teilnehmerbeschreibung

Insgesamt nahmen 48 Alumni am Online-Survey teil. Das entspricht hochgerechnet auf die Alumni der letzten 13 Jahre (ca. 886 von ca. 1500 (Zuyd Hogeschool, o. D.)) einer Rücklaufquote von ca. 5%.

Davon waren 46 (95,83%) weiblich und zwei (4,17%) männlich. Keine der Teilnehmer*innen identifizierte sich als divers. 27,08% (13 TN) schlossen den Survey vollständig ab. 33,33% (16 TN) entsprachen nicht den Einschlusskriterien. Von 48 Alumni arbeiteten fünf (10,42%) nicht in einer ergotherapeutischen Rolle in Deutschland, sieben (14,58%) haben ihr Studium vor der Einführung der Berufskompetenzen 2007 begonnen und vier (8,33%) erlangten weitere Kompetenzen durch ein Masterstudium Ergotherapie. 39,58% (19 TN) brachen den Survey frühzeitig ab (→Tabelle 5).

Tab.2 | Arbeitskontext der Teilnehmer*innen (N=38)

Arbeitskontext der Teilnehmer*innen (N=38)		
Arbeit und Rehabilitation	10,54%	4 TN
Geriatric	18,42%	7 TN
Neurologie	34,21%	13 TN
Orthopädie / Traumatologie / Rheumatologie / Handtherapie	15,79%	6 TN
Pädiatrie	34,21%	13 TN
Prävention und Gesundheitsförderung	7,89%	3 TN
Psychiatrie	31,58%	12 TN
Gemeinwesenorientierte Ergotherapie	2,63%	1 TN
Kardiologie	0,00%	0 TN
Onkologie	5,26%	2 TN
Palliativversorgung	7,89%	3 TN
Schulbasierte Ergotherapie	5,26%	2 TN
Lehre	39,47%	15 TN
Forschung	10,53%	4 TN
Andere (1: Praxisanleitung und Organisationsentwicklung; 2: Eingliederungshilfe)	5,26%	2 TN

Vgl. DVE (DVE, o. D.b)

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Der Arbeitskontext entsprach bei 57,89% (22 TN) einer rein praktischen Tätigkeit. 10,53% (4 TN) sind nur in der Lehre tätig und 2,63% (1 TN) nur in der Forschung. 28,95% (11 TN) gaben eine gemischte Tätigkeit zwischen Praxis, Lehre und Forschung an.

48,39% (15 TN) der Alumni (N=31) vollendeten das Studium als Vollzeitstudiengang und 51,61% (16 TN) der Alumni im berufsbegleitenden Studiengang. 26,32% (10 TN) begannen das Studium vor 2013 – der Einführung von 12 Berufskompetenzen und 55,26% (21 TN) kennen alle 12 Berufskompetenzen aus ihrem Studium.

Vier Teilnehmerinnen erklärten sich bereit an einem vertiefenden Interview teilzunehmen. Drei davon (75%) nahmen an den Interviews teil, eine Teilnehmerin meldete sich auf die Anfrage via E-Mail nicht zurück.

B1 arbeitet als Dozentin des Fachbereichs Neurologie an einer Berufsfachschule für Ergotherapie. B2 arbeitet als selbständige Ergotherapeutin in einer JVA und auch als systemische Therapeutin in eigener Praxis. B3 arbeitet in einer ambulanten Praxis mit Schwerpunkt Pädiatrie.

4.2 Ergebnisse der quantitativen Daten

Der Online-Survey wurde am 03.07.2020 gestartet und endete am 21.07.2020. Die Fragen des Surveys sind angelehnt an die 12 niederländischen Berufskompetenzen, sodass sich für die Auswertung eine Kategorie zu den relevanten Aspekten der Kompetenzanwendung sowie zwölf Kategorien zu den spezifischen Berufskompetenzen ergeben. Komplexe Sachverhalte (ab sechs Antwortkategorien) werden im Folgenden in Diagrammen dargestellt. Der Umfang der Fragekategorien ist wie folgt:

Tab.3 | Fragekategorien

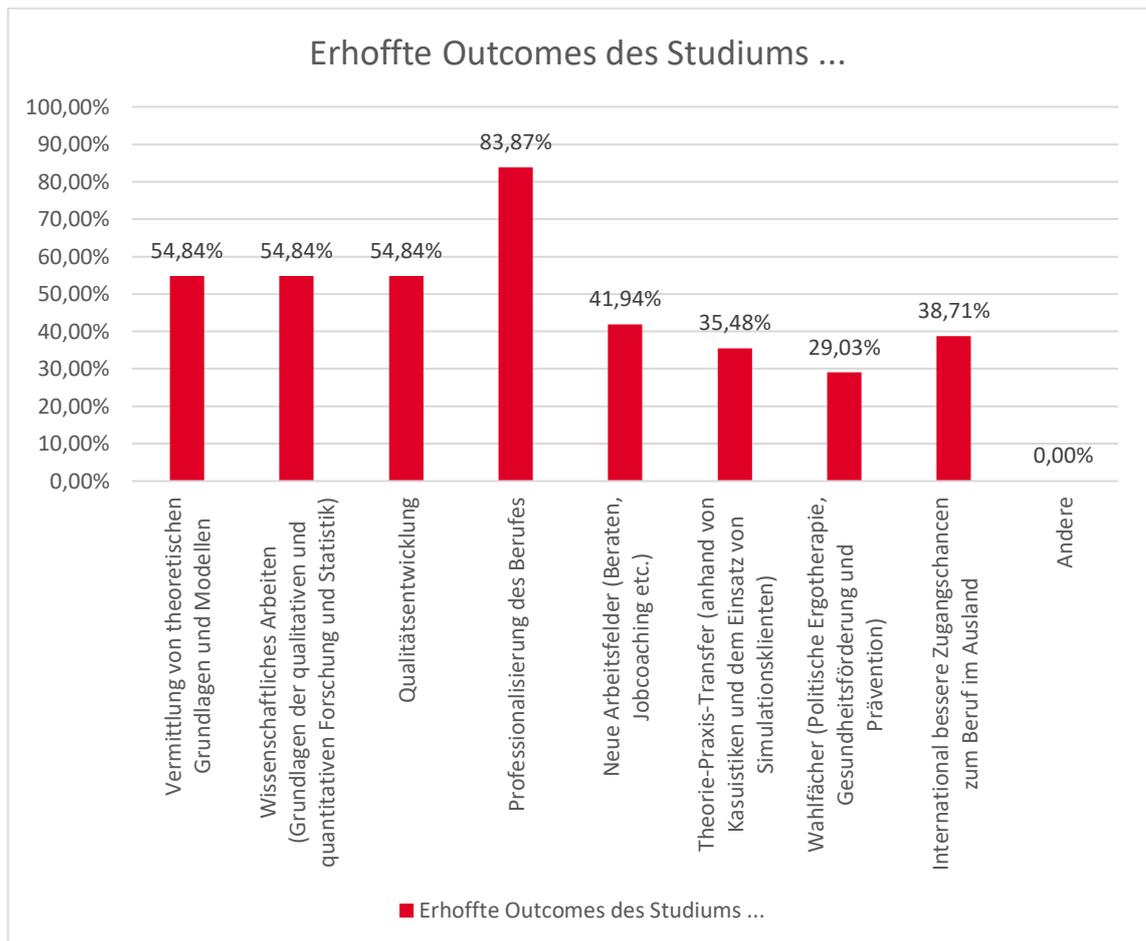
Fragekategorie	Items
Relevante Aspekte der Kompetenzanwendung	13
Kompetenz Screenen	3
Kompetenz Inventarisieren und Analysieren	11
Kompetenz Behandeln und Begleiten	11
Kompetenz Beraten	8
Kompetenz Unterstützen und Fördern	6
Kompetenz Zusammenarbeiten	6
Kompetenz Organisieren	8

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Kompetenz Unternehmerisch tätig sein	10
Kompetenz Qualität gewährleisten	6
Kompetenz Forschen	6
Kompetenz Erneuern	5
Kompetenz Lehren, lernen und entwickeln	7

4.2.1 Relevante Aspekte der Kompetenzanwendung

Erfüllung der erhofften Outcomes des Studiums



N=31 | Frage 7: Was haben Sie sich vor Beginn des Studiums durch den Erwerb des Bachelorabschlusses an der Zuyd Hogeschool erhofft? (Mehrfachnennung möglich)

74,19% (23 TN) geben an, dass sich diese Wünsche bestätigt haben. 22,58% (7 TN) geben an, dass sie sich eher bestätigt haben und 1 TN (3,23%) gibt an, dass sie sich eher nicht bestätigt haben und keine der Teilnehmer*innen wählte „Nein“. Der Median liegt bei „Ja“ (Wünsche haben sich bestätigt).

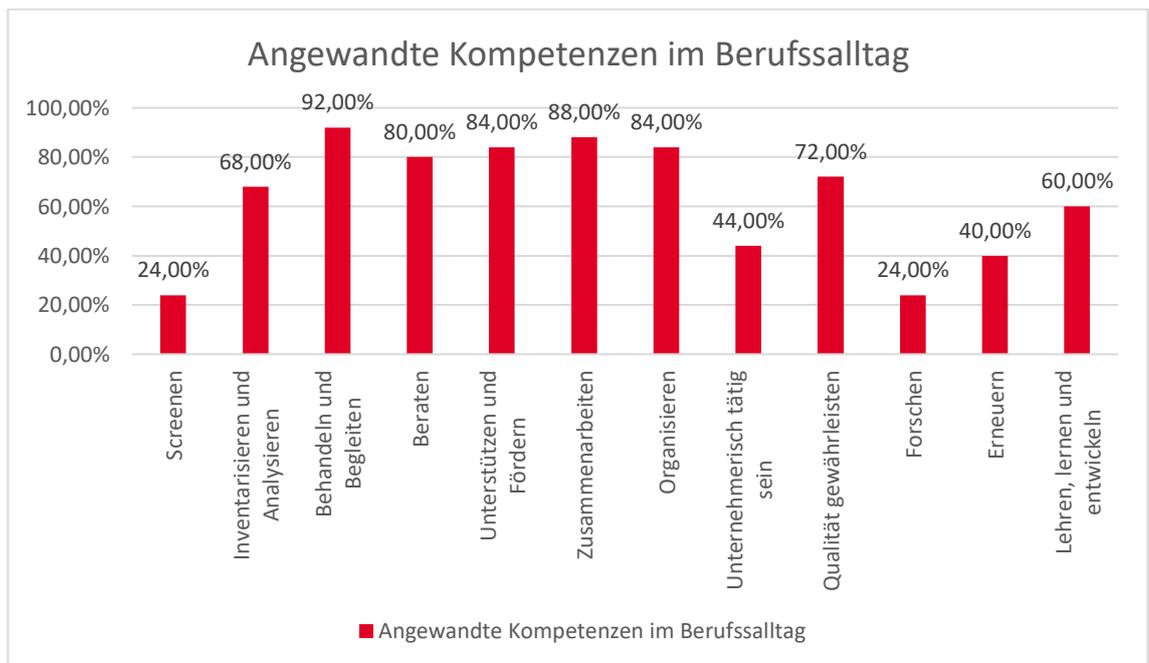
Die Erweiterung der Kompetenzen durch weitere Qualifikationen

Weitere Kompetenzen durch Qualifikationen seit dem Studium (N=31)		
Weiteres Bachelorstudium	0,00%	0 TN
Masterstudium Ergotherapie (Ausschlusskriterium)	12,90%	4 TN
Anderes Masterstudium mit Zulassungsberechtigung durch den erworbenen B.Sc. an der Zuyd Hogeschool	16,13%	5 TN
Fortbildung	61,29%	19 TN
Weiterbildung	12,90%	4 TN
Nein	25,81%	8 TN

N=31 | Frage 9: *Haben Sie seit Ihrem Bachelorstudium an der Zuyd Hogeschool weitere Kompetenzen durch Qualifikationen erworben? (Mehrfachnennung möglich)*

Die Eigenwahrnehmung bzgl. der eigenen Kompetenzanwendung und der Sinnhaftigkeit nicht genutzter Kompetenzen im eigenen Arbeitsalltag

Die Fragen 10 und 11 erheben eine subjektive Einschätzung der Teilnehmer*innen, welche der Kompetenzen sie aktuell anwenden und welche sie als sinnvoll erachten, auch wenn ihnen die Anwendung momentan nicht möglich ist.

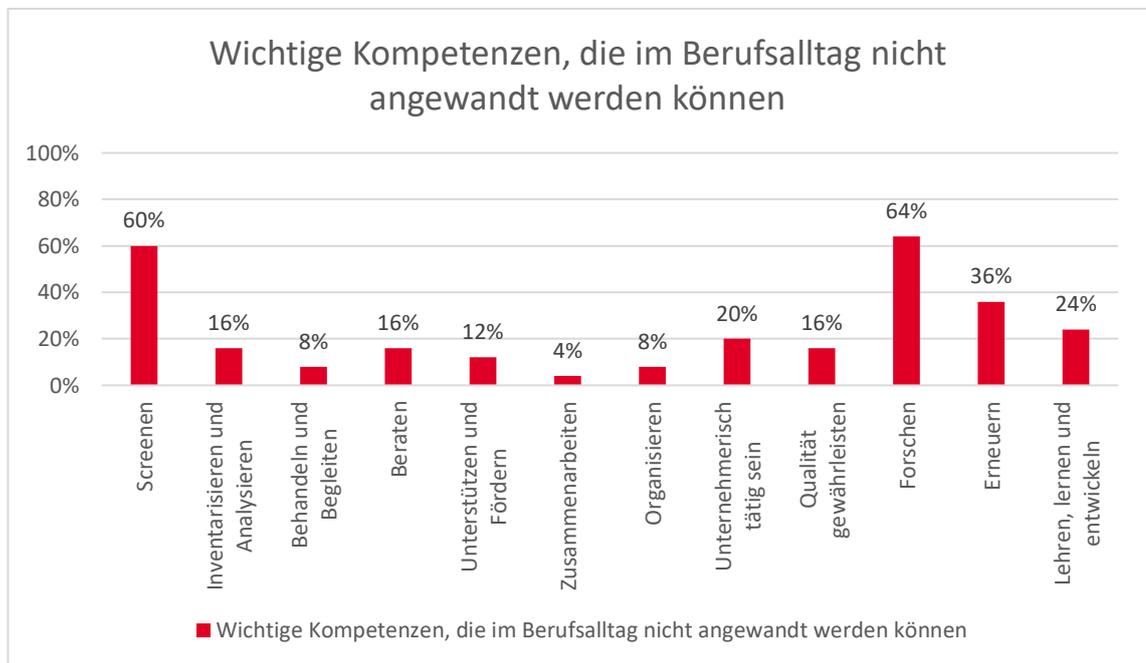


N=25 | Frage 10: *Welche Kompetenzen wenden Sie in Ihrem Berufsalltag an? (Mehrfachauswahl möglich)*

36,00% (9 TN) wenden überwiegend *klientenbezogene Kompetenzen* in ihrem Berufsalltag an. Bei den *organisationsbezogenen Kompetenzen* sind es 44,00% (11 TN)

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

und bei den *berufsbezogenen Kompetenzen* 12,00% (3 TN). 8,00% (2 TN) wenden gleich viele *klientenbezogene Kompetenzen* wie *organisationsbezogene Kompetenzen* in ihrem Berufsalltag an. Bei einer Teilnehmer*in (4,00%) sind die *organisationsbezogenen*, sowie die *berufsbezogenen Kompetenzen* gleich stark ausgeprägt.



N=25 | Frage 11: *Welche Kompetenzen können Sie aufgrund Ihres beruflichen Settings nicht anwenden, erachten diese jedoch als sinnvoll? (Mehrfachauswahl möglich)*

56,00% (14 TN) geben überwiegend *berufsbezogene Kompetenzen* an, die sie nicht anwenden, jedoch als sinnvoll erachten. 28,00% (7 TN) geben an überwiegend *klientenbezogene Kompetenzen* nicht anzuwenden, jedoch als sinnvoll erachten. 8,00% (2 TN) sehen überwiegend die *organisationsbezogenen Kompetenzen* nicht in ihrem Berufsalltag vertreten, erachten sie jedoch als sinnvoll. Eine Teilnehmer*in (4,00%) gibt bei allen Kompetenzen an, dass sie sie aufgrund ihres beruflichen Settings nicht anwenden kann, jedoch als sinnvoll erachtet.

Der Kontext, in dem die Kompetenzen angewendet werden

Die Antworten der Frage 5 befinden sich in der Teilnehmerbeschreibung (→4.1).

56% (14 TN) haben in oder nach ihrem Studium ihre Arbeitsstelle(n) gewechselt, um die Kompetenzen in ihrem Arbeitsalltag bewusster umsetzen zu können. (N=25)

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

88% (22 TN) arbeiten auf der Mikroebene und 12% (3TN) arbeiten auf der Mesoebene. Keine der Teilnehmer*innen arbeitet auf der Makroebene. (N=25)

Das Vorhandensein einer längeren Arbeitspause

28% (7 TN, N=25) hatten seit ihrem Studium eine längere Arbeitspause (länger als 1 Monat). 14,29% (1 TN, N=7) davon gibt an, dass die Pause positive Auswirkungen auf ihre Kompetenzen hatte. 14,29% (1TN, N=7) gibt an, dass die Pause negative Auswirkungen auf ihre Kompetenzen hatte und 71,43% (5 TN, N=7) geben an, dass durch die Pause keine Auswirkungen auf die Kompetenzen entstanden. Der Median liegt bei „Keine“.

Die Eigen- und Fremdwahrnehmung der eigenen Profession und Arbeitsweise

Einer vermehrten Identifikation mit der Profession der Ergotherapie stimmen 80,00% (20 TN) voll und ganz zu. 16,00% (4 TN) stimmen eher zu, 0,00% (0 TN) stimmen eher nicht zu und 4,00% (1 TN) stimmen gar nicht zu. Der Median liegt bei „Stimme voll und ganz zu“ (N=25) (Frage 15).

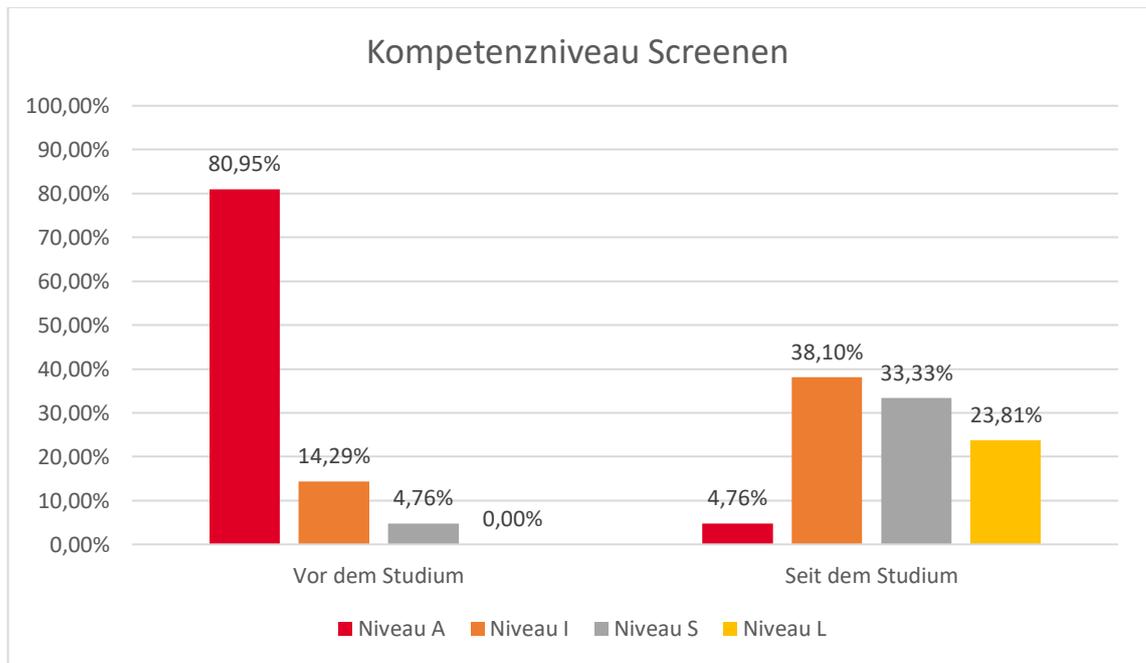
48% (12 TN) denken, dass andere Professionen in ihrem Arbeitsumfeld eine veränderte Arbeitsweise durch das Studium bei den Alumni bemerken. 32% (8 TN) denken, dass diese Aussage eher zutrifft, 8% (2TN), dass sie eher nicht zutrifft. Keine der Teilnehmer*innen gibt an, dass die Aussage nicht zutrifft. 12% (3 TN) geben die Option „Weiß ich nicht“ an. Der Median liegt bei „Trifft zu“ (Option „Weiß ich nicht“ ausgenommen) (N=25) (Frage 16).

Frage 17 („*Wenn ja, woran denken Sie bemerken andere Professionen in Ihrem Arbeitsumfeld dies? (OPTIONAL)*“) haben 11 Teilnehmer*innen beantwortet (→Tabelle 6). Die meistgenannten Aspekte waren die „Darstellung der eigenen Arbeitsweise“, die „Darstellung der eigenen Profession“, die „Kommunikation mit den anderen Professionen“, sowie das „Wissenschaftliche/Evidenzbasierte Arbeiten“.

4.2.2 Klientenbezogene Kompetenzen

4.2.2.1 Kompetenz Screenen

Da die Kompetenz Screenen in Deutschland nicht so existiert, wie sie in den Niederlanden gemeint ist, wurde hier lediglich um eine Selbsteinschätzung gebeten, ob die Kompetenz durch die im Studium erworbenen Kenntnisse im eigenen Arbeitsalltag anwendbar wäre (Frage 19). 28,57% (6 TN) von insgesamt 21 TN geben „Ja“ an, 23,81% (5 TN) „Eher ja“. Für „Eher Nein“ stimmten 14,29% (3 TN), und 23,81% (5 TN) gaben „Nein“ an. 9,25% (2 TN) wählten die Option „Weiß ich nicht“. Der Median liegt bei „Eher Ja“ (Option „Weiß ich nicht“ ausgenommen).

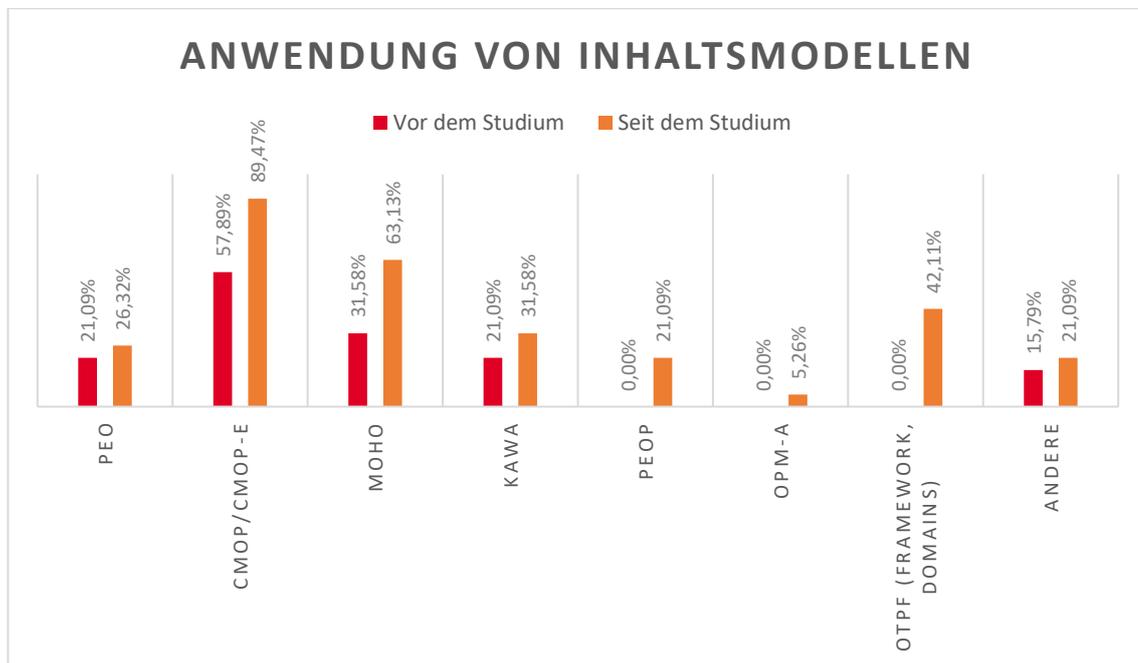


N=21 | Frage 20: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Screenen ein?*

„Vor dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau S.

4.2.2.2 Kompetenz Inventarisieren und Analysieren

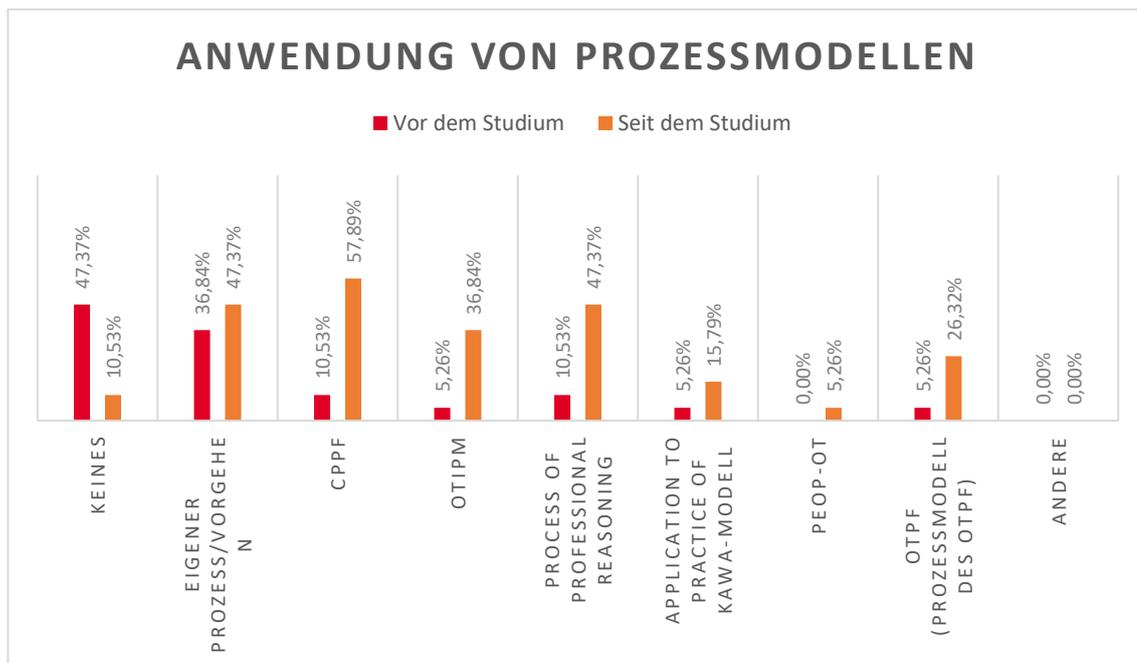
Die Kompetenz Inventarisieren und Analysieren ist in den Fragen 21-30 des Online-Surveys vertreten. Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Fragen dargestellt.



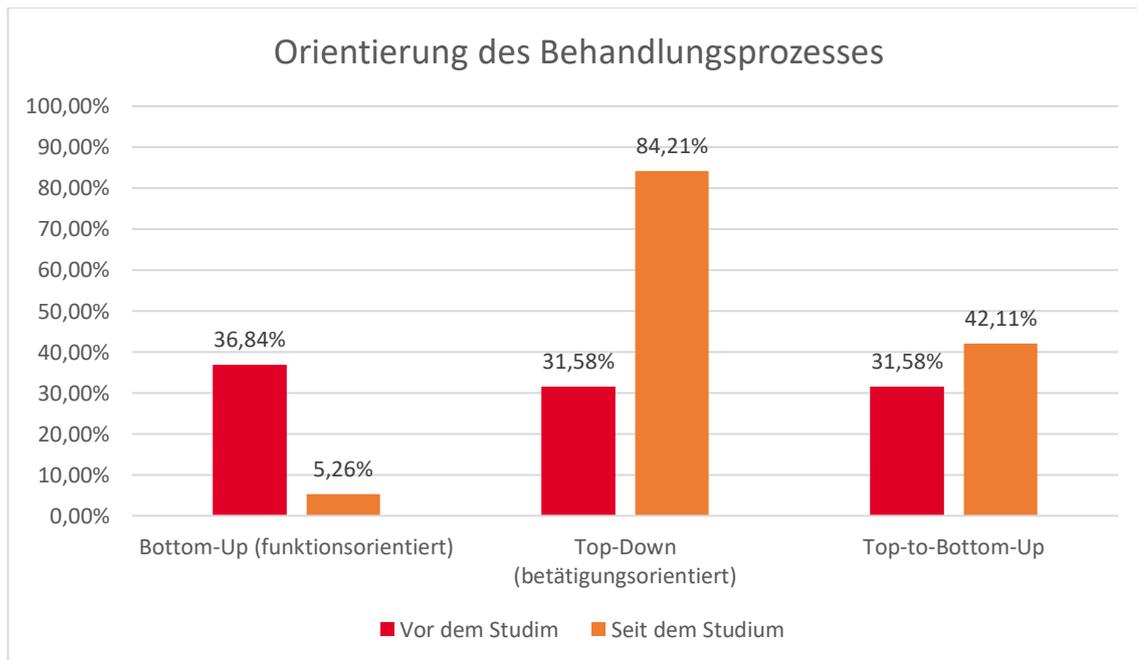
N=19 | Frage 21: *Welche Inhaltsmodelle haben Sie vor dem Studium in Ihrer Arbeit angewendet? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 22: *Welche Inhaltsmodelle wenden Sie seit Ihrem Studium in Ihrer Arbeit an? (Mehrfachauswahl möglich)*

Die Option „Andere“ („Vor dem Studium“) wurde mit „Direkt keines der genannten“ „Keine“ sowie „X“ angegeben. Bei der Option „Seit dem Studium“ nannten die Teilnehmer*innen das „OAFP“ (Assessment), „Ebenfalls kein ‚klassisches‘ Inhaltsmodell“, „OTIPM“ (Prozessmodell) und „Aufgrund meiner Arbeit kann ich kein ergotherapeutisches Modell anwenden“. Sowohl vor als auch seit dem Studium kann die Option „Andere“ mit „Keine“ zusammengefasst werden (→Tabelle 7).

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

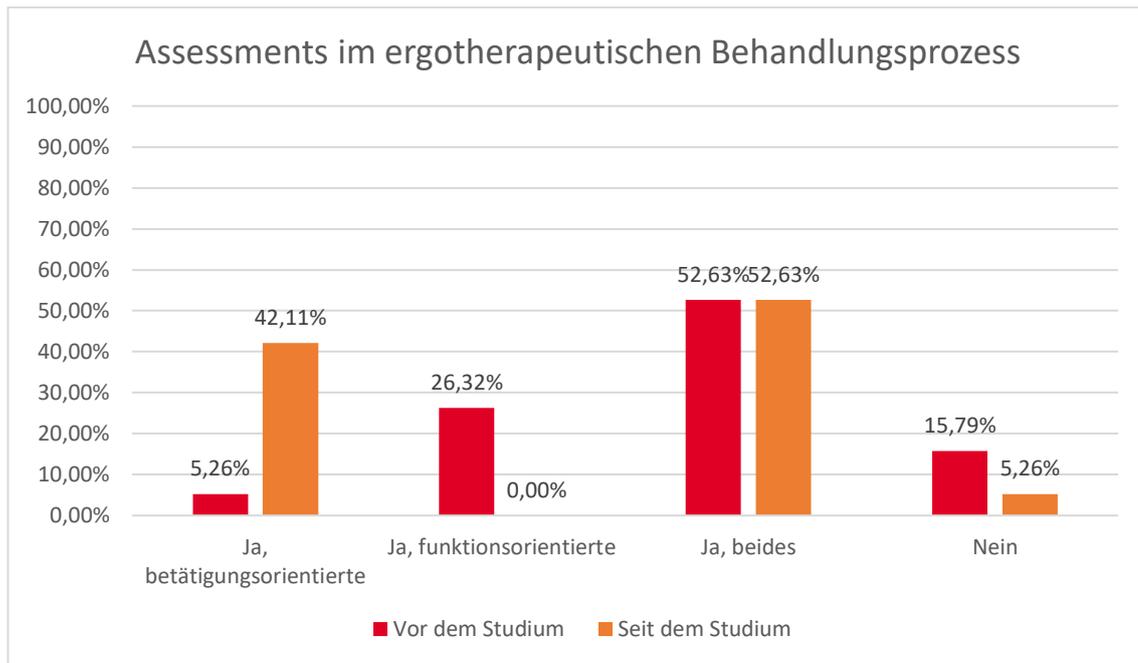


N=19 | Frage 23: Welche Prozessmodelle haben Sie vor Ihrem Studium angewendet (Mehrfachauswahl möglich) & Frage 24: Welche Prozessmodelle wenden Sie seit Ihrem Studium an? (Mehrfachauswahl möglich)



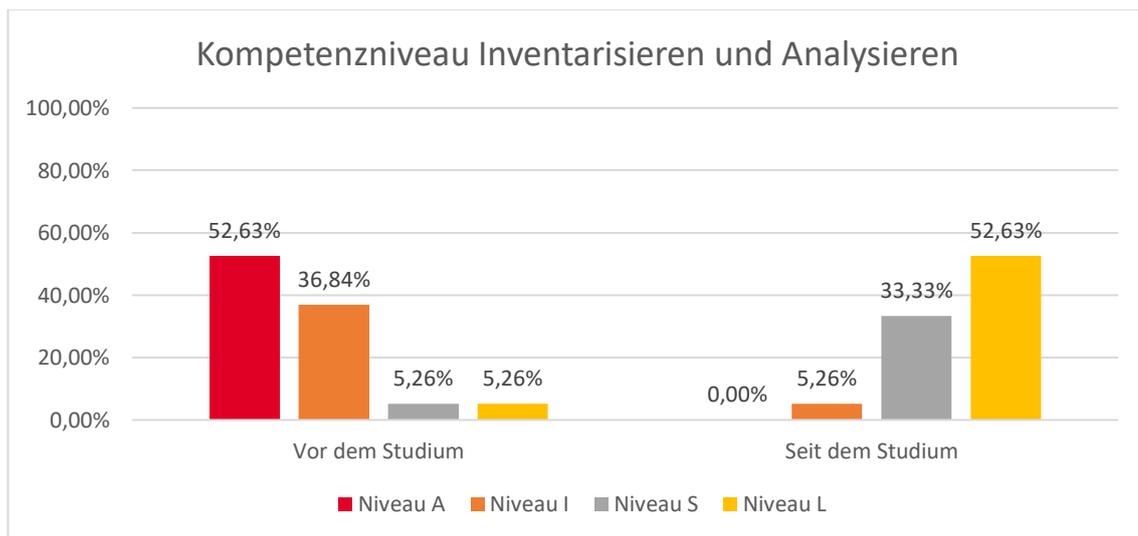
N=19 | Frage 25: Woran orientierte sich Ihr ergotherapeutischer Behandlungsprozess vor Ihrem Studium? (Mehrfachauswahl möglich) & Frage 26: Woran orientiert sich Ihr ergotherapeutischer Behandlungsprozess seit Ihrem Studium? (Mehrfachauswahl möglich)

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland



N=19 | Frage 27: Nutzen Sie Assessments im ergotherapeutische Behandlungsprozess?

Eine ergotherapeutische Diagnose stellten vor dem Studium 31,58% (6 TN). Seit dem Studium sind es 73,68% (14 TN) (Frage 28, N=19).



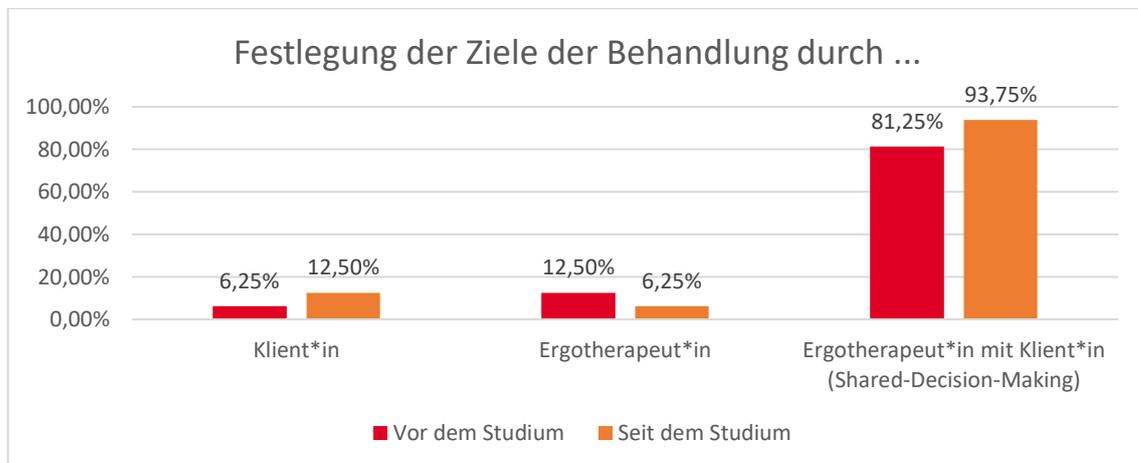
N=19 | Frage 29: Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Inventarisieren und Analysieren ein?

„Vor dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau L.

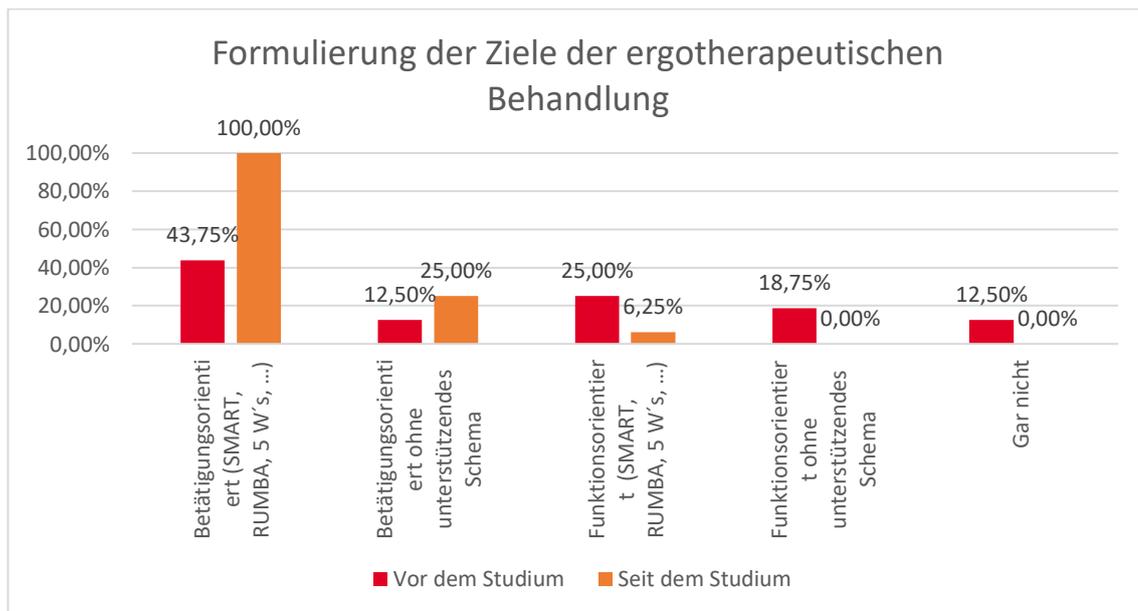
Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

4.2.2.3 Kompetenz Behandeln und Begleiten

Die Fragen 31-40 orientieren sich an der Anwendung der Kompetenz Behandeln und Begleiten.

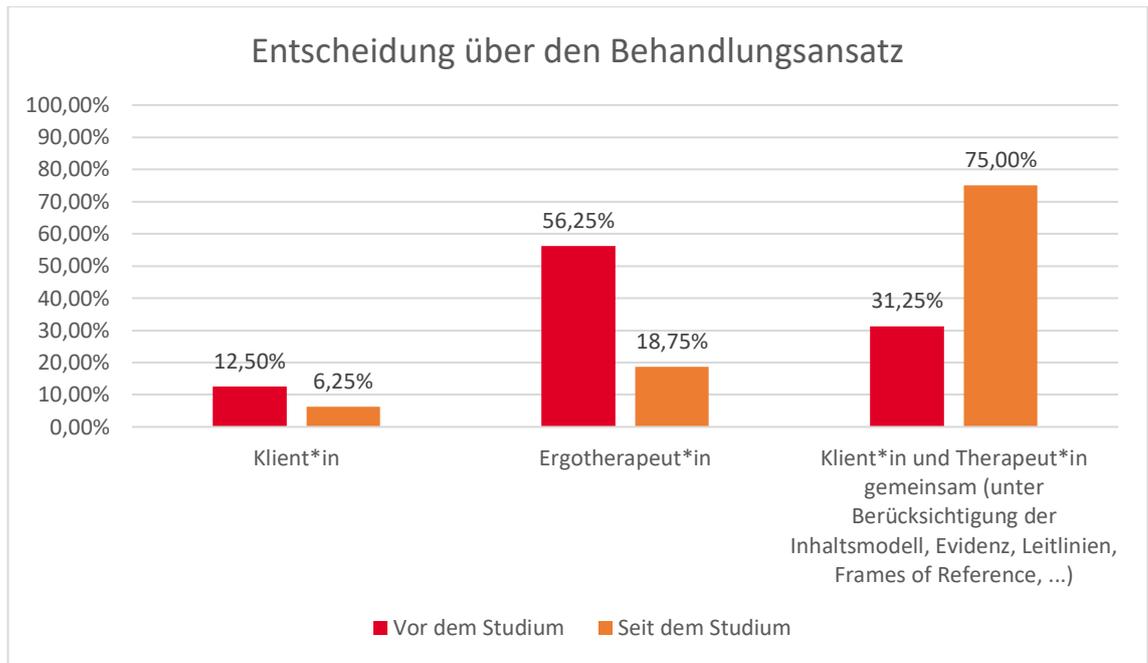


N=16 | Frage 31: Wer legte vor Ihrem Studium die Ziele der ergotherapeutischen Behandlung fest? (Mehrfachauswahl möglich) & Frage 32: Wer legt seit Ihrem Studium die Ziele für die ergotherapeutische Behandlung fest? (Mehrfachauswahl möglich)

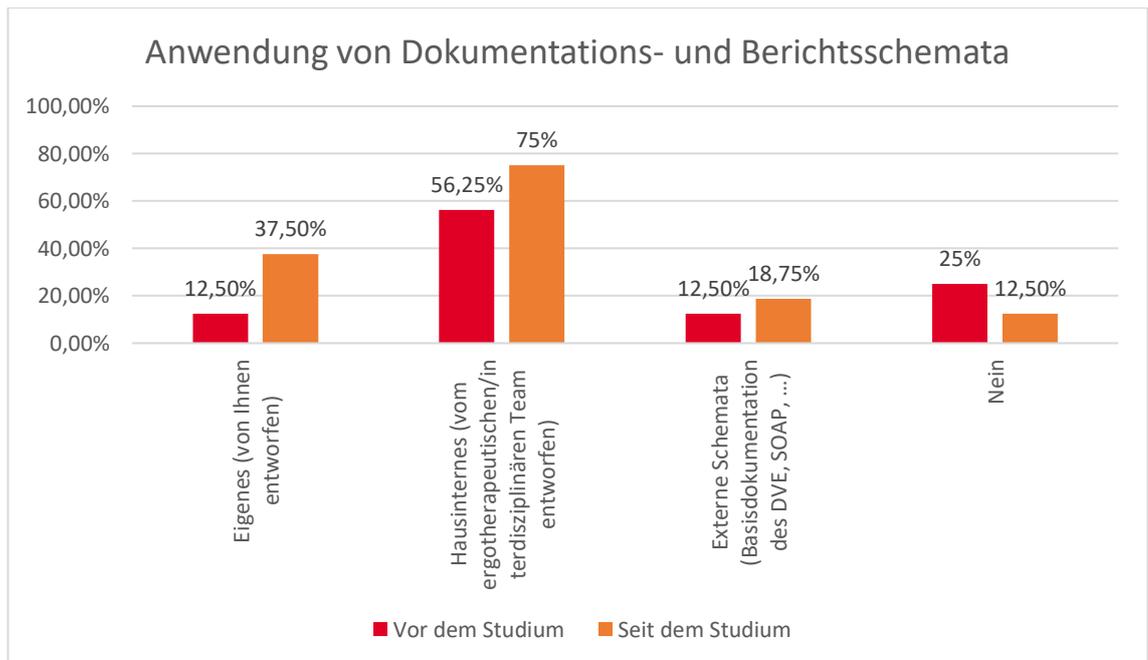


N=16 | Frage 33: Wie formulierten Sie vor Ihrem Studium die Ziele der ergotherapeutischen Behandlung? (Mehrfachauswahl möglich) & Frage 34: Wie formulieren Sie seit Ihrem Studium die Ziele der ergotherapeutischen Behandlung? (Mehrfachauswahl möglich)

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

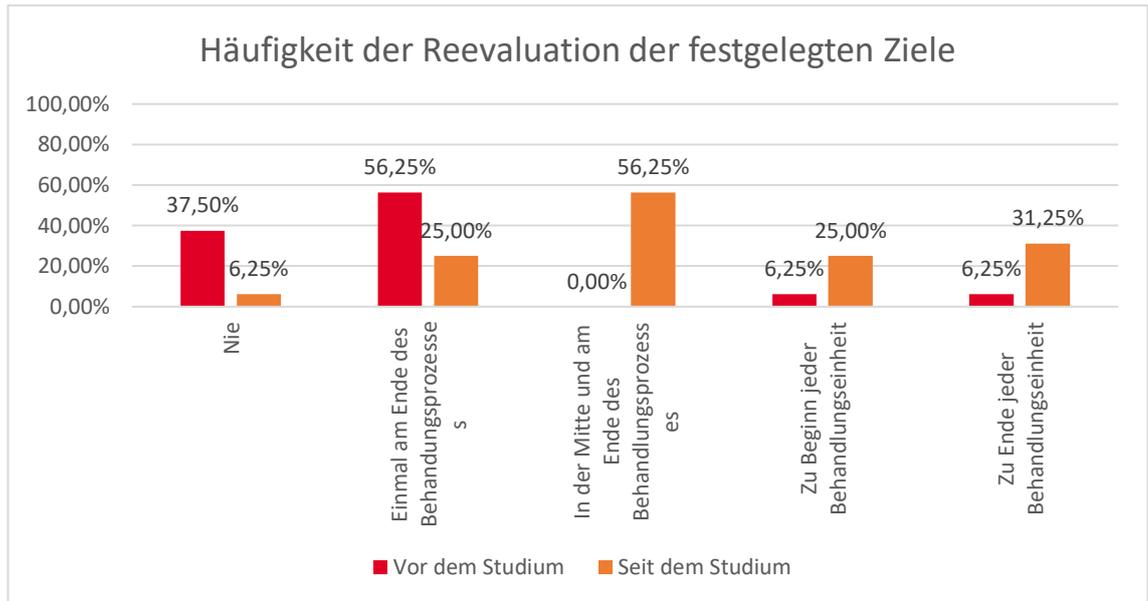


N=16 | Frage 35: *Wer entscheidet über den ergotherapeutischen Behandlungsansatz (Spezifisches Training, Beratung, Adaption, ...)?*

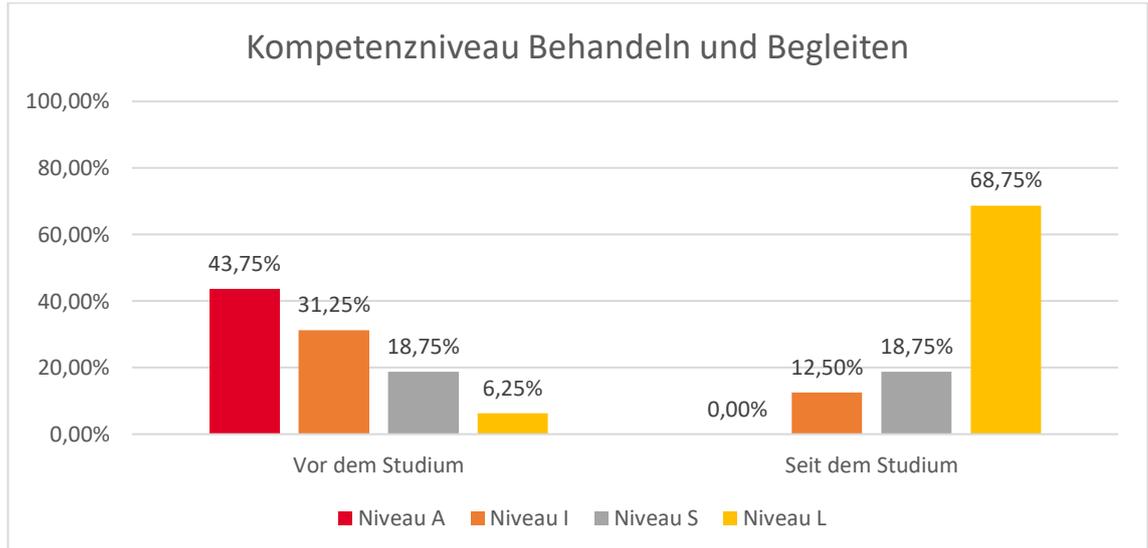


N=16 | Frage 36: *Haben Sie vor Ihrem Studium in Ihrer Dokumentation und Ihren Berichten Ihrer Therapien bestimmte Schemata angewendet? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 37: *Wenden Sie seit Ihrem Studium in Ihrer Dokumentation und Ihren Berichten Ihrer Therapien bestimmte Schemata an? (Mehrfachauswahl möglich)*

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland



N=16 | Frage 38: *Wie häufig haben Sie vor Ihrem Studium die Fortschritte im Bezug auf die festgelegten Ziele der Therapien reevaluiert? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 39: *Wie häufig haben Sie seit Ihrem Studium die Fortschritte im Bezug auf die festgelegten Ziele der Therapien reevaluiert? (Mehrfachauswahl möglich)*

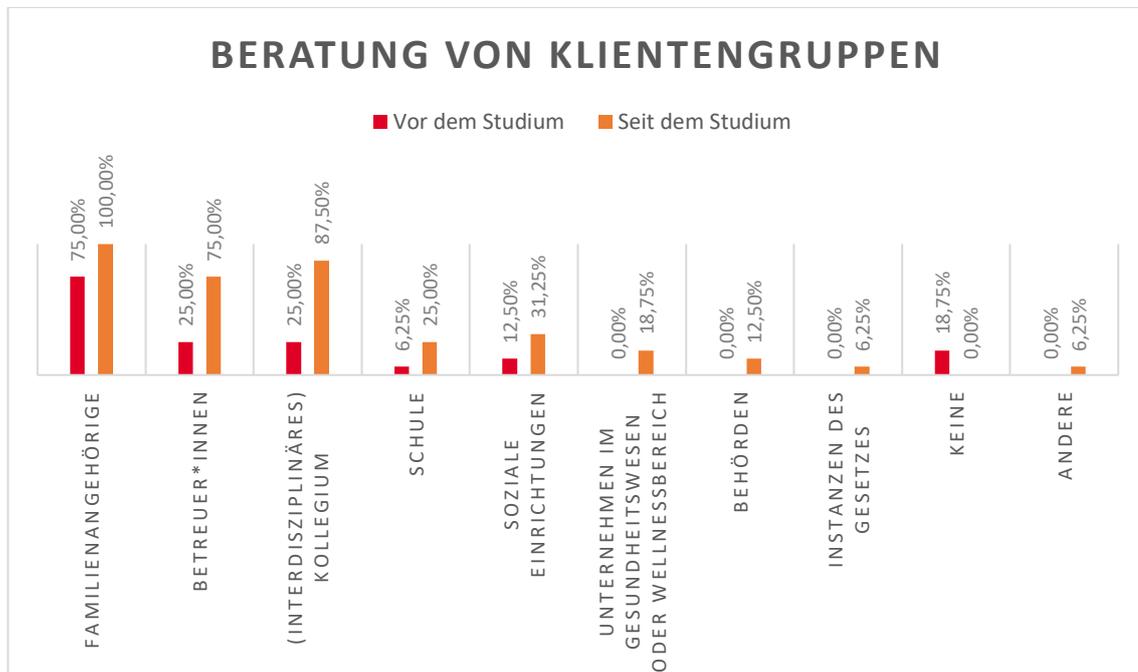


N=16 | Frage 40: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Behandeln und Begleiten ein?*

„Vor dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau I. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau L.

4.2.2.4 Kompetenz Beraten

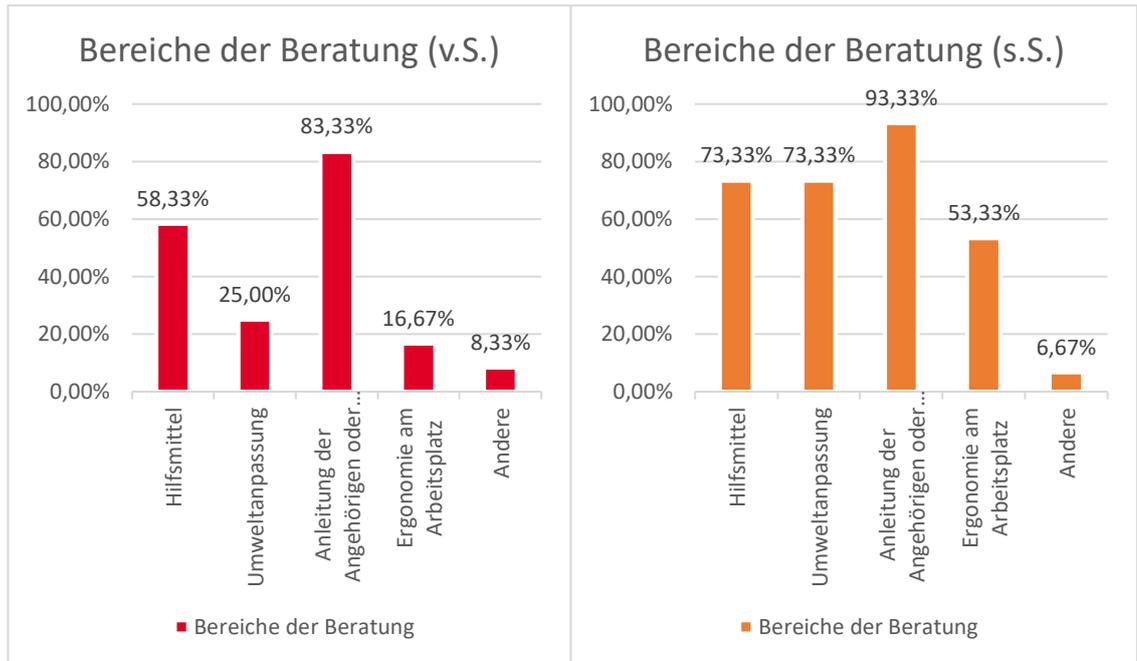
Die Kompetenz Beraten wird in den Fragen 41-47 repräsentiert.



N=16 | Frage 41: *Welche der folgenden Klientengruppen haben Sie vor Ihrem Studium in Ihrem Arbeitsalltag beraten? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 42: *Welche der folgenden Klientengruppen beraten Sie seit Ihrem Studium in Ihrem Arbeitsalltag? (Mehrfachauswahl)*

Keine der Teilnehmer*innen gab vor oder seit dem Studium Firmen, Vereine oder Versicherungen als Klientengruppen an. Der Übersichtlichkeit halber wurden diese aus dem Diagramm herausgenommen. Die Option „Andere“ („Seit dem Studium“) wurde wie folgt beantwortet: „ET Praxen, die auf modellgeleitetes Arbeiten umstellen wollen“. Vor dem Studium berieten 12 TN die von ihnen benannten Klientengruppen. Seit dem Studium waren es 15 TN. Die Diagramme zeigen die Bereiche, in denen vor und seit dem Studium Beratung erfolgte (Frage43&44).

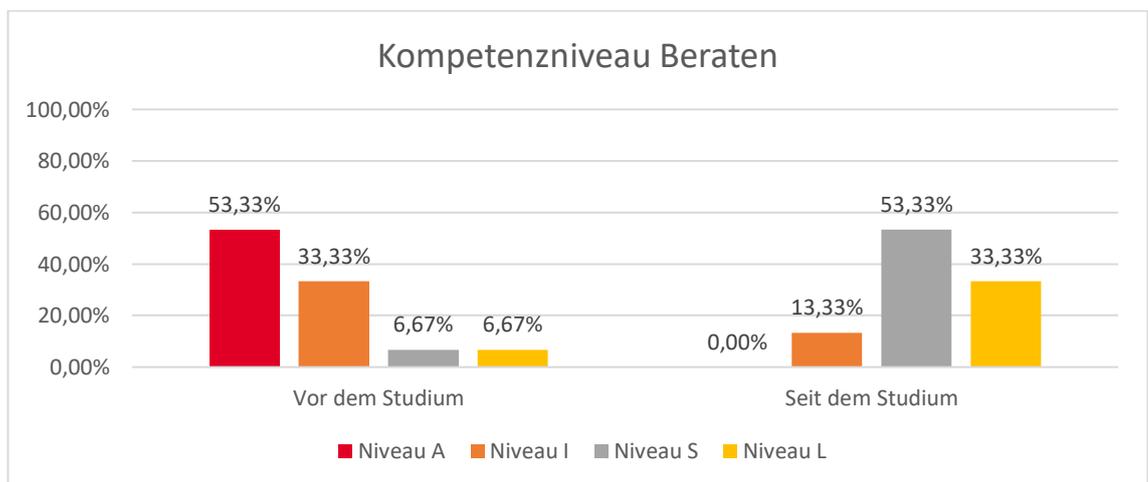
Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland



N=12; Andere: 1: Gesundheitsförderung

N=15; Andere: 1: Gesundheitsförderung

Vor dem Studium nutzen 8,33% (1 TN, N=12) Assessments oder Modelle wie z.B. das IPPA, Quest, Piads, etc. für die Evaluation des Beratungsprozesses. 53,33% (8 TN, N=15) sind es seit dem Studium (Frage 45 und 46).



N=15 | Frage 47: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Beraten ein?*

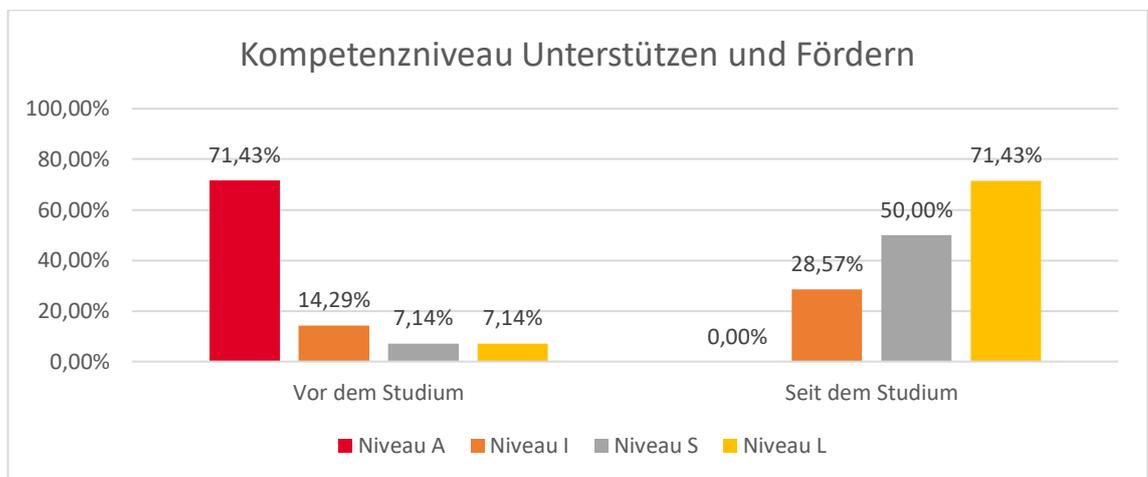
„Vor dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau S.

4.2.2.5 Kompetenz Unterstützen und Fördern

Die Anwendung der Kompetenz Unterstützen und Fördern wird in den Fragen 48-52 dargestellt.

Vor dem Studium arbeiteten 7,14% (1 TN) der insgesamt 14 Teilnehmerinnen mit vulnerablen Gruppen. Im Vergleich dazu arbeiten seit dem Studium 28,57% (4 TN) der Teilnehmerinnen mit vulnerablen Gruppen (Frage48&49).

Projekte mit vulnerablen Gruppen (Frage50&51) wurden „Vor dem Studium“ (N=1) sowohl eigeninitiativ als auch beauftragt initiiert. „Seit dem Studium“ (N=4) sind es 100% (4 TN), die Eigeninitiative bei der Projektinitiierung zeigen und 75% (3 TN) geben an, dass sie für die Projekte beauftragt wurden. Weder vor noch seit dem Studium initiierten die Teilnehmer*innen Projekte mit anderen Projektinitiatoren.



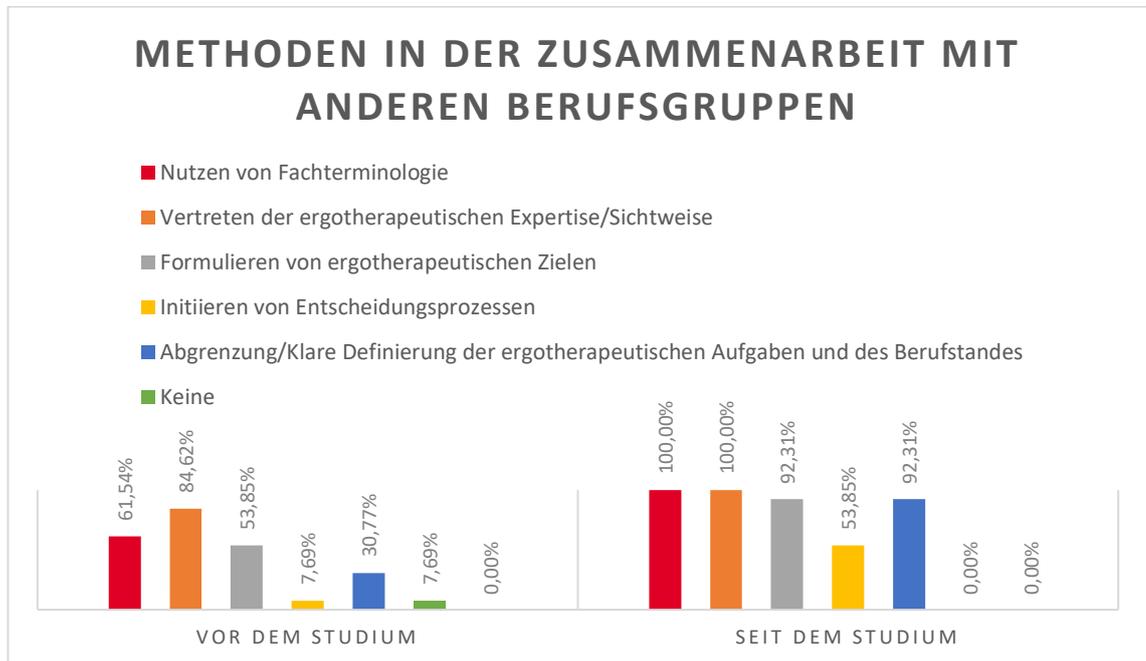
N=14 | Frage 52: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Unterstützen und Fördern ein?*

Im Vergleich „Vor dem Studium“ zu „Seit dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau S.

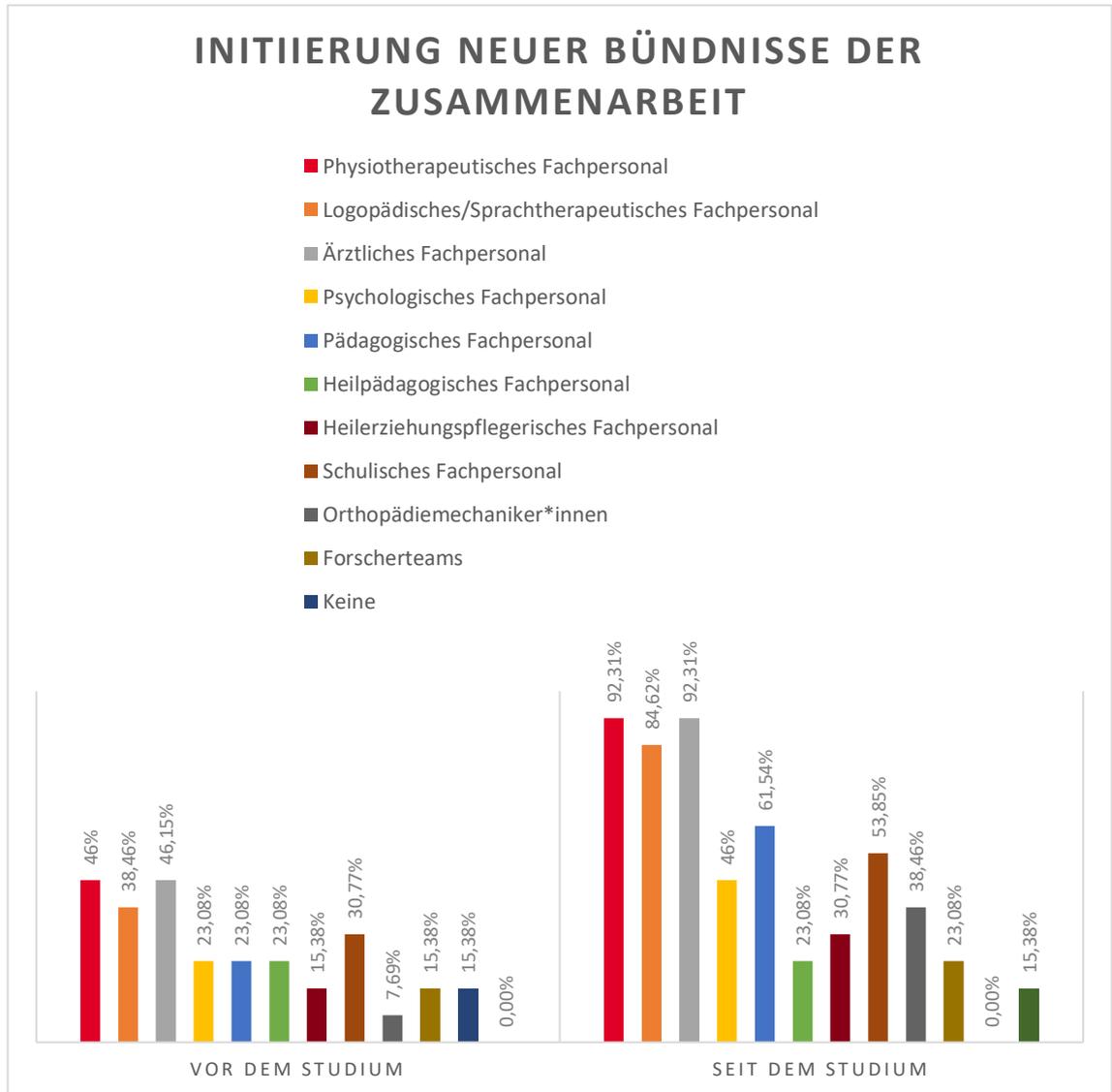
4.2.3 Organisationsbezogene Kompetenzen

4.2.3.1 Kompetenz Zusammenarbeiten

Die Darstellung der Kompetenz Zusammenarbeiten erfolgt in den Fragen 53 – 57.



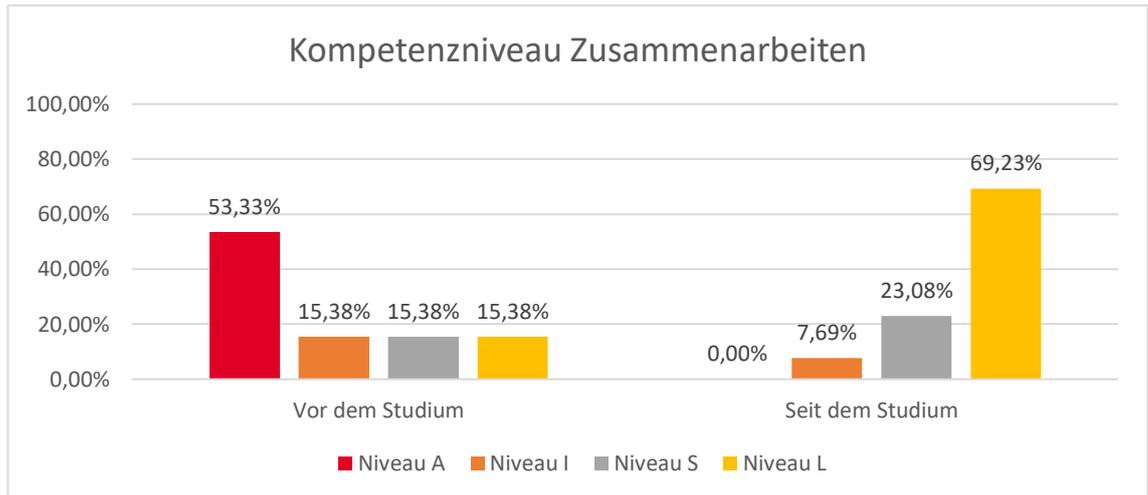
N=13 | Frage 53: *Welche Methoden haben Sie vor Ihrem Studium in Ihrer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen angewendet? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 54: *Welche Methoden wenden Sie seit Ihrem Studium in Ihrer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen an? (Mehrfachauswahl möglich)*



N=13 | Frage 55: *Mit welchen Berufsgruppen haben Sie vor Ihrem Studium neue Bündnisse der Zusammenarbeit initiiert? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 56: *Mit welchen Berufsgruppen haben Sie seit Ihrem Studium neue Bündnisse der Zusammenarbeit initiiert? (Mehrfachauswahl möglich)*

Zwei Teilnehmer*innen gaben in der Option „Andere“ („Seit dem Studium“) das „Pflegepersonal“ an. Eine der beiden Teilnehmer*innen gab zusätzlich das „Jugendamt“ sowie die „Stadt/Kommune“ an.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

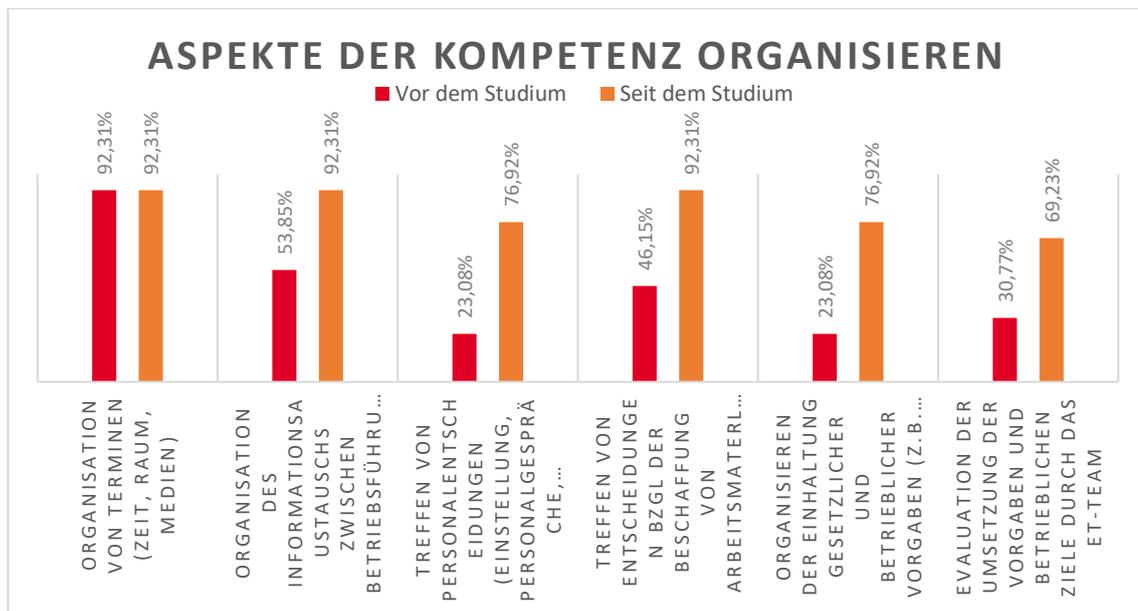


N=13 | Frage 57: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Zusammenarbeiten ein?*

Im Vergleich „Vor dem Studium“ zu „Seit dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau L.

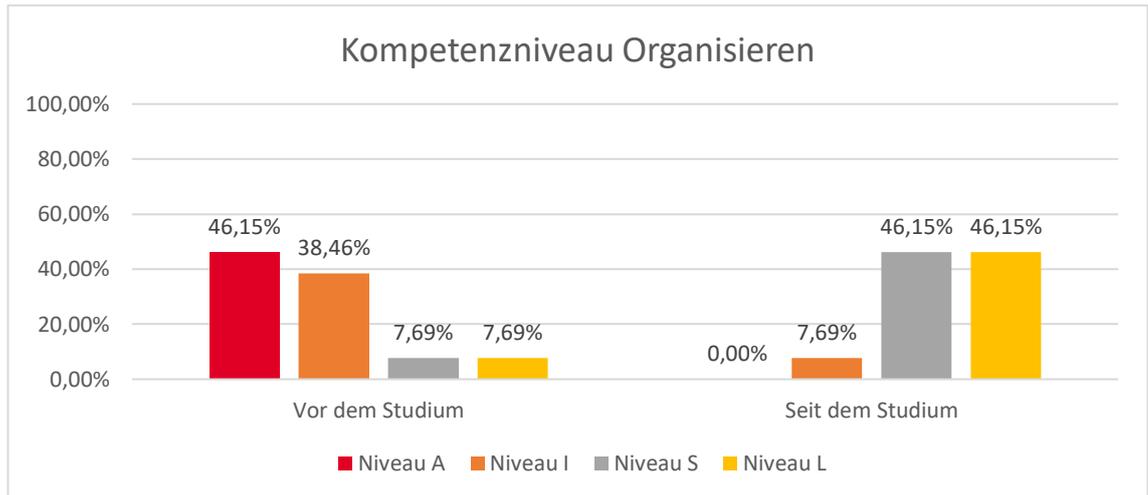
4.2.3.2 Kompetenz Organisieren

Die Kompetenz Organisieren geht mit unterschiedlichen Aspekten einher die in den Fragen 58-64 dargestellt sind.



N=13 | Fragen 58-63: „Organisieren Sie Ihre Termine in Ihrem beruflichen Kontext selbst (Zeit, Raum, Medien)?“ & „Organisieren Sie den Informationsaustausch zwischen Betriebsführung und ergotherapeutischem Team?“ & „Treffen Sie Personalentscheidungen (Einstellung, Personalgespräche, Praktikaanleitung etc.)?“ & „Treffen Sie Entscheidungen bezüglich der Beschaffung von Arbeitsmaterialien für die ergotherapeutische Abteilung?“ & „Organisieren Sie die Einhaltung von gesetzlichen und betrieblichen Vorgaben (z.B. Berufsgesetz, Qualitätsvorgaben, etc.)?“ & „Evaluieren Sie die Umsetzung der Vorgaben und betrieblichen Ziele durch das ergotherapeutische Team?“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland



N=13 | Frage 64: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Organisieren ein?*
„Vor dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau I. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau S.

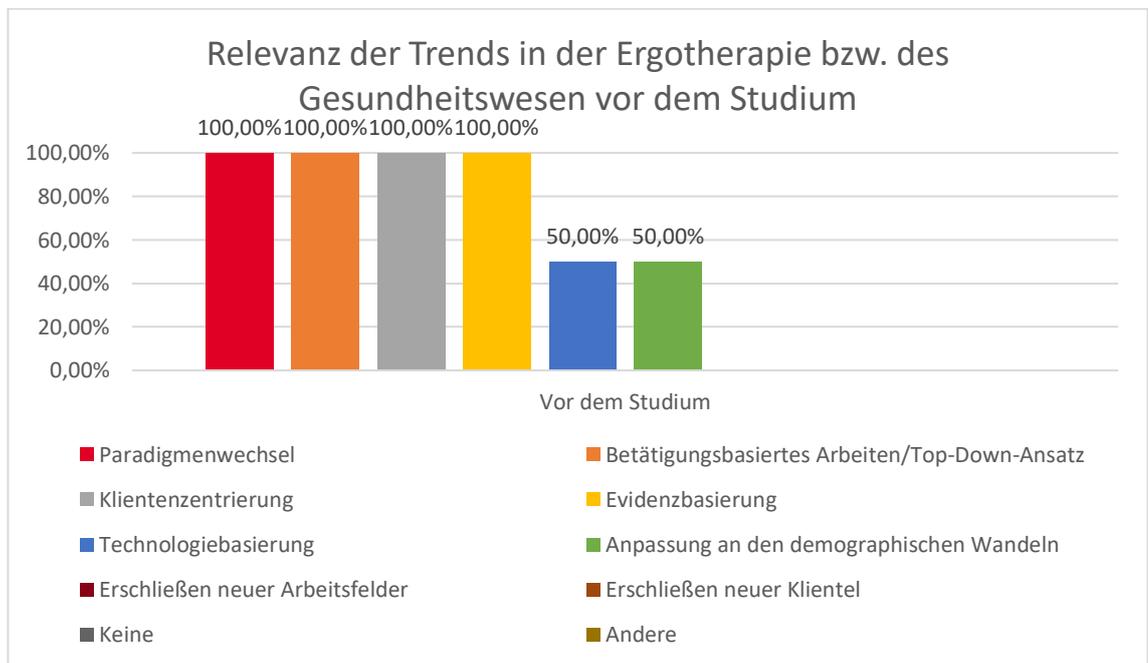
Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

4.2.3.3 Kompetenz Unternehmerisch tätig sein

Die Fragen 65-73 repräsentieren die Kompetenz Unternehmerisch tätig sein.

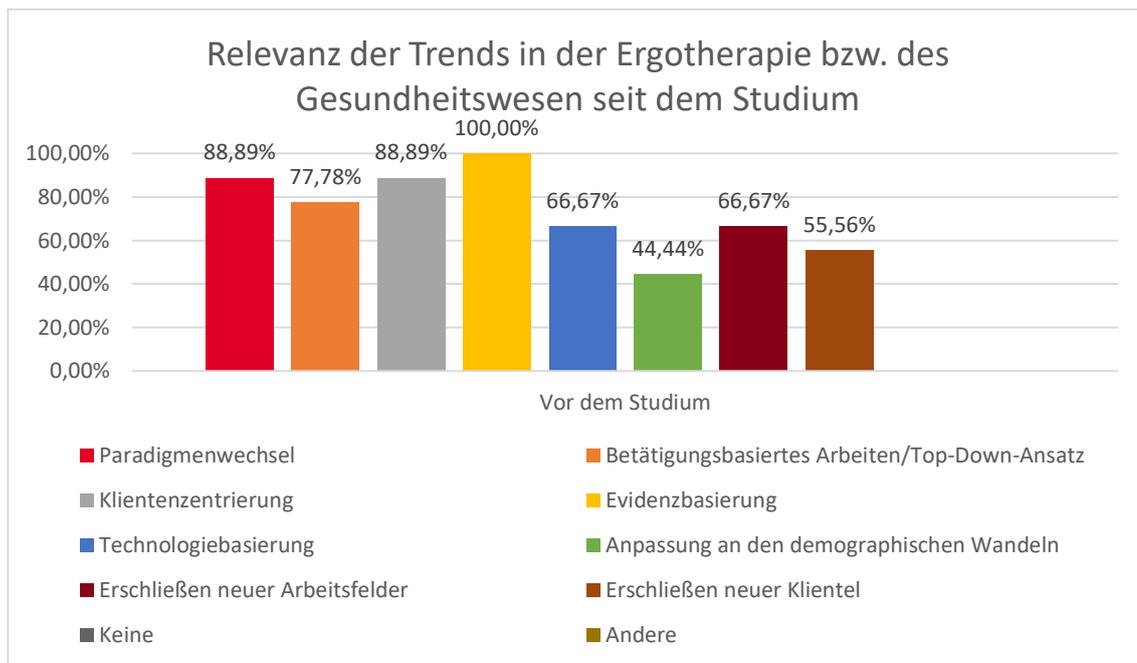
7,69% (1 TN) (N=13) gibt an vor dem Studium neue Klientel für das Unternehmen, in dem sie arbeitet, erschlossen zu haben. Seit dem Studium sind es 38,46% (5 TN) (N=13).

Neue Behandlungsansätze für das Unternehmen, in dem sie arbeiten, haben vor dem Studium 15,38% (2 TN) (N=13) erschlossen. Im Vergleich dazu sind es seit dem Studium 69,23% (9 TN) (N=13).

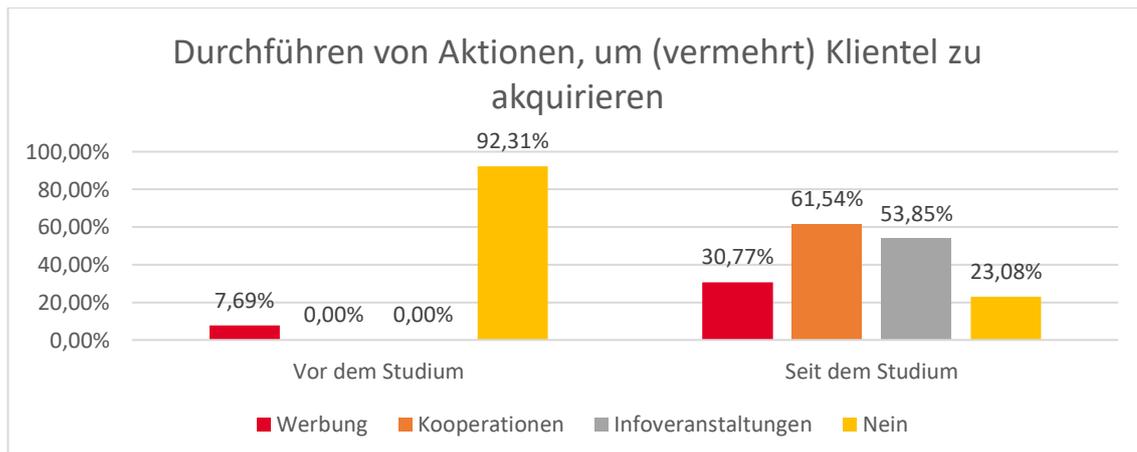


N=2 | Frage 67: Welche Trends in der Ergotherapie bzw. des Gesundheitswesens waren für Sie vor dem Studium relevant, um neue Behandlungsansätze in dem Unternehmen, in dem Sie arbeiten, zu etablieren? (Mehrfachauswahl möglich)

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland



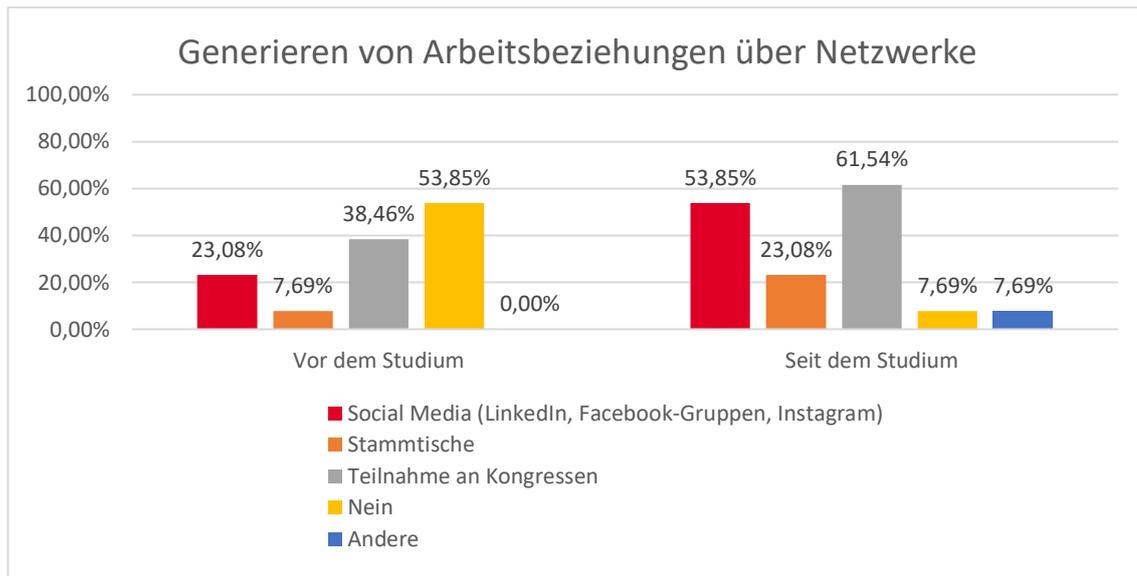
N=9 | Frage 68: *Welche Trends in der Ergotherapie bzw. des Gesundheitswesens sind für Sie seit dem Studium relevant, um neue Behandlungsansätze in dem Unternehmen, in dem Sie arbeiten zu etablieren? (Mehrfachauswahl möglich)*



N=13 | Frage 69: *„Führten Sie vor Ihrem Studium folgende Aktionen durch, um (vermehrt) Klientel zu akquirieren?“ (Mehrfachauswahl möglich)“* & Frage 70: *„Führen Sie seit Ihrem Studium folgende Aktionen durch, um (vermehrt) Klientel zu akquirieren? (Mehrfachauswahl möglich)“*

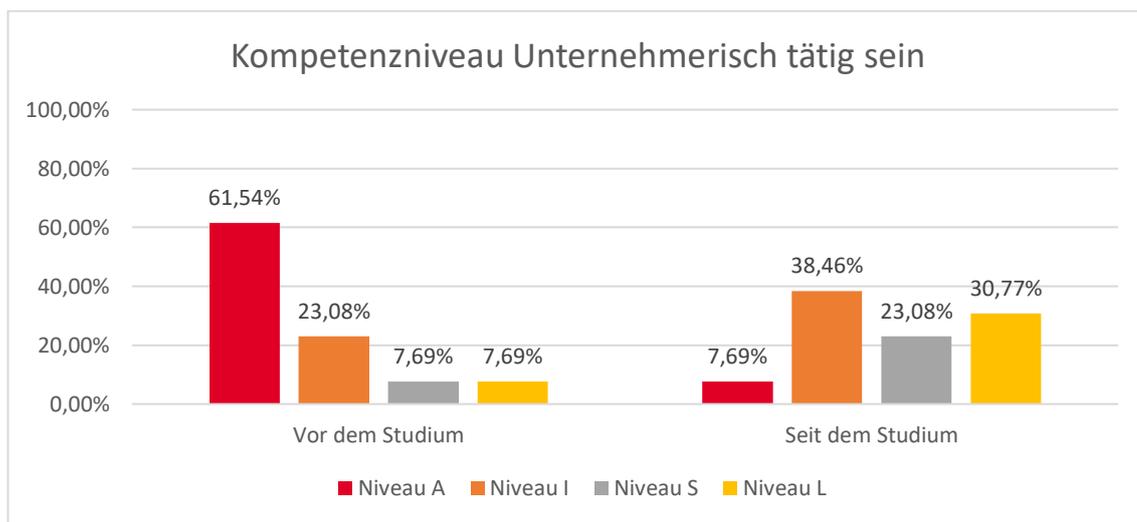
Weder vor noch seit dem Studium wurden „Andere“ Aktionen durchgeführt, um (vermehrt) Klientel zu akquirieren.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland



N=13 | Frage 71: *Haben Sie vor Ihrem Studium Netzwerke genutzt um Arbeitsbeziehungen zu generieren und zu stärken? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 72: *Nutzen Sie seit Ihrem Studium Netzwerke um Arbeitsbeziehungen zu generieren und zu stärken? (Mehrfachauswahl möglich)*

Die Option „Andere“ („Seit dem Studium“) wurde mit „Mitarbeit in Fachausschüssen des DVEs, Teilnahme an regionalen Qualitätszirkeln“ beantwortet.

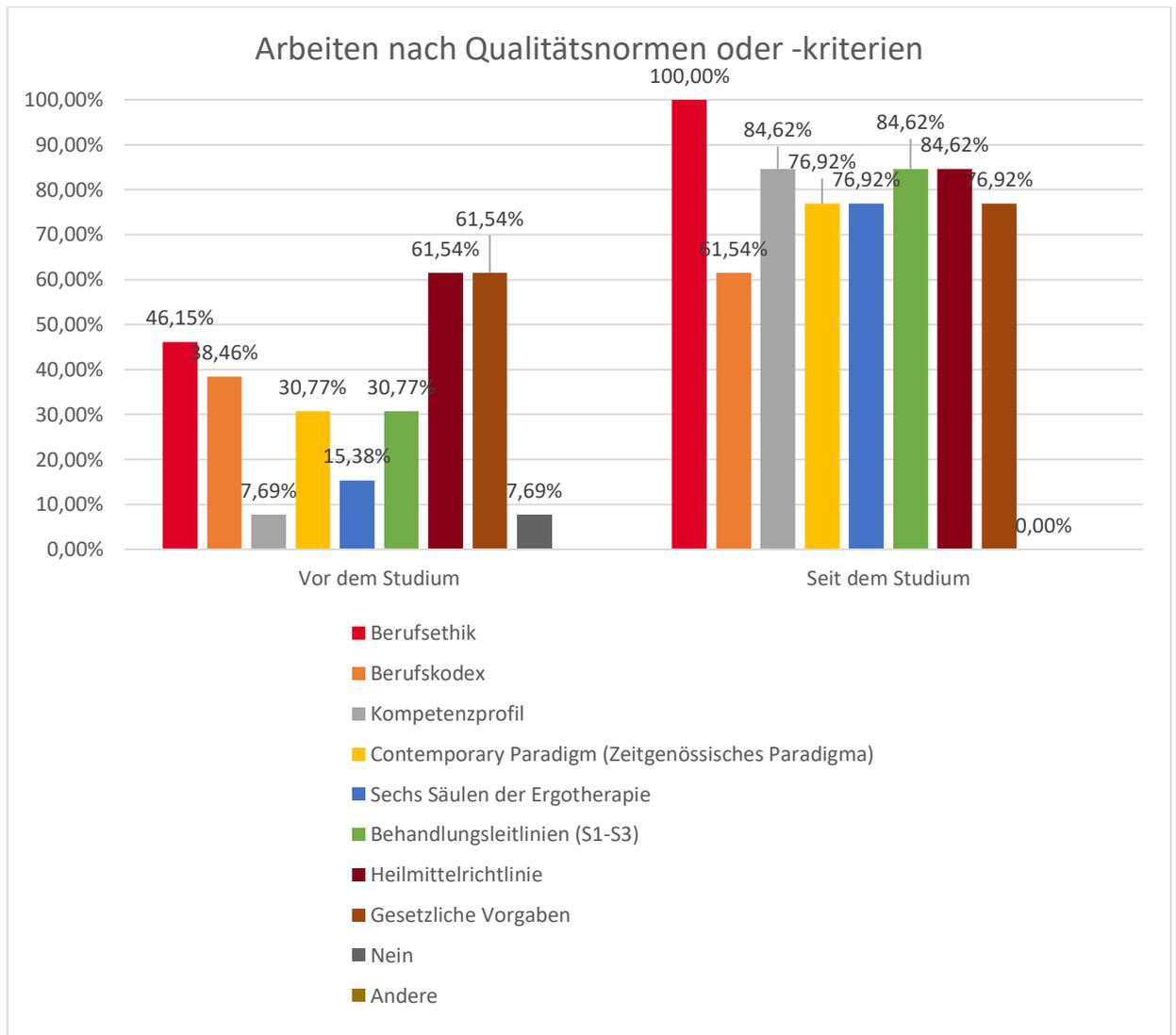


N=13 | Frage 73: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Unternehmerisch tätig sein ein?*

„Vor dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau S.

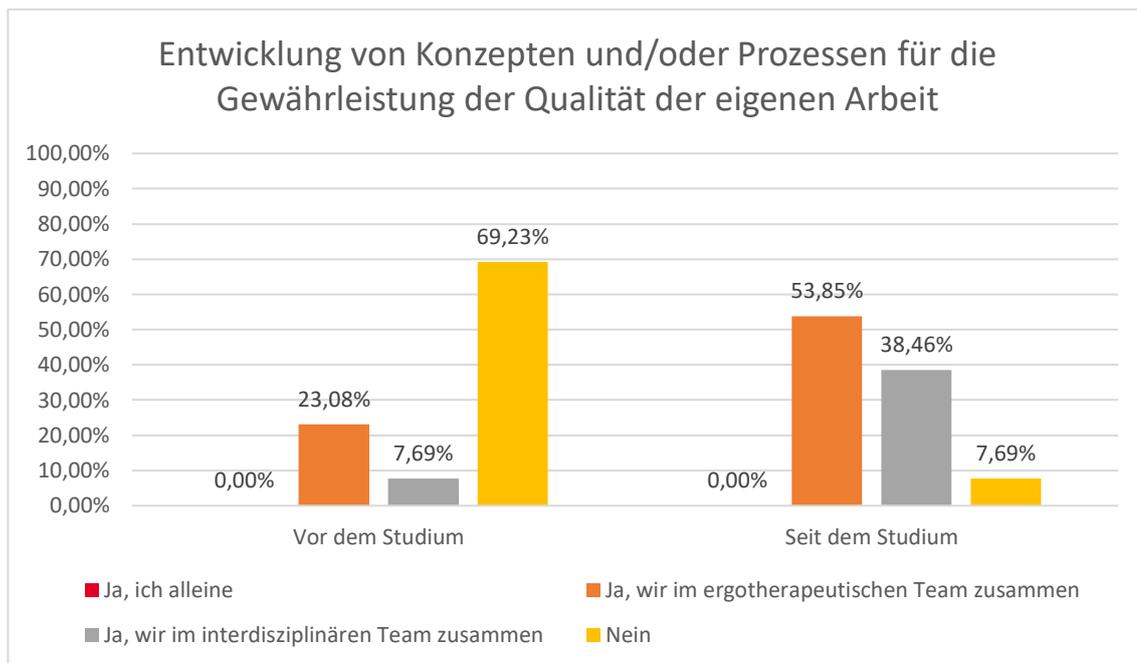
4.2.3.4 Kompetenz Qualität gewährleisten

Die Kompetenz Qualität gewährleisten wird in den Fragen 74 – 78 dargestellt.



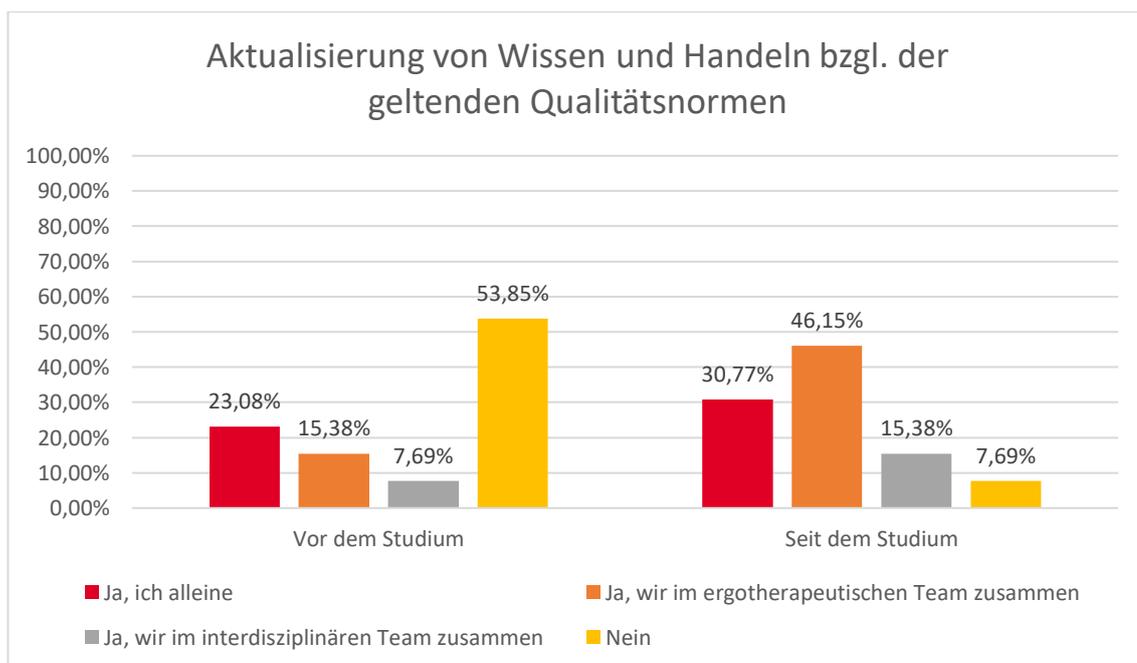
N=13 | Frage 74: *Haben Sie vor Ihrem Studium nach einer oder mehreren der folgenden Qualitätsnormen und -kriterien gearbeitet? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 75: *Arbeiten Sie seit Ihrem Studium nach einer oder mehreren der folgenden Qualitätsnormen oder -kriterien? (Mehrfachauswahl möglich)*

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland



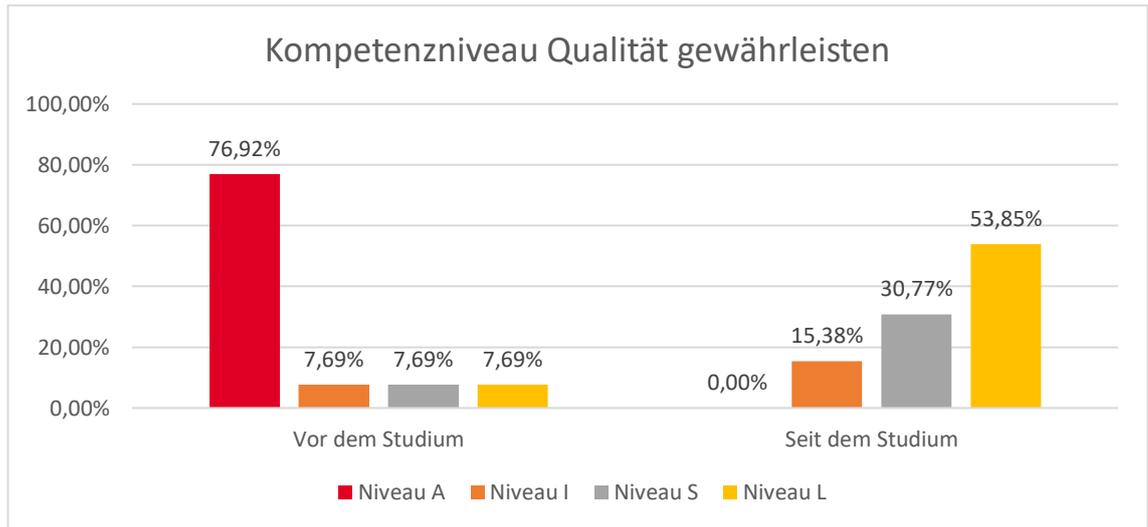
N=13 | Frage 76: *Entwickeln Sie Konzepte und/oder Prozesse, um die Qualität Ihrer Arbeit zu gewährleisten?*

Eine Teilnehmer*in (7,14%) gibt an seit dem Studium weiterhin keine Konzepte und/oder Prozesse zu entwickeln, um die Qualität ihrer Arbeit zu gewährleisten.



N=13 | Frage 77: *Aktualisieren Sie Ihr Wissen und Handeln bezüglich der geltenden Qualitätsnormen?*

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland



N=13 | Frage 78: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Qualität gewährleisten ein?*

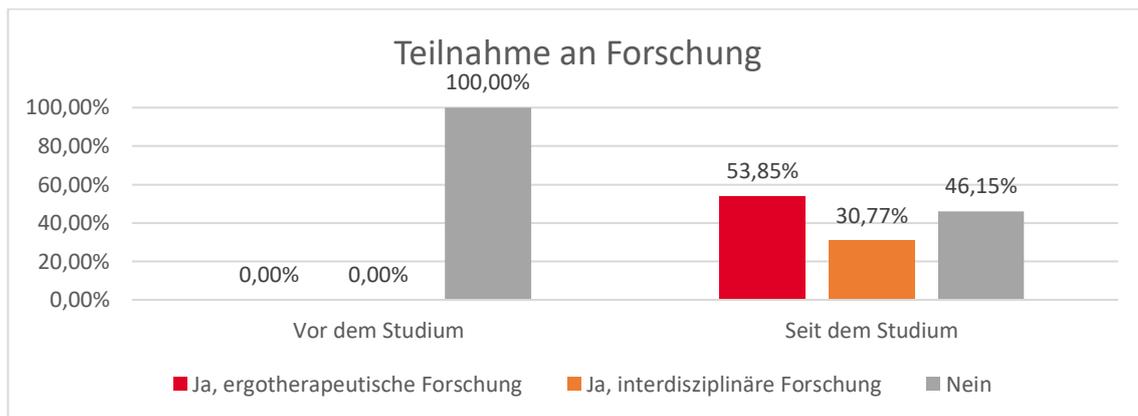
„Vor dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau L.

4.2.4 Berufsbezogene Kompetenzen

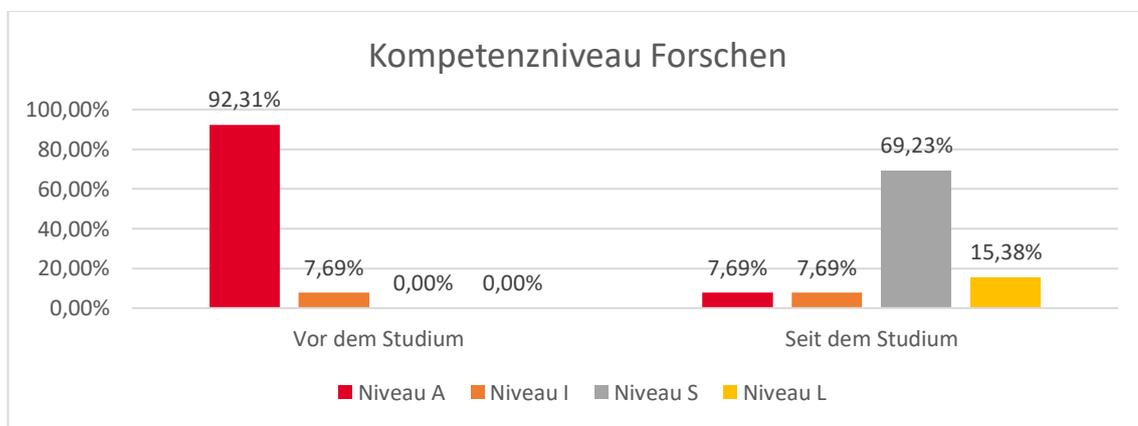
4.2.4.1 Kompetenz Forschen

Die Fragen 79-82 beschreiben die Kompetenz Forschen.

Eine kritische Beurteilung von aktueller Fachliteratur zur Evidenzsammlung nahmen vor dem Studium 7,69% (1 TN) vor. Seit dem Studium beurteilen 92,31% (12 TN) aktuelle Fachliteratur kritisch (Frage 79). Die gewonnenen Kenntnisse wenden 100% (1 TN) sowohl vor als auch nach dem Studium an (Frage 80).



N=13 | Frage 81: *Haben Sie vor Ihrem Studium in Ihrer Arbeit geforscht oder zu Forschungen beigetragen? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 82: *Forschen Sie seit Ihrem Studium in Ihrer Arbeit oder tragen zu Forschungen bei? (Mehrfachauswahl möglich)*



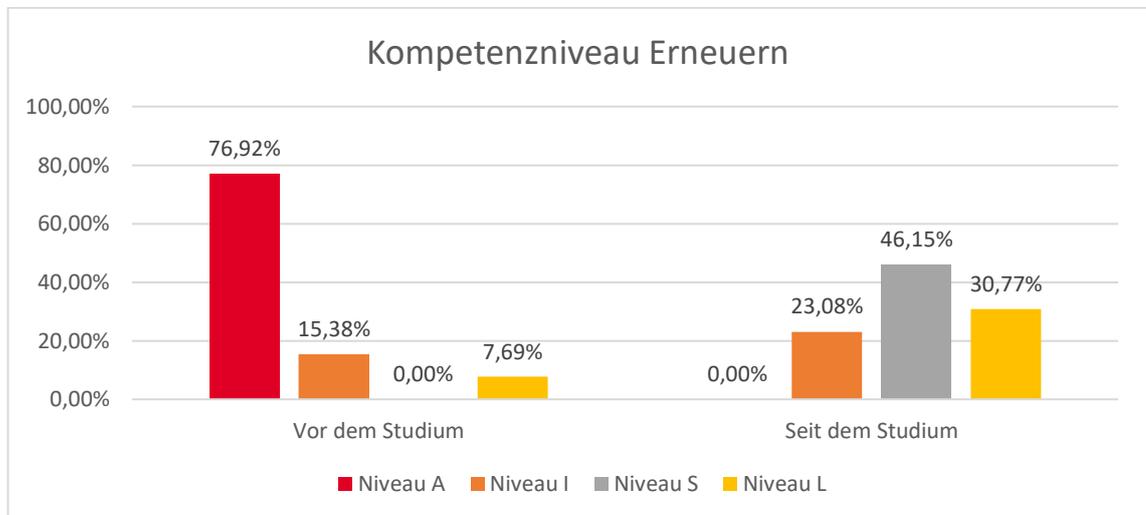
N=13 | Frage 83: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Forschen ein?*

Im Vergleich „Vor dem Studium“ zu „Seit dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau S.

4.2.4.2 Kompetenz Erneuern

Die Kompetenz Erneuern wird in den Fragen 84-87 repräsentiert. Bei allen Antworten ist **N=13**.

Vor dem Studium ergriffen 7,69% (1 TN) die Initiative um neue Arbeitsweisen, Produkte oder Dienstleistungen zu planen. Seit dem Studium sind es 92,31% (12 TN). 30,77% (4 TN) geben an, vor dem Studium die erarbeiteten Arbeitsweisen, Produkte oder Dienstleistungen im eigenen Arbeitsalltag umzusetzen. Der Wert seit dem Studium entspricht 92,31% (12 TN). Die Überprüfung der erarbeiteten Arbeitsweisen, Produkte oder Dienstleistungen nahmen vor dem Studium 38,46% (5 TN) vor. Seit dem Studium sind es 92,31% (12 TN).

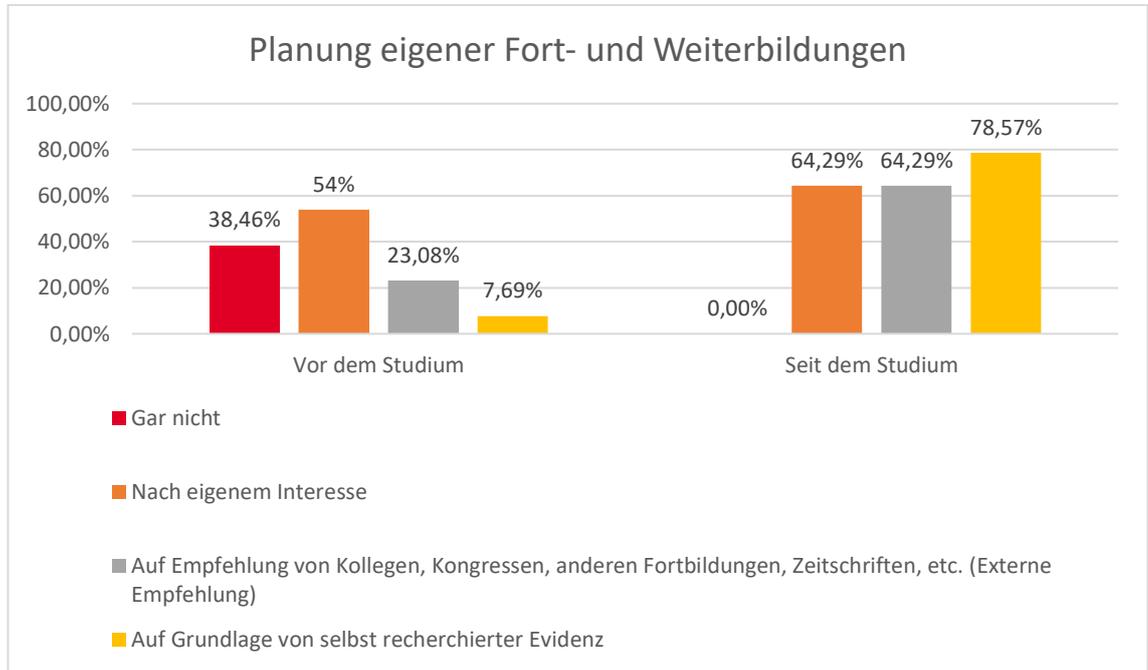


N=13 | Frage 87: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Erneuern ein?*

Im Vergleich „Vor dem Studium“ zu „Seit dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau S.

4.2.4.3 Kompetenz Lehren, lernen und entwickeln

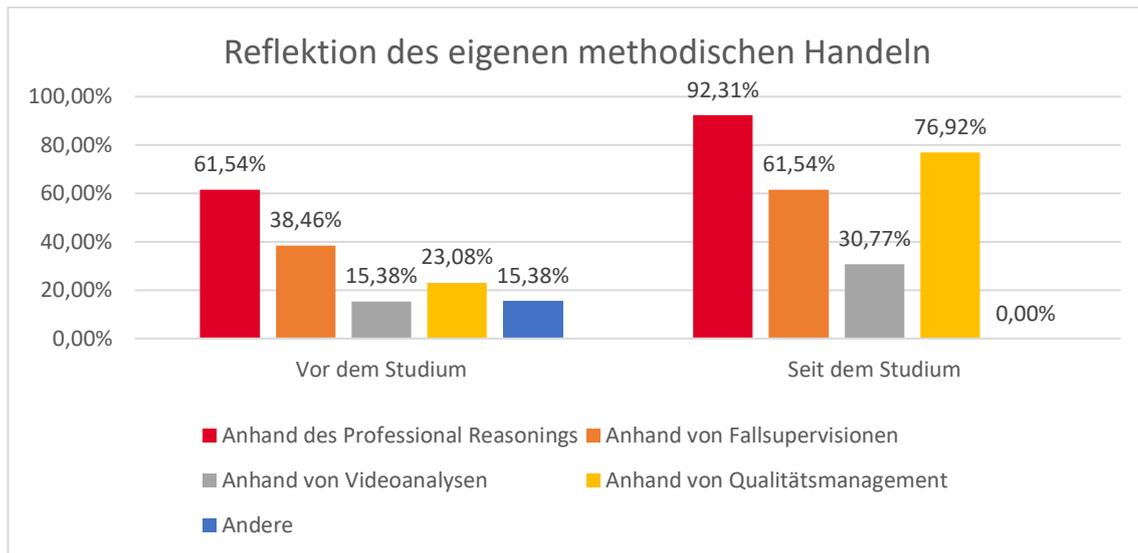
Fragen 88-93 beschäftigen sich mit der Kompetenz Lehren, lernen und entwickeln.



N=13 | Frage 88: *Wie haben Sie vor Ihrem Studium Ihre Fort- und Weiterbildungen geplant? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 89: *Wie planen Sie seit Ihrem Studium Ihre Fort- und Weiterbildungen? (Mehrfachauswahl möglich)*

Zu berücksichtigen ist, dass bis auf eine Teilnehmer*in vor dem Studium alle TN, die die Auswahl „Gar nicht“ trafen, direkt anschließend, oder sogar noch in ihrer Ausbildung mit dem Studium begannen.

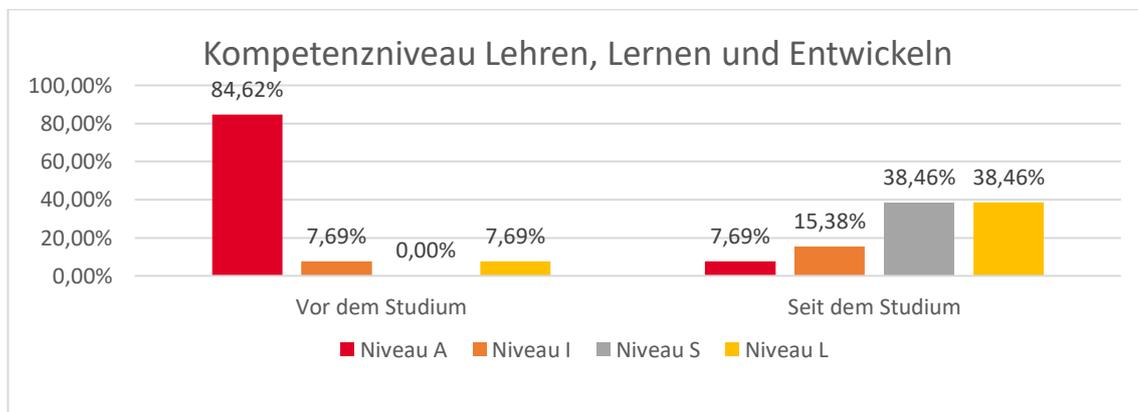
Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland



N=13 | Frage 90: *Wie reflektierten Sie Ihr methodisches Handeln vor Ihrem Studium? (Mehrfachauswahl möglich)* & Frage 91: *Wie reflektieren Sie Ihr methodisches Handeln seit Ihrem Studium? (Mehrfachauswahl möglich)*

Als „Andere“ wurden die Antworten „Kaum erfolgt“ und „Ich habe das leider vorher nie gemacht“ gegeben.

In ihrem Arbeitsumfeld bildeten vor dem Studium 23,08% (3 TN) andere Personen in ergotherapeutischen Themen weiter. Seit dem Studium sind es 69,23% (9 TN) (Frage 92).



N=13 | Frage 93: *Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Lehren, lernen und entwickeln ein?*

„Vor dem Studium“ lag der Median „Vor dem Studium“ bei Niveau A. „Seit dem Studium“ liegt der Median bei Niveau S.

4.3 Ergebnisse der qualitativen Daten

Die Interviews fanden via Telefonanruf statt, welche über die Applikation "TapeACall" aufgezeichnet wurden. Die Befragten erhielten im Vorfeld ein Onlineanschreiben (→Anlage 8), welches über Zweck und Nutzen der Studie aufklärt. Der Aufruf für das Interview startete zeitgleich mit der Versendung des Surveys. Die Einschreibemöglichkeit endete am 21.07.2020. Die Interviews wurden händisch transkribiert (→Anlage 11).

In der Methodik (→3.8.2) wurde das Vorgehen für die Entwicklung des Kategoriensystems beschrieben. Dafür wurden die Aussagen der Befragten in Kategorien zusammengestellt. Nachfolgend werden die Kategorien, mit Über- und Unterkategorien aufgeführt und mit Zitaten der Befragten erklärt. Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden die Kategorien den einzelnen Leitfragen zugeordnet.

4.3.1 Klientenbezogene Kompetenzen

4.3.1.1 Kompetenz Screenen

Diese Unterkategorie schildert Aspekte, die von der Befragten im Interview berichtet wurde (B3). Die Befragte (B3) klärt Handlungsprobleme und inventarisiert diese, das Screenen wird in einer adaptiven Variante durchgeführt, da die verordnungsweisenden Ärzte eine Empfehlung über Bedarf von den Ergotherapeut*innen mittels Testung einfordern (B3, Z972-974).

4.3.1.2 Kompetenz Inventarisieren und Analysieren

Diese Unterkategorie zeigt Aussagen, die von den Befragten im Interview getätigt wurden (B2, B3). Die Befragte 3 klärt den Auftrag und sammelt Informationen. Um den Bedarf zu klären werden alltagsorientierte Assessments verwendet. Darüber hinaus werden ggfs. gezielte Testungen erhoben und Videoanalysen von Alltagsproblemen erstellt. Die gesammelten Informationen werden an die verordnungsweisenden Ärzte weitergeben mit einer Empfehlung ob ergotherapeutischer Bedarf vorhanden ist (B3, Z.974-977). Die Befragte B2 schildert, dass sich das methodische Handeln ihrer deutschen Kollegen weniger an Modellen oder Assessments orientiert (B2, Z493-495).

4.3.1.3 Kompetenz Behandeln und Begleiten

Diese Unterkategorie schildert Standpunkte, die von den Befragten im Interview getätigt wurden (B2, B3). B3 plant die Behandlungen und zieht zur Informationsbeschaffung Modelle und Leitlinien hinzu (B3, Z.1014-1016). B2 ist der Meinung, dass Behandlungsplanung sich in besonderen Kontexten als herausfordernd gestalten (B2, Z.434-435).

4.3.1.4 Kompetenz Beraten

Diese Unterkategorie spiegelt Aussagen, die von der Befragten im Interview gemacht wurden wieder (B3). B3 schildert, dass der Beratungsbedarf durch implementierte Beratungsbögen dokumentiert wird, sodass Ziel und Ergebnis festgehalten werden (B3, Z.934-940). B3 muss sich gegenüber ihren Arbeitskollegen in Beratungssituationen verteidigen: *„Und die Kollegen, die in der Praxis arbeiten, die alle im alten Paradigma gelernt haben, von denen wird so eine Beratung eher kritisch gesehen, Die sagen, das ist keine klassische Ergotherapie, Ergotherapie ist immer On-Hand, Du musst doch was mit denen auch machen, was tun. Wo ich dann eben mich abgrenze und sage, hör zu, ich habe das so gelernt und es gibt eben auch für mich die Kompetenz BERATEN und die bekommen ja auch was in die Hand. Die nehmen sich zum Schluss die Protokolle oder eben die Maßnahmen oder die Ergoaufgaben“* (B3, Z.899-904).

4.3.1.5 Kompetenz Unterstützen und Fördern

Diese Unterkategorie zeigt Aspekte, die von der Befragten B2 im Interview berichtet wurden. Die Befragte reflektiert die durchgeführte Konzeptarbeit: *„Ja, das ist tatsächlich eine der Kompetenzen, die ich beim nächsten Mal noch mehr in den Fokus nehmen würde, bei dem Konzept“* (B2, Z.635-636). Des Weiteren reflektiert sie, dass die finanziellen Aspekte im Vordergrund standen und nicht die Inhaltlichen. *„Damals ging es einfach darum, ein neues Projekt auf die Beine zu ziehen und es war einfach wichtig, dass es gut läuft. Aber worum es dabei eigentlich geht haben wir nie richtig definiert“* (B2, Z641-642).

4.3.2 Organisationsbezogene Kompetenzen

4.3.2.1 Kompetenz Zusammenarbeiten

Diese Unterkategorie schildert Aussagen, die von den Befragten im Interview getätigt wurden (B2, B3). B2 tauscht Informationen aus. Die regelmäßige Rücksprache im Team ist wichtig für die Therapeutin, sowohl mit Ärzten als auch mit anderen Professionen. Die Therapeut*innen sind ein wichtiges Bindeglied, da diese die Klientel am häufigsten sehen und dementsprechend Einschätzungen die über Situation und Entwicklung machen können (B2, Z.404-409). B3 pflegt Bündnisse mit ärztlichem Fachpersonal. Die Therapeut*innen berichten, ob ergotherapeutischer Bedarf besteht oder nicht (B3, Z.980-982).

4.3.2.2 Kompetenz Organisieren

Diese Unterkategorie zeigt das professionelle Vorgehen, welches von den Befragten im Interview geschildert wurden (B2, B3). B3 organisiert die eigene Arbeit und bestimmt den Einsatz der nötigen Mittel. Zur Angebotserstellung wird aktuell eine Präsentation erarbeitet, welche auch weitere Leistungen der Praxis erläutert und anbietet. Darüber hinaus werden Kalkulation bezüglich Kosten, Zeit und Räumlichkeiten erstellt (B3, Z.1135-1138). B2 plant Arbeitsabläufe und klärt auf: „*Mir ist Struktur superwichtig. Also sowas wie eine Eingangsdiagnostik, Abschlussdiagnostik, generell Strukturen schaffen, dass die Ärzte das auf dem Schirm haben, dass Ergos sowas machen*“ (B2, Z.430-432).

4.3.2.3 Kompetenz Unternehmerisch tätig sein

Diese Unterkategorie zeigt die Erfahrungen von der Befragten (B3) die im Interview berichtet wurden. B3 erkennt Bedürfnisse. Zuerst wird der aktuelle Bedarf betrachtet. Die Praxis bekommt vermehrt in den Herbstferien Anmeldungen. Dies spiegelt einen permanenten Trend wider. Die Eltern bemerken zu diesem Zeitpunkt, dass das Schreiben in der Schule nicht den Erwartungen entspricht (B3, Z.1095-1099).

4.3.2.4 Kompetenz Qualität gewährleisten

Diese Unterkategorie schildert Ansichten, die von den Befragten im Interview geäußert wurden (B1, B2). B1 zeigt Qualitätsverbesserung ihres Unterrichts auf. Für die Befragte

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

ist es wichtig, vermehrt technische Medien und Mittel für den Unterricht zu verwenden, so wird etwa die robotergestützten Behandlungsmethoden als überaus sinnvoll erachtet (B1, Z.136-140). B2 plant und führt ebenfalls Maßnahmen durch *“Wobei das auch ein interessanter Punkt ist. Es gab in dem Sinne keine Form von Dokumentation, mittlerweile gibt es eine teamübergreifende Dokumentation., Das ist vielleicht auch noch ein Punkt, bezogen auf die Frage von vorhin. Also ohne mein Studium in den Niederlanden hätte ich mir sowas niemals zugetraut, überhaupt drüber nachzudenken, dass es eine gute Idee wäre, sowas zu haben. Mittlerweile fühle ich mich da befähigt, das Ganze gut zu etablieren* (B2, Z.396-401).

4.3.3 Berufsbezogene Kompetenzen

4.3.3.1 Kompetenz Forschen

Diese Unterkategorie zeigt das Vorgehen von den Befragten im Interview (B1, B3). B1 analysiert Probleme und studiert dazu die Fachliteratur. Die Befragte schaut welche Unterrichtsthemen noch aktuell sind oder welche aufgegriffen werden sollten. Als neues Thema wurde *“Sexualität bei neurologischen Erkrankungen”* eingeführt. Es wird geschaut, ob Literatur, Studien oder Hinweise in den Leitlinien vorhanden sind. (B1, Z69-73). B3 bezieht die Leitlinien mit ein, um praxisbezogene Probleme zu lösen (B3, Z881).

4.3.3.2 Kompetenz Erneuern

Diese Unterkategorie zeigt innovative Vorhaben, die von den Befragten im Interview angesprochen wurden (B1, B3). B3 formuliert innovative Vorschläge. Die Praxis könnte die Idee anbieten, einen Schulvorbereitungskurs anzubieten, da die Kinder nach der Schuluntersuchung noch ein halbes Jahr im Kindergarten sind. Die möglichen Kindergärten könnten bezüglich des Konzeptvorschlag angeschrieben werden (B3, Z1111-1114). B1 legt die gewünschte Veränderung fest. Die Dozentin hatte vor einigen Jahren die Idee mit einer Physiotherapieschule zusammen zu arbeiten, um eine Unterrichtssituation zu initiieren, welche die interdisziplinäre Arbeit fördern sollte. Die Dozentin ist an ihren eigenen Kapazitäten gescheitert, da sie keinen professionellen Kontakt zu den Dozenten der Physiotherapieschule aufbauen konnte. Das Ziel wird weiterhin verfolgt (B1, Z.153-159).

4.3.3.3 Kompetenz Lehren, Lernen und Entwickeln

Diese Unterkategorie zeigt die Entwicklung der eigenen Fachkenntnisse, die von den Befragten im Interview berichtet wurden (B1, B3). B1 reflektiert das eigene Handeln und passt die Informationen auf die Zielgruppe an. Die Befragte holt sich eine Reflexion von den Schüler*innen bei neuen Themen ein, ob sie die Thematik tief genug erklärt wurde oder ob noch Kurzfilme z.B. gezeigt werden sollten. Für bereits bewährte Themen wird nicht so häufig Feedback eingeholt (B1, Z91-96). B3 nimmt an Kongressen teil und arbeitet gezielt an der persönlichen Professionellen Entwicklung. Die Befragte hat am Fachausschuss des DVE teilgenommen. Der Fachausschuss ist dabei ein Konzept/Programm zu entwickeln, wie bei Finanzierungen vorgegangen werden soll. Dies möchte die Befragte weiterverfolgen, um zu schauen, was möglich ist. Mittlerweile gibt es eine Liste, mit allen Projekten, welche nicht von den Krankenkassen finanziert werden. Dort besteht die Möglichkeit mit anderen Therapeut*innen in Kontakt zu treten. Jedoch hatte die Therapeutin bisher nicht die zeitliche Kapazität dafür (B3, Z1181-1183).

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

In der Diskussion der Ergebnisse werden die Resultate der quantitativen (→4.2) und der qualitativen (→4.3) Forschungsanteile in Bezug zum theoretischen Hintergrund sowie weiterer aktueller Literatur, die die Thematik stützt, gesetzt. Die Forschenden diskutieren die Ergebnisse anhand der drei aufgestellten Leitfragen der Forschungsfrage:

1. *„Wie hat sich die klientenbezogene Arbeit im Kontext der Mikroebene verändert?“*
2. *„Wie hat sich die organisationsbezogene Arbeit im Kontext der Mesoebene verändert?“*
3. *„Wie hat sich die berufsbezogene Arbeit im Kontext der Makroeben verändert?“*

Darauffolgend wird zusammenfassend die Forschungsfrage beantwortet.

5.1.1 Diskussion der ersten Leitfrage

„Wie hat sich die klientenbezogene Arbeit im Kontext der Mikroebene verändert?“

Die klientenbezogene Arbeit auf der Mikroebene findet sich in der Arbeit mit der Klientel und der Gestaltung der Therapie wieder (Merklein de Freitas & Weber, 2019). Der Behandlungsprozess in der Ergotherapie lässt sich grob in die fünf Phasen Kennenlernen, Inventarisierung, Zielsetzung und Umsetzungsplan, Ausführung des Plans (Intervention) und Evaluation und Nachsorge einteilen (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Die klientenbezogene Arbeit findet innerhalb dieser Phasen statt.

5.1.1.1 Kennenlernen

In den Niederlanden kann der Behandlungsprozess durch den *Directe Toegang Ergotherapie* (DTE) ohne Verordnung durch ärztliches Fachpersonal beginnen (Cup & van Hartingsveldt, 2019b). Dafür nutzen Ergotherapeut*innen in den Niederlanden die Kompetenz Screenen (Verhoef & Zalmstra, 2013). Alle niederländischen Ergotherapiestudiengänge vermitteln diese Kompetenz während dem Bachelorstudium, so auch die Additiven. In Deutschland ist aktuell jedoch kein Direktzugang zur Ergotherapie möglich (aerzteblatt.de, 2019). Dies spiegelt sich auch in den Antworten

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

der Alumni wider. Nur 24% geben an die Kompetenz in ihrem Berufsalltag anzuwenden (Frage10). Mit Berücksichtigung auf die gesetzlichen Gegebenheiten in Deutschland (aerzteblatt.de, 2019) ist dieser Prozentsatz nicht repräsentativ, da die Grundlage für die Anwendung der Kompetenz fehlt. B3 beschreibt, dass sie das Screenen durch eine Kooperation mit dem ärztlichen Fachpersonal adaptieren konnte. In den ersten drei Einheiten der ersten Verordnung evaluiert sie den ergotherapeutischen Bedarf. Darauf basierend wird entschieden, ob die ergotherapeutische Behandlung stattfindet (B3, Z.972-974). Bei genauerer Betrachtung kann diese Adaption der Definition des Screenens jedoch nicht standhalten (Zuyd Hogeschool, 2013a) (→Abbildung 3), sondern muss dem Inventarisieren & Analysieren zugeordnet werden. Von einer Anwendung im Sinne des Niveau S kann auf Grundlage der präsentierten Literatur und des Beispiels nicht ausgegangen werden.

5.1.1.2 Inventarisierung

Für ein methodisches Vorgehen nutzen Ergotherapeut*innen in ihrem Handeln Inhalts- und Prozessmodelle (Turpin & Iwama, 2011). Higgs et al. (2008) erläutern, dass Modelle mentale Landkarten sind, die den Ergotherapeuten*innen dabei unterstützen Zusammenhänge zu erkennen. Der ergotherapeutische Prozess unterstützt zudem Klient*innen und Ergotherapeut*innen die Betätigungsziele zu konkretisieren (Logister-Proost & Steensels, 2019d).

89,47% der Alumni verwenden seit dem Studium das CMOP/CMOP-E und 63,11% das MOHO (Frage21&22). Damit wenden die meisten Alumni zwei der international bekanntesten Inhaltsmodelle an (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Auch das OTPF (Framework, Domains) der American Occupational Therapy Association (AOTA, 2014) gewann an Bedeutung in der Anwendung.

Die jeweiligen Prozessmodelle (CPPF, Process of Professional Reasoning und OTPF (Prozessmodell)) werden im Vergleich weniger angewandt als die Inhaltsmodelle (Frage 24), wenngleich alle Alumni seit dem Studium Prozessmodelle in ihrer Arbeit anwenden. Neben den genannten Prozessmodellen wird auch das vergleichsweise neue OTIPM (Fisher, 2018) häufig angewandt. Dieses bezieht sich nicht auf ein eigenes Inhaltsmodell, sondern lässt eine Verknüpfung zu verschiedenen Inhaltsmodellen zu

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

(Fisher, 2018). Somit kann der Unterschied der Anwendung zwischen Inhaltsmodellen und dazugehörigen Prozessmodellen auch in der vermehrten Anwendung dieses Prozessmodells liegen.

Sowohl in der Anwendung der Inhalts- auch der Prozessmodelle ist eine Entwicklung hin zu einer Anwendung überhaupt als auch zur Berücksichtigung evidenzbasierter und aktuell entwickelten Inhalts- und Prozessmodellen im Behandlungsprozess zu vermerken.

Im Schritt des Inventarisierens steht die Analyse und die Formulierung der Betätigungsfrage zentral (Kinébanian & Logister-Proost, 2019). Um die Betätigungsfragen sichtbar zu machen sammeln die Klient*innen und die Ergotherapeut*in gemeinsam Information mittels verschiedener Assessments (Fearing, Law, & Clark, 1997). B2 erklärt, dass alltagsorientierte Assessments, das Erkennen von Alltagsproblemen sowie eine Empfehlung über den Bedarf von Ergotherapie zum methodischen Handeln zählen (B2, Z.974-977). Der Survey zeigt eine Verschiebung von der ausschließlich funktionellen Evaluation hin zu einer mehr betätigungsorientierten Evaluation seit dem Studium (42,11%), wobei 56,63% sowohl Funktionen als auch Betätigungen evaluieren (Frage 27). Der Fokus auf die Betätigungsbasierung wird von den Alumni somit in ihrer Behandlung berücksichtigt (→2.3.2).

Seit dem Studium stellen 73,68% der Teilnehmer*innen eine ergotherapeutische Diagnose (Frage28). Kaldewei und Gruber (2015) erklären, dass dies die Klärung des Behandlungsauftrags erleichtert und verdeutlicht, was der Auftrag einer betätigungsorientierten und klientenzentrierten Ergotherapie ist.

5.1.1.3 Zielsetzung und Umsatzplanung

Durch das vermehrte Nutzen des *Shared Decision Making* (Frage31&32) findet die Stimme der Klientel immer mehr an Bedeutung, um die Betätigungsanliegen effizienter zu beantworten (Satink & van de Velde, 2019b). Daraus resultierend wird die Intervention ebenfalls gemeinsam mit den Klient*innen geplant (Logister-Proost, 2019). Auch bei der Entscheidung des Behandlungsansatzes (Frage35) kann eine klare Entwicklung hin zum *Shared Decision Making* ausgemacht werden. Damit zeigt sich,

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

dass die Klientenzentrierung (→2.3.1) in der Behandlung der Alumni sehr an Bedeutung gewonnen hat.

Das gemeinsame Formulieren von Zielen auf der Betätigungsebene kann einen positiven Effekt auf die Dauer der ergotherapeutischen Behandlung haben (Logister-Proost & Steensels, 2019c). Damit das Erreichen von Betätigungsanliegen reevaluiert werden kann, müssen die zu messenden Indikatoren klar formuliert sein (van der Hulst, Ollevier, & Wouda, 2019). Um Indikatoren für die betätigungsorientierte Zielformulierung festzulegen verwenden alle Teilnehmer*innen Zielschemata wie z.B. SMART(I) oder RUMBA (Frage33&34). Bei genauerer Betrachtung gelingt ihnen dies jedoch nicht immer.

5.1.1.4 Ausführung des Plans (Intervention)

Laut der AOTA (2014) richtet sich der Interventionsprozess auf das Ermöglichen von Betätigungen mit dem Ziel Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation der Klientel zu verbessern. Die Klientel können Einzelpersonen, Organisationen oder eine Population mit einem Betätigungsanliegen sein (Christiansen, Baum, & Bass-Haugen, 2015; van Hartingsveldt-Bakker et al., 2010). Im Sinne der Kompetenzen Behandeln & Begleiten, Beraten und Unterstützen & Fördern (Verhoef & Zalmstra, 2013) können drei Ansätze (direkte Behandlung, Beratung und unterstützende Rolle der Ergotherapeut*innen) ausgemacht werden. Als eher unbekannte Formen der Intervention für den deutschen Arbeitskontext liegt der Schwerpunkt der Diskussion der Intervention auf der Beratung und der unterstützenden Rolle in Projekten.

In der Beratung gibt es unterschiedliche Auftraggeber, Klientel und Professionals, die im Prozess involviert sind (Veld, Lemette, & Heijnsman, 2016). Aus dem Survey geht hervor, dass die Alumni vor allem Familienangehörige der Klientel beraten. (Frage41&42). Ferner ist zu erkennen, dass seit dem Studium vermehrt Organisationen durch die Alumni beraten werden und somit eine Erweiterung der Klientel vollzogen wurde. Dies ist auch ein relevanter Aspekt für die Beantwortung der zweiten Leitfrage (→5.1.2.3). Inhaltlich stehen vor allem Umweltpassung und die Ergonomie am Arbeitsplatz im Vordergrund (Frage43&44).

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Mit der Erweiterung der Klientel in der Beratung folgen die Alumni einem allgemeinen Trend, dass sich die Ergotherapie verändert und neue Arbeitsbereiche für sich entdeckt (Verhoef & Zalmstra, 2013). Dieser Trend spiegelt sich auch im vermehrten Arbeiten mit vulnerablen Gruppen wider (Frage48&49).

Darüber hinaus steigen die Anfrage für Projektentwicklung seit dem Studium (Frage 50 & 51), welcher gesundheitsfördernder und präventiver Natur sind (Sassen, 2016).

5.1.1.5 Evaluation und Nachsorge

In dieser Phase überprüfen die Ergotherapeut*innen und der Klient gemeinsam, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden (Logister-Proost & Steensels, 2019a). Eine zwischenzeitliche Evaluation der gesteckten Ziele bildet den aktuellen Fortschritt der Therapie ab, zugleich sorgt es für eine Neubewertung der ausgewählten Intervention (AOTA, 2014). Den Therapiefortschritt evaluierten 25% zu Beginn und 31,25% zum Ende jeder Behandlungseinheit (Frage38&39), sodass ggfs. vorzeitig neue Ziele angestrebt oder die Therapie beendet werden kann (Logister-Proost & Steensels, 2019b).

5.1.2 Diskussion der zweiten Leitfrage

„Wie hat sich die organisationsbezogene Arbeit im Kontext der Mesoebene verändert?“

Die organisationsbezogene Arbeit auf der Mesoebene bezieht sich auf die Arbeit im Unternehmen und in der Gestaltung von Beziehungen zwischen unterschiedlichen Unternehmen (Zuyd Hogeschool, 2013a). Aus der Beschreibung der organisationsbezogenen Kompetenzen (→Abbildung 3) geht hervor, dass diese zur Gestaltung der intra- wie interdisziplinären Zusammenarbeit, der Organisation von Abläufen innerhalb der ergotherapeutischen Abteilung, der Erneuerung der internen Dienstleistungen sowie der Gewährleistung der Qualität der ergotherapeutischen Arbeit beitragen.

5.1.2.1 Intra- und Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Generieren von Arbeitsbeziehungen nutzen seit dem Studium 92,31% der Teilnehmer*innen, wohingegen vor dem Studium 53,85% dies nicht taten (Frage71&72). Es lässt sich somit eine klare Entwicklung zur Vernetzung feststellen. In der Literatur findet sich vor allem der Trend zur Vernetzung über Social Media wieder.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Neben dem Netzwerken, sind auch die Diskussion mit anderen Ergotherapeut*innen über berufsbezogenen Themen, die Weiterentwicklung der Dienstleistung und der eigenen Praxis, das Definieren der Rolle der Ergotherapeut*innen, und das (Weiter)Lernen Gründe für die Vernetzung (Dieleman & Duncan, 2013; Naidoo et al., 2018). Wie aktuell dieses Thema in der Ergotherapie ist, lässt sich auch daran erkennen, dass der WFOT ein Positionspapier zur Nutzung der sozialen Medien verfasst hat (WFOT, 2016b). Die Vernetzung über Kongresse erscheint den Forschenden logisch, bedenkt man, dass die Alumni dort nicht nur Netzwerken, sondern vor allem zu ihrer eigenen professionellen Entwicklung beitragen können (→5.1.3.2).

Die Teilnehmer*innen nutzen die Initiierung neuer Bündnisse über die Unternehmensgrenze hinaus sowohl zur Zusammenarbeit (Frage55&56) als auch in Form von Kooperationen zur Vermehrung von Klientel (Frage69&70). Es zeigt sich, dass beides seit dem Studium vermehrt eingesetzt wird (→4.2.3.1&4.2.3.3). Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit sprechen unter anderem verbesserte Qualität und Sicherheit der Behandlung, die Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeiter, als auch eine organisatorische Effektivität und Innovation der Behandlung (Morley & Cashell, 2017). Mit der Initiierung neuer Bündnisse tragen die Alumni aktiv zur interdisziplinären Zusammenarbeit und somit einer besseren Patientenversorgung bei.

Diese neuen Bündnisse der Zusammenarbeit entstehen vor allem mit physiotherapeutischem, logopädischem/sprachtherapeutischem und ärztlichem Fachpersonal. Schon vor dem Studium wurden priorisiert mit diesen drei Berufsgruppen Bündnisse initiiert. Die Forschenden erklären sich dies mit den „klassischen“ Berufsgruppen in der Behandlung der Klientel und dem Verordnungsrecht des ärztlichen Fachpersonals. Dies wird bestärkt durch die von B2 und B3 beschriebene Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Fachpersonal (→4.3.2.1). Stark angestiegen sind seit dem Studium auch Bündnisse mit pädagogischem und schulischem Fachpersonal. Dies lässt sich erklären durch den relativ neuen Arbeitsbereich der „schulbasierten Ergotherapie“ (DVE, o. D.d), sowie der stärkeren Ausrichtung auf die Kontextbasierung im aktuellen Paradigma und die damit verbundene Einstellung das System der Klientel in der Behandlung zu berücksichtigen (→2.3.3).

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

In der Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit ist es von Bedeutung für die Entwicklung einer Profession den eigenen Beruf und die dazugehörigen Aufgaben klar zu definieren und von anderen Professionen abzugrenzen (Beyermann, 2006; Zuyd Hogeschool, 2013a). Auch im Kompetenzprofil des DVEs (DVE, 2019) zeigt sich die Identifikation des eigenen Handlungsfeldes als Teil der Kompetenz Zusammenarbeiten, sodass die Anwendung dessen nicht nur innerhalb der niederländischen Berufskompetenzen, sondern auch im deutschen Berufskontext große Relevanz hat. In dieser Forschung ist eine klare Entwicklung im Nutzen dieser Methode sichtbar (Frage 54&54).

Eng verknüpft mit der Darstellung der eigenen Profession, ist die Eigen- und Fremdwahrnehmung der eigenen Profession. Die Alumni stimmen zu 96% mindestens eher zu, dass sie sich seit dem Studium mehr mit der Profession der Ergotherapie identifizieren können. In Hinblick auf die Wahrnehmung der Profession der Ergotherapie denken die meisten Alumni, dass die anderen Professionen in ihrem Arbeitsumfeld eine veränderte Arbeitsweise durch das Studium bei den Alumni bemerken (Frage16&17). Die genannten Gründe unterstützen die zuvor genannten Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit. Hier wird v.a. auf die Darstellung der eigenen Arbeitsweise und Profession, also der Abgrenzung des eigenen Handlungsfeldes, als auch auf das Evidenzbasierte Arbeiten, die EBP eingegangen. Auch in der VAMOS-Studie wird die Kompetenz der akademisierten Therapeut*innen in der interdisziplinären Zusammenarbeit von den interviewten Arbeitgeber*innen als stärker ausgeprägt wahrgenommen (Dieterich et al., 2019).

Auch das Nutzen von Fachterminologie kann dazu beitragen, die Profession zu stärken (Beyermann, 2006). Die Teilnehmer*innen nutzen seit dem Studium alle sowohl diese Methode als auch die Methode des Formulierens von ergotherapeutischen Zielen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Dies wiederum stärkt die Definition der Handlungsfelder und Aufgaben der Ergotherapie (innerhalb des interdisziplinären Teams).

5.1.2.2 Organisation von Abläufen innerhalb der ergotherapeutischen Abteilung

Seit dem Studium sind die Alumni vermehrt mit Aufgaben von Leitungspositionen betraut, wie z.B. dem Informationsaustausch zwischen Betriebsführung und ergotherapeutischer Abteilung oder der Überprüfung von gesetzlichen und betrieblichen Vorgaben und Zielen (Zuyd Hogeschool, 2013a). Dies legt nahe, dass sie sich seit dem Studium vermehrt in solchen Positionen befinden.

Für das Erstellen von Dokumentation und Berichten nutzten sowohl vor als auch nach dem Studium die meisten Teilnehmer*innen hausinterne Schemata (Frage36&37), was für die interdisziplinäre Zusammenarbeit sprechen kann. B2 beschreibt, dass es vor ihrem Zutun kein Dokumentationsschema gab, sie sich durch das Studium jedoch befähigt fühlte, eine teamübergreifende Dokumentation in der eigenen Arbeit zu etablieren (B2, Z.396-401). Im Sinne der EBP (→2.3.4) jedoch, wäre eine Entwicklung hin zu evidenzbasierten Schemata, wie dem interdisziplinären SOAP-System (Subjective, Objective, Assessment, Plan) (Fisher, 2018; Sames, 2019) zu erwarten gewesen, welches in der internationalen Literatur als Standarddokumentation eingeführt wird. Auch gibt es in Deutschland keine Richtlinien für die Dokumentation, wie es z.B. in den USA der Fall ist (AJOT, 2018). Insgesamt kann jedoch festgestellt werden, dass es eine Bewegung in Richtung vorgegebener Schemata gibt und somit Dokumentation und Berichte einen wenngleich unterschiedlichen Standard aufweisen. Ein weiterer Grund für die mangelnde Verwendung evidenzbasierter Schemata kann die Fokussierung auf andere Themenschwerpunkte im Studium sein.

5.1.2.3 Erneuerung der internen Dienstleistungen

Ein weiterer Aspekt für die organisationsbezogene Arbeit auf der Mesoebene ist die Akquise neuer Klientel und damit verbunden auch der Einführung neuer Behandlungsansätze als Dienstleistung des Unternehmens (Zuyd Hogeschool, 2013a). Vergleicht man die Akquise neuer Klientel mit der Einführung neuer Behandlungsansätze, lässt sich erkennen, dass die Teilnehmer*innen häufiger neue Arbeitsweisen in das Unternehmen einführen, als Klientel zu akquirieren. Auch B3 nennt im Interview das Einführen einer neuen Gruppenbehandlung für die bereits

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

bestehende Klientengruppe (B3, Z.1107). Mit Blick auf die Wartelisten in den ambulanten Praxen und die fachspezifischen Kliniken, die sich auf bestimmte Klientel spezialisiert haben, erscheint die Fokussierung auf die Qualität und Evidenzbasierung der eigenen Behandlungsansätze auch erforderlicher und sinnvoller als die Akquise neuer Klientel.

Im Prozess der Akquise, sowie der Ausrichtung an neuen Produkten sind die Trends in der Ergotherapie und dem Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Für die Teilnehmer*innen ist sowohl vor als auch seit dem Studium vor allem die Evidenzbasierung relevant. Auch der Paradigmenwechsel, sowie die Klientenzentrierung sind weiterhin wichtige Trends, durch die veränderte Gesamtteilnehmerzahl sehen die Forschenden hier jedoch von einer Interpretation der Veränderung ab. Neu hinzugekommen sind seit dem Studium das Erschließen neuer Arbeitsfelder und neuer Klientel. Kufner und Scholz-Schwärzler (2019) benennen das Schaffen neuer Handlungsfelder als wichtige Aufgabe der Ergotherapeut*innen, um dem Vorhandensein von Versorgungslücken entgegenzuwirken und die „Identität und Vielfalt ergotherapeutischer Leistungen in der Öffentlichkeit stärker sichtbar zu machen“ (Scholz-Schwärzler & Kufner, 2019, p. 43). Beispiele für neue Arbeitsfelder in der deutschen Ergotherapie sind die gemeinwesenorientierte und die schulbasierte Ergotherapie (DVE, o. D.b).

5.1.2.4 Gewährleistung der Qualität der ergotherapeutischen Arbeit

Ein weiterer wichtiger Punkt in der organisationsbezogenen Arbeit auf der Mesoebene ist die Gewährleistung von Qualität. Die Alumni arbeiten dafür mit unterschiedlichen Qualitätsnormen und -kriterien (Frage74&75). Auch hier wird die Ausrichtung der Arbeit nach dem zeitgenössischen Paradigma und den sechs Säulen der Ergotherapie deutlich. Insgesamt lässt sich erkennen, dass die Berücksichtigung von Qualitätsnormen in der eigenen Arbeit der Alumni seit dem Studium stark angestiegen ist, der niedrigste Anstieg liegt bei über 15% (Gesetzliche Vorgaben). Positiv vermerken lässt sich auch die Anwendung des Kompetenzprofils des DVEs (DVE, 2019), als Pendant zu den niederländischen Berufskompetenzen hat es die größte Nähe zum untersuchten Feld dieser Forschung.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Für die Gewährleistung der Qualität der eigenen Arbeit entwickeln die Alumni zudem Konzepte oder Prozesse. Hier lässt sich eine Kompetenzentwicklung erkennen, von 30,77%, die dies vor dem Studium taten, zu 92,31% seit dem Studium (Frage76). Die meisten Alumni entwickeln Konzepte oder Prozesse im intradisziplinären Team. Dies erscheint den Forschenden nachvollziehbar, berücksichtigt man den Anteil der ambulant arbeitenden Ergotherapeut*innen, sowie die Menge der intradisziplinären Ergotherapie-Praxen in Deutschland (DVE, 2017b).

5.1.3 Diskussion der dritten Leitfrage

„Wie hat sich die berufsbezogene Arbeit im Kontext der Makroebene verändert?“

Bezogen auf die Makroebene sind alle drei berufsbezogenen Kompetenzen relevant (Merklein de Freitas, 2019). Die Anwendung dieser Kompetenzen tragen zur Professionalisierung der Ergotherapeut*innen und der Ergotherapie (in Deutschland) bei (Zuyd Hogeschool, 2013a). Aus der Beschreibung der berufsbezogenen Kompetenzen ergeben sich folgenden Aspekte der berufsbezogenen Arbeit auf der Makroebene: Einsatz und Vermehrung von Evidenz, Lebenslanges Lernen und Mitarbeit in der Entwicklung der Profession.

5.1.3.1 Einsatz und Vermehrung von Evidenz

Die Anwendung der Kompetenz Forschen trägt zur Evidenzbasierung der Profession bei. So orientiert sich die Arbeit der Alumni nicht nur am aktuellen Paradigma (→2.3.4), sondern unterstützt auch die Entwicklung der Professionalisierung der Ergotherapie hin zur Verwissenschaftlichung (Beyermann, 2006). Evidenzbasierung findet sich auf allen Ebenen wieder und zieht sich auch im Online-Survey vor allem seit dem Studium als wichtiges Element in der Arbeit der Ergotherapeut*innen durch (→4.2&4.3).

Dafür beurteilen sie unter anderem Fachliteratur kritisch, um die daraus gewonnenen Erkenntnisse folgend in ihren Arbeitsalltag integrieren (Zuyd Hogeschool, 2013a). Auch in der VAMOS-Studie ist die Anwendung der EBP eine Fähigkeit, die die Arbeitgeber*innen den akademisierten Ergotherapeut*innen vermehrt zuschreiben (Dieterich et al., 2019). Fast alle Teilnehmer*innen beurteilen Fachliteratur seit dem Studium kritisch.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Die Teilnehmer*innen dieser Forschung nehmen seit ihrem Studium vermehrt an ergotherapeutischer, sowie interdisziplinärer Forschung teil, 4 TN geben an in der Forschung zu arbeiten (→4.1). Nähere Informationen über die Art der Teilnahme an der Forschung wurden jedoch nicht evaluiert. Im Vergleich zu den Ergotherapeut*innen der VAMOS-Studie (Dieterich et al., 2019) arbeiten die Alumni der Zuyd Hogeschool sehr viel häufiger in der Forschung (4/13 zu 2,4/41), jedoch ist auch zu berücksichtigen, dass diese vier Alumni wesentlich mehr Berufserfahrung mitbringen und sich dies auf das Aufgabenfeld auswirken könnte.

Dies bildet eine Grundlage für das Vorhandensein von ergotherapeutischer bzw. allgemein therapeutischer Forschung.

5.1.3.2 Lebenslanges Lernen

Ein weiterer Aspekt für die erhöhte Evidenzbasierung in der Arbeit der Teilnehmer*innen lässt sich in der Planung eigener Fort- und Weiterbildungen erkennen. Seit dem Studium wählen die Alumni ihre Fort- und Weiterbildungen vermehrt nach der eigens recherchierten Evidenz aus. Allgemein lässt sich ein Trend zum Einholen externer Beratung z.B. durch Kollegen oder Kongresse, aber auch der Evidenzlage feststellen. Auch lässt sich über den Anteil der Teilnehmer*innen, die sich seit ihrem Studium fort- und weiterbilden, erkennen, dass diese nicht nur geplant, sondern auch umgesetzt werden (→0).

Über die Hälfte aller Teilnehmer*innen (N=13) bildet außerdem seit ihrem Studium intra- bzw. interdisziplinär Kolleg*innen und Schüler*innen in ergotherapeutischen Themen weiter und tragen somit zum Außenbild der Ergotherapie bei.

Im Sinne des kritischen Professionals (Daniëls & Verhoef, 2019) zeigt sich, dass die Teilnehmer*innen seit dem Studium vermehrt aktuelle Reflexionsinstrumente, wie das Professional Reasoning, Fallsupervisionen und Videoanalysen nutzen. Dies entspricht sowohl der Evidenzbasierung als auch der Technologiebasierung in der Ergotherapie (→2.3.4&2.3.5). Auch das Nutzen von Qualitätsmanagement und somit die Überprüfung der eigenen Arbeit zeigt die Bereitschaft zur eigenen Reflexion und Orientierung am Kompetenzprofil (Reflexive Praxis) (DVE, 2019). Ebenso wird deutlich, wie verknüpft die ergotherapeutischen Berufskompetenzen sind und sich gegenseitig beeinflussen.

5.1.3.3 Mitarbeit in der Entwicklung der Profession

Seit dem Studium wenden 92,31% (12 TN) neue Arbeitsweisen und Dienstleistungen an. Auffallend ist, dass erst seit dem Studium der komplette Vorgang von der Planung, über die Durchführung zur Überprüfung stattfindet. B1 gibt an, dass sie die Idee hatte zusammen mit der Physiotherapieschule vor Ort eine Unterrichtssituation im Sinne der Förderung der Interdisziplinarität zu planen, dass ihr Vorhaben jedoch gehemmt wurde durch die eigenen Kapazitäten und den mangelnden Kontakt zum Lehrstuhl der Physiotherapieschule (B1, Z.153-158). Sie betont gleichzeitig, dass sie dies weiterhin verfolgen möchte (B1, Z.158-159). Dieses geplante Vorhaben entspricht der Interprofessional Education (IPE), die 1973 von der WHO eingeführt wurde (Barr, 2015) und in Deutschland häufig das Studiendesign der Bachelorstudiengänge für Therapeut*innen bestimmt (DVE, o. D.e). Zwischen Berufsfachschulen ist dieses Vorgehen aus Erfahrung der Forschenden jedoch eher unüblich, wenngleich es Vorteile wie ein verbessertes gegenseitiges Rollenverständnis mit sich bringen würde (Illingworth & Chelvanayagam, 2017).

Die berufsbezogene Arbeit auf der Makroebene findet sich auch in der Mitarbeit in Berufsverbänden wieder (Merklein de Freitas, 2019). B3 gibt dazu an, an der Fachausschusssitzung („Prävention und Gesundheitsförderung“) des DVE teilgenommen zu haben (B3, Z.1090&Z.1181).

5.1.4 Beantwortung der Forschungsfrage

Zusammenfassend lässt sich aus der Beantwortung der drei Leitfragen erkennen, dass auf allen Ebenen Veränderungen in der Arbeit der Alumni durch die Anwendung der Berufskompetenzen stattfanden. In allen Kompetenzen fand eine Entwicklung hin zu höheren Kompetenzniveaus statt, der Median liegt seit dem Studium stets bei mindestens 5, sodass eine Anwendung der Kompetenzen von allen Alumni bestätigt wird. Selbst in der Kompetenz Screenen, die in Deutschland nicht ausgeübt werden kann, fühlen sich die Alumni so sicher, dass sie sich die Anwendung zutrauen und präsentieren könnten.

Am stärksten entwickelten sich jedoch die Kompetenzen *Inventarisieren & Analysieren*, *Zusammenarbeiten* und *Qualität gewährleisten*. Die Selbsteinschätzung dieser vor dem

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Studium liegt im Median bei A (Wissen) und somit dem niedrigsten Niveau. Seit dem Studium liegt sie bei L (Handeln), dem höchsten Niveau. Vergleicht man diese Outcomes mit den erhofften Outcomes der Alumni (v.a. theoretische Grundlagen & Modelle sowie Qualitätsentwicklung) (Frage7) ist es erfreulich zu sehen, dass sich die Alumni genau in diesen Punkten auf das höchste Niveau entwickelten.

Als Kompetenz, die grundlegend das methodische Handeln der Ergotherapeut*innen in der Behandlung der Klientel prägt, ist das *Inventarisieren & Analysieren* maßgeblich für die klientenzentrierte und betätigungsbasierte Ausrichtung der Ergotherapie (→2.3). Es ist von großer Bedeutung, dass diese Kompetenz auf dem Niveau L angewandt wird, da sie das Ausmaß der Anwendung der weiteren klientenbezogenen Kompetenzen beeinflusst, wenn nicht sogar bedingt.

Wie in 5.1.2.1 bereits beschrieben trägt das Zusammenarbeiten zur besseren Patientenversorgung bei. Dies impliziert, dass durch das Zusammenarbeiten mit anderen Professionen die Qualität der Arbeit steigt.

Da der Qualitätsgedanke grundlegend für die Weiterentwicklung der eigenen Arbeit und die Orientierung an Standards und Evidenz ist, liegt der Gedanke der Kompetenz *Qualität gewährleisten* der Anwendung aller anderen Kompetenzen zugrunde. Auf dieser Grundlage ist sie ausschlaggebend für die Professionalisierung des Berufes, die nicht nur von den Alumni als wichtigstes Outcome und Grund für das Studium benannt wurde (Frage7), sondern vor allem auch für die internationale Anschlussfähigkeit und die Positionierung des Berufs im deutschen Gesundheitssystem von größter Relevanz ist (Beyermann, 2006). Die Anwendung der Kompetenz auf Niveau L verändert also die Arbeit der Alumni sowohl im direkten Arbeitskontext der Alumni, beeinflusst jedoch auch die Außenwirkung der deutschen Ergotherapie.

5.2 Diskussion der Schwächen und Stärken

In diesem Kapitel werden die Stärken und Schwächen der Forschung beschrieben und mögliche Verbesserung aufgezeigt.

Eine Stärke zeigt sich hinsichtlich Aktualität der Thematik des aktuellen Paradigmas und der sechs Säulen der Ergotherapie. Des Weiteren gibt es wenig Informationen über die tatsächliche Ausführung der Berufskompetenzen und die damit verbundene Veränderungen im deutschen Arbeitskontext. Hinsichtlich dieser Punkte besteht eine Forschungslücke, welche durch die Forschenden begründet wurde (→3.2). Für die Bewertung der Literatur nutzten die Forschenden eine gängige Methode (→Anlage 4).

Eine Stärke dieser Arbeit ist die Auswahl des Mix-Methods Design (→3.1), da durch den Survey eine breite Menge an Informationen erhoben werden und mit den Interviews verglichen werden konnten. Die Methodik wurde transparent beschrieben. Es wurden sowohl die Gütekriterien (→3.6) als auch die ethischen Aspekte der Forschung eingehalten (→3.7). Hervorzuheben ist auch die zweifache Pilotierung des Survey und die Pretestung des Interviews.

Die Auswahl des semistrukturierten Interviews ist vorteilhaft, da neben der Beantwortung der Forschungsfrage, individuelle Aspekte und Erfahrungen, sowie fördernde und hemmende Faktoren beleuchtet werden konnten, die die Forschenden während des Surveys nicht aufgegriffen haben.

Die Teilnehmer*innen kommen aus verschiedenen Teilen Deutschlands und arbeiten in verschiedenen Arbeitskontexten. Unter Berücksichtigung der Kontextabhängigkeit von Kompetenzen wird so ein allgemeingültigerer Blick auf die Anwendung der Kompetenzen möglich. Ein Nachteil dieser Forschung ist die geringe Teilnehmerzahl, die zusätzlich im Verlauf des Surveys stark sank.

Die Interviewteilnehmer*innen stimmten einem Memberchecking und der damit einhergehenden Validierung der Transkripte zu. Die Rückmeldung der Befragten blieb aus, welches als Schwäche zu kennzeichnen ist. Erneute Reminder hätten die Qualität der Forschung heben können. Inhaltlich hätten sich die Interviewteilnehmer*innen vorab eine ausdrückbare Version der Berufskompetenzen gewünscht.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Innerhalb der Kategorienbildung fand eine Forschertriangulation statt, da die Forschenden simultan die Kategorien erstellten und das Kategoriensystem diskutierten.

Eine weitere Schwäche ist die Größe des Themas und die damit verbundene Oberflächlichkeit dieser Forschung. Eine größere Forschungsgruppe sowie die Bearbeitung der Veränderung in einem Fachbereich oder auf einer Ebene können ein differenzierteres Bild zeichnen, für die die vorliegende Forschung die Basis bilden kann.

6 Schlussfolgerung

Die Arbeit der Alumni in Deutschland hat sich durch die Anwendung der Berufskompetenzen in Richtung des aktuellen Paradigmas verändert. Es zeigt sich, dass auch die niederländischen Berufskompetenzen in Deutschland umsetzbar sind und in vielen Punkten, denen des deutschen Kompetenzprofils ähneln. Die Alumni sind somit in der Lage auch den Berufskompetenzen akademisierter Ergotherapeut*innen des eigenen Landes zu entsprechen.

Hervorzuheben ist das veränderte methodische Handeln, dass sich an den Grundsätzen der Klientenzentrierung und Betätigungsbasierung orientiert. Mit dieser Orientierung basiert das Vorgehen der Alumni auf dem international gültigen Paradigma. Die Alumni sorgen somit für die eigene Anschlussfähigkeit an den internationalen Standard und können die deutsche Ergotherapie durch ihren Beitrag in Lehre, Forschung und Berufspolitik unterstützen insgesamt anschlussfähig zu bleiben.

Auch zeigt sich durch Aspekte wie die Evidenzbasierung und die vermehrte interdisziplinäre Zusammenarbeit, dass die Akademisierung der Ergotherapie zu einer verbesserten Klientenversorgung beiträgt. Diese Forschung unterstützt damit die Diskussion um die Voll-Akademisierung der Profession und zeigt eindeutige Beweise für den Unterschied in der Qualität der Versorgung.

Im Sinne der hervorgebrachten Argumente kann geschlossen werden, dass die Alumni mit ihrer veränderten Arbeitsweise zur Weiterentwicklung der ergotherapeutischen Profession in Deutschland beitragen.

Vertiefende, spezifischere Forschungen können Aufschluss darüber geben, in welchen Bereichen (Arbeitskontexte, Ebenen, Kompetenzen) sich die Arbeit der Alumni besonders verändert hat. Durch die umfassende Erhebung konnten hierzu nur unzureichende Daten erhoben werden. Ein weiteres Feld, dass für die Anwendung der Berufskompetenzen in Deutschland relevant ist, ist der Vergleich der beiden Kompetenzprofile, denen die Alumni als Studierende und als deutsche Ergotherapeut*innen entsprechen sollen.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Die Forschung ergab zudem, dass der standardisierten, evidenzbasierten Dokumentation sowohl im Studium als auch allgemein wenig Aufmerksamkeit zukommt. Als unterstützendes Medium des ganzen Behandlungsprozesses sollte dies mehr in den Mittelpunkt gerückt werden.

Auch wurde gezeigt, dass die Alumni sich kompetent fühlen den Direktzugang zur Ergotherapie mittels der Kompetenz Screenen durchzuführen. Auf dieser Basis erscheinen die Alumni geeignet eine tragende Rolle in zukünftigen Erprobungen der Blankoverordnung und /oder dem Direktzugang in der Ergotherapie zu spielen.

Literaturverzeichnis

- Aerzteblatt.de (2019). Heilmittelerbringer drängen auf Direktzugang ohne vorherige Arztkonsultation. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105846/Heilmittelerbringer-draengen-auf-Direktzugang-ohne-vorherige-Arzt-konsultation>
- Agree, E. M., Freedman, V. A., Cornman, J. C., Wolf, D. A., & Marcotte, J. E. (2005). Reconsidering substitution in long-term care: When does assistive technology take the place of personal care? *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(5), S272-80. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.5.s272>
- AJOT (2018). Guidelines for Documentation of Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 72(Supplement_2), 7212410010p1-7212410010p7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.72S203>
- AK DQR (2011, 22. März). *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. Retrieved from https://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf
- American Occupational Therapy Association (Ed.) (2017). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition)* (Vol. 68). <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Ammeraal, M., & Logister-Proost, I. (2019). Stützen und Stärken: Vulnerable Gruppen. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 123–124). Stuttgart: Thieme.
- Annen, S. (2012). *Anerkennung von Kompetenzen: Kriterienorientierte Analyse ausgewählter Verfahren in Europa* (1. Aufl.). *Berichte zur beruflichen Bildung*. s.l.: Bertelsmann W. Verlag. Retrieved from <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=956850>

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- AOTA (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 68(2), 139. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682005>
- Aslam, S., & Emmanuel, P. (2010). Formulating a researchable question: A critical step for facilitating good clinical research. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 31(1), 47–50. <https://doi.org/10.4103/0253-7184.69003>
- Australian Occupational Therapy Competency Standards (2018). Occupational Therapy Board.
- Barr, H. (2015). *Interprofessional Education: The Genesis of a Global Movement*. Retrieved from <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>
- Beyermann, G. (2006). Professionalisierung und Klientenzentrierung - zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken. *Ergoscience*, 01(3), 92–99. <https://doi.org/10.1055/s-2006-927107>
- Blücher, N. von (2017). *Konzeption eines Modells der beruflichen Handlungskompetenz für die betriebliche Weiterbildung: Eine Kompetenzerhebung von drei Berufsgruppen aus dem pädagogischen und ökonomischen Tätigkeitsbereich* (1st, New ed.). Frankfurt a. M: Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaften. Retrieved from <https://www.peterlang.com/view/product/80032?format=EPDF>
<https://doi.org/10.3726/b10862>
- Blumer, H. (1973). *Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus*. Reinbeck: Rohwolt.
- Braun, E., & Hannover, B. (2008). Kompetenzmessung und Evaluation von Studienerfolg. In BMBF Referat Bildungsforschung (Ed.), *Bildungsforschung: Vol. 26. Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern: Theorien, Konzepte und Methoden* (pp. 153–160). Bonn, Berlin.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Brownson, R. C., Boehmer, T. K., & Luke, D. A. (2005). Declining rates of physical activity in the United States: What are the contributors? *Annual Review of Public Health*, 26, 421–443. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144437>
- Bundesrat (2016, 14. Oktober). *Beschluss des Bunderates: Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetz der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten*. Retrieved from [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)
- Cabrera, A. F., Weerts, D. J., & Zulick, B. J. (2005). Making an Impact with Alumni Surveys. In D. J. Weerts & J. Vidal (Eds.), *New Directions for Institutional Research: Vol. 126. Enhancing Alumni Research European and American Perspectives* (pp. 5–17). San Francisco: Josey-Bass.
- Canadian Association of Occupational Therapists (Ed.) (2012). *Profile of practice of occupational therapists in Canada*.
- CAOT (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ontario: CAOT Publications ACE.
- CAOT, & NHW (1983). *Guidelines for the client-centered practice of occupational therapy*.
- Cedefop (2019). *The Netherlands: European inventory on NQF 2018*. Retrieved from https://www.cedefop.europa.eu/files/netherlands_-_european_inventory_on_nqf_2018.pdf
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2008). *The PRPP system of task analysis: User's training manual*. Sydney: OP Network.
- Chomsky, N. (1972). *Aspekte der Syntax-Theorie*. Frankfurt a. M: Suhrkamp Verlag.
- Christiansen, C., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (Eds.) (2015). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (4th ed.). Thorofare, NJ: Slack.
- Cope, D. (2014). Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Journal*. (41 (1)), 89–91.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Cup, E., & van Hartingsveldt, M. (2019). Der Ergotherapeut. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 196–208). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Cup, E., & van Hartingsveldt, M. (2019a). Der Ergotherapeut: Kompetenzen. In M. Le Granse & M. van Hartingsveldt (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (p. 203). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Cup, E., & van Hartingsveldt, M. (2019b). Der Ergotherapeut: Direktzugang zur Ergotherapie in den Niederlanden. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (p. 208). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Daniëls, R., & Verhoef, J. (2019). Professionelles Reasoning: Der kritische Professional. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 514–516). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Darrah, J., Law, M., Pollock, N., Wilson, B., Russell, D. J., Walter, S. D., . . . Galuppi, B. (2011). Context therapy: A new intervention approach for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53(7), 615–620. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03959.x>
- Dieleman, C., & Duncan, E. A. S. (2013). Investigating the purpose of an online discussion group for health professionals: A case example from forensic occupational therapy. *BMC Health Services Research*, 13(1), 253. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-253>
- Dieterich, S., Hoßfeld, R., Latteck, Ä., Bonato, M., Fuchs-Rechlin, K., Helmbold, A., . . . Heim, S. (2019). *Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS): Abschlussbericht*. Bochum. Retrieved from https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/hochschule/Praesidium/Stabsstellen/Qualitaet_Studium_Lehre/VAMOS_ABSCHLUSSBERICHT_hsg_Endversion__Publikation_.pdf
- Ditton, H. (2002). Evaluation und Qualitätssicherung. In R. Tippelt (Ed.), *Handbücher. Handbuch Bildungsforschung* (pp. 775–790). Opladen: Leske + Budrich. https://doi.org/10.1007/978-3-322-99634-3_43

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Dresing, T., & Pehl, T. (Eds.) (2011). *Praxisbuch Transkription: Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen* (1. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Druml, C. (2010). *Ethikkommissionen und medizinische Forschung: Ein Leitfaden für alle an medizinischer Forschung Interessierte* (1. Aufl.). Wien: facultas.wuv.
- Duden (o. D.a). Praxis. Retrieved from <https://www.duden.de/rechtschreibung/Praxis>
- Duden (o. D.b). Theorie. Retrieved from <https://www.duden.de/rechtschreibung/Theorie>
- Dunn, W., & Hamilton, D. (1986). The Critical Incident Technique-a brief guide. *Medical Teacher*. (Vol. 8), 207–215.
- DVE (o. D.a). Ergotherapeutische Modelle - Deutscher Verband Ergotherapie (DVE) e.V. Retrieved from <https://dve.info/ergotherapie/ergotherapeutische-modelle>
- DVE (o. D.b). Fachbereiche - Deutscher Verband Ergotherapie (DVE) e.V. Retrieved from <https://dve.info/ergotherapie/fachbereiche>
- DVE (o. D.c). Qualitätssicherung der Ausbildung - Deutscher Verband Ergotherapie (DVE) e.V. Retrieved from <https://dve.info/bildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung>
- DVE (o. D.d). Schulbasierte Ergotherapie - Deutscher Verband Ergotherapie (DVE) e.V. Retrieved from <https://dve.info/ergotherapie/fachbereiche/schulbasierte-ergotherapie>
- DVE (o. D.e). Studiengang - Suche - Deutscher Verband Ergotherapie (DVE) e.V. Retrieved from <https://dve.info/bildung/studiengangsuche/search/results>
- DVE (2017a). Empfehlungen des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e. V. (DVE) zur Ausbildung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Retrieved from <https://dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/qualitaetssicherung/2900-empfehlungen-ausbildung-2017/file>
- DVE (2017b, Mai). *Die Ergotherapie in Deutschland: Zahlen. Daten. Fakten*. Retrieved from <https://dve.info/resources/pdf/service/bundestagswahl-2017/2969-facts-ergotherapie/file>

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- DVE (2019). *Kompetenzprofil Ergotherapie*. Karlsbad.
- Analyzer Survey Software Solutions (2000). Retrieved from <https://www.analyzer.com/#>
- Ergotherapeutengesetz (ErgThG) vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018).
- Erpenbeck, J., & Rosenstiel, L. von (2007). *Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Europäische Kommission (2008). *Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Allgemeine & berufliche Bildung*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröff. der Europ. Gemeinschaften.
- Europäische Union (o. D.). Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR). Retrieved from <https://europa.eu/europass/de/european-qualifications-framework-eqf>
- Fearing, V. G., Law, M., & Clark, J. (1997). An Occupational Performance Process Model: Fostering client and Therapist Alliances. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 64(1), 7–15. <https://doi.org/10.1177/000841749706400103>
- Fisher, A. (2014). Occupation-centered, occupation based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. (1), 96–107.
- Fisher, A. (2018). *OTIPM: Occupational therapy intervention process model : prozessmodell ergotherapeutischer Intervention : ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (B. Dehnhardt, Trans.) (2., geringfügig überarbeitete Auflage). *Spektrum Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Fisher, A., & Jones, K. (2011). *Assessment of motor and process skills: Development, standardization, and administration manual* (7th ed.). Ft. Collins: The Star Press.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Fröhlich-Gildhoff, K. (2014, Januar). „Was bedeutet Kompetenzorientierung in der Praxis?“. VIII. Impulsfachtag des IFP, München.
- Gerlinger, T., & Noweski, M. (2012, 1. März). Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen. *Bundeszentrale Für Politische Bildung*. Retrieved from <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72722/ueberblick>
- Graff, M. J. L., Adang, E. M. M., Vernooij-Dassen, M. J. M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., . . . Rikkert, M. G. M. O. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: Cost effectiveness study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 336(7636), 134–138. <https://doi.org/10.1136/bmj.39408.481898.BE>
- Haase-Mühlner, F., & Muth, S. (2017). *Theorie-Praxis-Transfer von Studieninhalten des Bacheloraufbaustudiengangs für deutsche ErgotherapeutInnen an der Zuyd Hogeschool in den Berufsalltag* (Bachelorarbeit). Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Hartig, J., Klieme, E., Jude, N., Jurecka, A., Kröhne, U., Maag-Merki, K., . . . Wirt, J. (2007). Möglichkeiten und Voraussetzungen technologiebasierter Kompetenzdiagnostik: Eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Retrieved from <http://docplayer.org/docview/31/15241122/#file=/storage/31/15241122/15241122.pdf>
- HGV (2014). *Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB)*. Verabschiedet von der Mitgliederversammlung des HVG am 14. Juni 2014. Berlin. Retrieved from https://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (3. ed.). Edinburgh, New York: Elsevier Churchill Livingstone.
- Hogeschool van Amsterdam, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Rotterdam, & Zuyd Hogeschool (2017, Dezember). *Landelijk Opleidingsprofiel Ergotherapie*. Retrieved from

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

<https://www.vereniginghogescholen.nl/system/profiles/documents/000/000/227/original/ergotherapie.lop.2018.pdf?1528362242>

- Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. A. Stamm (Eds.), *Lehrbuch. Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (pp. 127–129). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Illingworth, P., & Chelvanayagam, S. (2017). Benefits of Inter Professional Education in Health Care Ten years on. *British Journal of Nursing*, 26(14), 813–818.
- Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen, Berlin –SÖSTRA GmbH (2016, Februar). *Instrumente des Theorie-Praxis-Transfers: Handreichung ausgewählter Beispiele. Anlage zum Endbericht.* Retrieved from https://msgd.rlp.de/fileadmin/msgd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Anlage_Handreichung_Projekt_Theorie-Praxis-Transfer.pdf
- Johnson, B. R., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*. (Vol. 1, Num. 2), 112–133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Kaldewei, N. (2017, Juni). „Wir sollten der Gesellschaft viel mehr zeigen, was wir zu bieten haben“. *Ergopraxis*, 40–42.
- Kaldewei, N., & Gruber, S. (2015, Mai). *Ergotherapeutische Diagnostik als ein Teil des ergotherapeutischen Prozesses*. Hochschule für Gesundheit (hsg). Retrieved from <https://dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/kongress/2015/freitag-1/1940-s-03-gruber/file>
- Kaufhold, M. (2006). *Kompetenz und Kompetenzerfassung: Analyse und Beurteilung von Verfahren der Kompetenzerfassung*. Dissertation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kennedy, D., Hyland, Á., & Ryan, N. (2007). *Writing and Using Learning Outcomes: a Practical Guide*. Implementing Bologna in your institution. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/238495834_Writing_and_Using_Learning_Outcomes_A_Practical_Guide

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Kerres, A., & Seeberger, B. (Eds.) (2001). *Lehrbuch Pflegemanagement II* (1. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kielhofner, G. (Ed.) (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Kinébanian, A., & Logister-Proost, I. (2019). 17 Begriffe verstehen - der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In M. Le Granse & M. van Hartingsveldt (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 353–377). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Klein, T. (2020). *Kritische reflectie basis kwalificatie Examinering*. Internes Dokument.
- Kool, J., & Bramsen, I. (2016). Ervaringskennis van cliënten en hun naasten. In C. Kuiper, J. Verhoef, & G. Munten (Eds.), *Evidence-based practice voor paramedici: Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming* (pp. 89–105). Amsterdam: Boom.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kuiper, C., & Satink, T. (2006). Het kennisdomein van de ergotherapie. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grondslagen van de ergotherapie* (pp. 117–152). Maarssen.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2019). Übersicht über die Berufskompetenzen der Ergotherapie. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 606–607). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Leclair, L. L., Ripat, J. D., Wener, P. F., Cooper, J. E., Johnson, L. A., Davis, E. L. O., & Campbell-Rempel, M. A. (2013). Advancing the use of theory in occupational therapy: A collaborative process. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne d'ergotherapie*, 80(3), 181–193.
<https://doi.org/10.1177/0008417413495182>

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., & Nohl, A. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Logister-Proost, I. (2019). Occupational Therapy Practice Framework (OTPF): Der Interventionsprozess. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 432–433). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Logister-Proost, I., & Ammeraal, M. (2019). Stützen und Stärken. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 123–144).
- Logister-Proost, I., & Steensels, M. (2019a). Methodisches Handeln: Evaluation und Nachsorge. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (p. 494). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Logister-Proost, I., & Steensels, M. (2019b). Methodisches Handeln: Evaluation von Ergebnis und Prozess. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 494–496). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Logister-Proost, I., & Steensels, M. (2019c). Methodisches Handeln: Ziele formulieren. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 488–489). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Logister-Proost, I., & Steensels, M. (2019d). Methodisches Handeln: Zielgerichtetes methodisches Handeln. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 477–478). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Beltz Studium. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2015a). Ablaufmodell der Analyse. In P. Mayring (Ed.), *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12th ed., p. 61). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (Ed.) (2015b). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Mayring, P. (2015c). Techniken qualitativer Inhaltsanalyse. In P. Mayring (Ed.), *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12th ed., pp. 70–72). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (Ed.) (2016). *Pädagogik. Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Merklein de Freitas, C. (2016). C.1 Bezugsrahmen in der Pädiatrie: C.1.2 Psychosozialbasierte Bezugsrahmen. In A. Baumgarten & H. Strebel (Eds.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert - betätigungsorientiert – evidenzbasiert* (p. 186). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Merklein de Freitas, C. (2019). *Professionalisierungsprozesse in der Ergotherapie*. Internes Dokument.
- Merklein de Freitas, C., & Weber, B. (2019). Qualitätsentwicklung und Reasoningprozesse in der Ergotherapie. In M. Feiler (Ed.), *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (pp. 128–139). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Morley, L., & Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(2), 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071>
- Moser, H. (1977). *Praxis der Aktionsforschung: Ein Arbeitsbuch. Kösel-Ausbildung*. München: Kösel.
- Naidoo, D., Govender, P., Stead, M., Mohangi, U., Zulu, F., & Mbele, M. (2018). Occupational therapy students' use of social media for professional practice. *African Journal of Health Professions Education*, 10(2), 101. <https://doi.org/10.7196/AJHPE.2018.v10i2.980>
- Perkhofer, S., Gebhart, V., & Tucek, G. (2016). Qualitative Forschung in den Gesundheitsberufen. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (p. 69). Berlin: Springer.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Perkhofer, S., Stamm, T., Ritschl, V., Hirmann, E., Huber, A., Unterhumer, G., . . . Neururer, S. (2016). Quantitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (pp. 137–206). Berlin: Springer.
- Perkhofer, S., & Tucek, G. (2016). Forschungsethik im Gesundheitswesen. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. A. Stamm (Eds.), *Lehrbuch. Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (pp. 27–28). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Porst, R. (2014). *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch* (4., erw. Aufl.). Studienskripten zur Soziologie. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-02118-4>
- Quasus (2016). Sampling und Stichprobe. Retrieved from <https://quasus.ph-freiburg.de/sampling-und-stichprobe/>
- Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Eds.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (pp. 61–64). Berlin: Springer.
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (Eds.) (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin: Springer.
- Rogers, C. (1942). *Counseling and psychotherapy: new concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rüschhoff, B. (2019). *Methoden der Kompetenzerfassung in der beruflichen Erstausbildung in Deutschland: Eine systematische Überblicksstudie*. Bonn.
- Sames, K. (2019). Documentation in Practice. In B. A. B. Schell & G. Gillen (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (13th ed., pp. 572–581). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sassen, B. (2016). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door paramedici* (Vierde, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Satink, T., & van de Velde, D. (2019a). Kerndomänen in der Ergotherapie: Das Paradigma der Ergotherapie. In M. Le Granse & M. van Hartingsveldt (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 75–76). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Satink, T., & van de Velde, D. (2019b). Kerndomänen in der Ergotherapie: Klientenpartizipation. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (pp. 89–90). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Scaffa, M., & Brownson, C. (2005). Occupational therapy interventions: Community health approaches. In C. Christiansen, C. Baum, & J. Basshaugen (Eds.), *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being*. Thorofare NJ: Slack Inc.
- Schaeper, H., & Spangenberg, H. (2008). Absolventenbefragungen - Erfassung relevanter Kompetenzen für Studium und Beruf. In BMBF Referat Bildungsforschung (Ed.), *Bildungsforschung: Vol. 26. Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern: Theorien, Konzepte und Methoden* (pp. 161–176). Bonn, Berlin.
- Scholz-Schwärzler, N., & Kufner, S. (2019). Mit gutem Beispiel vorangehen – Leadership in der Ergotherapie. *Ergopraxis*, 12(04), 42–44. <https://doi.org/10.1055/a-0839-2128>
- Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V. (2018). Heilmittel sind wahre Lebensmittel. Dafür bewegen wir alle zu handeln. Die Politik. Die Krankenkassen. Und Sie.: Die Akademisierung der Therapieberufe un Deutschland dient der Sicherung der Patientenversorgung. Retrieved from https://www.shv-heilmittelverbaende.de/wp-content/uploads/2018/07/2018_0720_Imagebroschuere_online.pdf
- Sturkenboom, I. H. W. M., Graff, M. J. L., Hendriks, J. C. M., Veenhuizen, Y., Munneke, M., Bloem, B. R., & der Sanden, M. W. N. (2014). Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson’s disease: a randomised controlled trial. *The Lancet Neurology*, 13(6), 557–566. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70055-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70055-9)
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 65(2), 189–196. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828>

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation ; 9th Canadian occupational therapy guidelines ; official practice guidelines for the Canadian Association of Occupational Therapists* (2. ed.). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Tuning-Project (o.D.). *Eine Einführung in Tuning Educational Structures in Europe: Der Beitrag der Hochschulen zum Bologna-Prozess*. Retrieved from https://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_brochure_German_version.pdf
- Tuning-Project (2014). *Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*. Retrieved from http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/RefOccupationalTherapy_EU_EN.pdf
- Turpin, M., & Iwama, M. K. (2011). *Using occupational therapy models in practice: A field guide*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- University of Deutso, & University of Groningen (o.D.). Tuning Educational Structures in Europe. Retrieved from <https://www.unideusto.org/tuningeu/home.html>
- Van der Hulst, P., Ollevier, A., & Wouda, P. (2019). Qualitätssicherung: Formulierung von Zielen und Kriterien. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Eds.), *Grundlagen der Ergotherapie* (p. 574). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Van Hartingsveldt-Bakker, M. J., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Utrecht, [Den Haag]: Ergotherapie Nederland; Boom Lemma uitgevers.
- Veld, A. de, Lemette, M., & Heijnsman, A. (2016). *Adviseren door ergotherapeuten: Ergotherapeutische adviesmethodiek*. Amsterdam: Boom.
- Verhoef, J., & Quist, G. (2016). Professionel kennis van zorgverleners. In C. Kuiper, J. Verhoef, & G. Munten (Eds.), *Evidence-based practice voor paramedici: Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming* (pp. 107–124). Amsterdam: Boom.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2007). *Beroepscompetenties ergotherapie: Een toekomstgerichte beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut*. Den Haag: LEMMA.
- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie: Een toekomstgerichte beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut* (Tweede druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Vonken, M. (2017). Kompetenz und kompetentes Handeln - Grundlagen der Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung. *Lernen&Lehren | Elektrotechnik - Informationstechnik - Metalltechnik - Fahrzeugtechnik*, 32(126), 48–53.
- Weinert, F. E. (Ed.) (2001). *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim: Beltz.
- WFOT (2008). *WFOT Entry-Level Competencies for occupational therapists* (H. Dangl, M. Feiler & C. Jenni, Trans.). Retrieved from <https://www.wfot.org/resources/entry-level-competencies-for-occupational-therapists>
- WFOT (2010). Position statement on client-centeredness in occupational therapy.
- WFOT (2012). Kompetenz und Erhalt der Kompetenz. Positionserklärung. Retrieved from <https://wfot.org/resources/competency-and-maintaining-competency>
- WFOT (2016a). Mindeststandards für die Ausbildung von Ergotherapeuten: Revision 2016. Retrieved from <https://dve.info/bildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung/wfot-mindeststandards-f%C3%BCr-die-ausbildung-von-ergotherapeuten/file>
- WFOT (März 2016b). *Nutzung sozialer Netzwerke: Positionserklärung* (H. Dangl, M. Feiler & E. Rothenberger, Trans.). Retrieved from <https://www.wfot.org/resources/use-of-social-media>
- WFOT (2019). Zuyd University: Bachelor of Science. Education Programmes. Retrieved from <https://www.wfot.org/education-programmes/bachelor-of-science-5>
- Winterton, J., Delamare-Le Deist, F., & Stringfellow, E. (2006). *Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype: Research report*

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

elaborated on behalf of Cedefop/Thessaloniki Final draft (Cedefop Reference series No. 64). Luxembourg. Retrieved from https://www.cedefop.europa.eu/files/3048_en.pdf

Wissenschaftsrat (2012). Empfehlung zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Retrieved from https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Wolf, A. (2004). Internet-Ethik: Netiquetten & Co. Hausarbeit. Retrieved from <https://www.grin.com/document/29077>

World Medical Association (1975). DECLARATION OF HELSINKI: Recommendations guiding medical doctors in biomedical research involving human subjects. Retrieved from <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct1975.pdf>

Yerxa, E. (1998). Occupation: The keystone of a curriculum for a selfdefined profession. *American Journal of Occupational Therapy*. (52), 365–372.

Zuyd Hogeschool (o. D.). Bachelorstudiengang Ergotherapie. Retrieved from <https://www.Zuyd.nl/de/studiengange/bachelorstudiengang-ergotherapie>

Zuyd Hogeschool (2013a). *Berufskompetenzen Ergotherapie* (L. Köhler, Trans.).

Zuyd Hogeschool (2013b, 4. November). *Bericht vom 04.11.2013: Internes Audit*. Internes Dokument.

Zuyd Hogeschool (2019a). *Lernprozessbegleitung: Portfolio: Fakultät Gesundheitszorg Bachelorstudiengang Ergotherapie – Bachelor of Science HS 2 / C13*.

Zuyd Hogeschool (Juni 2019b). *Onderwijs- en Examenregeling (OER) opleiding Ergotherapie 2019-2020*. Heerlen: internes Dokument.

Glossar

BEGRIFF	ERKLÄRUNG
5 W's	Möglichkeit Ziele zu formulieren. Nach den fünf Fragen: "Was? Wieviel? Bei Wem? Bis Wann? Wer?".
Alumni	Ehemalige Studierende einer (Hoch)Schule.
Application to Practice of KAWA-Modell	Prozessmodell des KAWA-Modells.
Assessments	Unterschiedliche Fragebogen zur (Erst)Einschätzung im Behandlungsverlauf.
Behandlungsleitlinien	Die Behandlungsleitlinien sind interdisziplinäre Richtmaße die basierend auf aktueller Evidenz Empfehlungen zur Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder geben. Sie werden in die Level S1-S3 (niedrige Evidenz – hohe Evidenz) eingeteilt.
Berufsethik	Die Berufsethik ist eine Ergänzung zum Ethikkodex der COTEC und basiert auf dem WFOT Code of Ethics (2016), den Developing Codes of Ethics – COTEC Policy and Guidelines (2009) und den Ethik-Kodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie (2005). In der Berufsethik wird das ethische Vorgehen der Ergotherapeut*innen beschrieben.
Berufskodex	Europäischer Ethikkodex der COTEC (Developing Codes of Ethics – COTEC Policy and Guidelines)
Betätigungsanliegen	Als Betätigungsanliegen werden die Betätigungen benannt, die die Klientel verändern möchte. Auf dieser Grundlage werden die Ziele in der ergotherapeutischen Behandlung formuliert.
Betätigungsebene	Ausrichtung der Ziele und der Behandlung auf die Betätigung. Gegenteil von Funktionsebene.
Betätigungsorientierung	Orientierung der Behandlung und Ziele an den Betätigungen der Klientel. Vergleiche Betätigungsebene.
Bottom-Up	Behandlungsansatz in der Ergotherapie ausgehend von den Funktionen, die für den Alltag der Klientel wichtig sein können.
CMOP/CMOP-E	Kanadisches Inhaltsmodell der Ergotherapie.
CPPF	Kanadisches Prozessmodell des CMOP/CMOP-E.
Curriculum	Lehrplan einer (Hoch)schule.
Directe Ergotherapie	Toegang In den Niederlanden ist es möglich ohne eine Verordnung des Arztes zur Ergotherapie zu gehen. Die Ergotherapeut*innen führen ein so genanntes Screening durch, um den ergotherapeutischen Bedarf zu evaluieren und mögliche medizinische Risikofaktoren auszuschließen.
Dokumentations-Berichtsschemata	und Strukturierter, vorgegebener und evtl. evidenzbasierter Plan für die Dokumentation und Berichte an dem sich Ergotherapeut*innen orientieren.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Ergonomie am Arbeitsplatz	Optimale Anpassung des Arbeitsplatzes an die Arbeitenden und die Anforderungen der Arbeit. Bsp: Höhenverstellbare Tische, Kopfhörer.
Evidence Based Practice	Arbeiten mit und nach Evidenzstandards.
Fachterminologie	Einheitliche Fachsprache einer Profession.
Frames of Reference	Bezugsrahmen, auf die sich die Ergotherapie stützt. Wissen z.B. aus der Occupational Science, Medizin, Psychologie, Pädagogik etc.
Funktionsorientierung	Orientierung der Behandlung an der Betätigung zugrundeliegender Funktionen. Dabei ist die Behandlung nicht auf die Betätigung als solche gerichtet.
Heilmittelrichtlinie	Richtlinie in der die Behandlungen der Therapieberufe (Heilmittel) beschrieben werden.
Inhaltsmodell	Erklärungsmodell in der Ergotherapie, dass Zusammenhänge zwischen Person, Umwelt und Betätigung und weiterer Faktoren beschreibt. Liegt dem methodischen Handeln der Ergotherapeut*innen zugrunde.
Interprofessional Education	Ausrichtung innerhalb der (Hochschul)Lehre. Dabei werden Studierende unterschiedlicher Professionen, wie z.B. Ergotherapie und Physiotherapie gemeinsam unterrichtet.
IPPA	Individually Prioritised Problem Assessment. Assessment für den Beratungsprozess in der Ergotherapie.
KAWA	Japanisches Inhaltsmodell in der Ergotherapie. Das Leben/die Betätigung der Klientel wird als Fluss beschrieben, der von Steinen (Problemen) und Baumstämmen (Barrieren und Ressourcen) durchzogen in einem Flussbett (Umweltfaktoren) fließt.
Kompetenzprofil	Deutsches Dokument über die Kompetenzen von Ergotherapeut*innen auf Bachelorniveau.
Kritischer Professional	Ergotherapeut*in die ihr Handeln reflektiert und kritisch beurteilt.
Methodisches Handeln	Geplantes, wissenschaftliches Vorgehen der Ergotherapeut*innen im Behandlungsprozess.
MOHO	Model of Human Occupation. Amerikanisches Inhaltsmodell von Kielhofner.
OAFP	Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil. Ergotherapeutisches Assessment in der arbeitsrehabilitativen Maßnahme.
OPM-A	Occupational Performance Model (Australia). Australisches Inhaltsmodell in der Ergotherapie.
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model. Prozessmodell von Fisher.
OTPF	Amerikanisches Inhalts- und Prozessmodell.
Paradigma	Ausrichtung einer Profession. Aktuell:

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

	Contemporary/Zeitgenössisch
Paradigmenwechsel	Wechsel der Ausrichtung einer Profession. Zuletzt: Wechsel vom mechanischen zum zeitgenössischen Paradigma.
PDCA-Zyklus	Plan, Do, Check, Act. Qualitätszyklus nach Deming.
PEO	Person, Environment, Occupation. Erstes Inhaltsmodell in der Ergotherapie.
PEOP	Person, Enviroment, Occupation, Performance. Inhaltsmodell in der Ergotherapie
Peop-OT	Prozessmodell des PEOP.
Piads	Psychosocial Impact of Assistive devices Scale. Assessment für den Beratungsprozess in der Ergotherapie. Selbsteinschätzung der Klientel über die psychosozialen Auswirkungen von Hilfsmitteln.
Portfolio	Dokument(e) in dem der eigene Arbeits- und Wissensverlauf dokumentiert wird.
Process of Professional Reasoning	Prozessmodell des MOHO.
Professional Reasoning	Reflexion des eigenen Handelns im Behandlungsprozess anhand mehrerer Items, wie z.B. Überlegungen zu kulturellen Unterschieden zwischen Ergotherapeut*in und Klientel oder z.B. der Klientenzentrierung im Behandlungsprozess.
Prozessmodell	Modell, welches das Vorgehen innerhalb der Behandlung beschreibt. Meist gebunden an ein Inhaltsmodell.
Psychosozialbasierter Bezugsrahmen	Siehe Frames of Reference. Bezugsrahmen, der psychosoziale Wissenschaften in die Ergotherapie miteinbezieht.
Qualitätsmanagement	Organisation und Vorgehen, um Qualität im eigenen Arbeiten zu erhalten und zu erweitern.
Quest	Assessment für den Beratungsprozess in der Ergotherapie.
Reflexive Praxis	Siehe Professional Reasoning.
RUMBA	Relevant, Understandable, Measurable, Behaviorable, Achievable. Gängige Möglichkeit Ziele zu formulieren.
Shared Decision Making	Ausrichtung in der Behandlung. Ergotherapeut*in und Klientel entscheiden gemeinsam über Ziele und Behandlungsansätze, wobei die Anliegen der Klientel stets im Fokus stehen müssen.
SMART	Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch, Terminiert. Gängige Möglichkeit Ziele zu formulieren.
SOAP	Subject, Object, Assessment, Plan. Interdisziplinäres Dokumentationsschema.
Stakeholder	Interessen-/Anspruchsgruppen innerhalb eines Unternehmens. Z.B. Geschäftsführer*innen, Ergotherapeut*innen, Klientel.
Top-Down	Betätigung ist Ziel und Medium der Behandlung.

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

	Outcome ist eine verbesserte Performanz und Teilhabe einer Person an den für sie relevanten und bedeutungsvollen Betätigungen.
Top-to-Bottom-Up	Eine Mischung aus Top-Down und Bottom-Up. Zunächst wird auf der Fokus auf die Betätigung gelegt. Im weiteren Verlauf stehen die Funktionen erneut im Fokus der Behandlung, um das Betätigungsziel zu erreichen.
Umweltanpassung	Anpassung der Umwelt, wie z.B. Blindenampeln, Duschstuhl für die Teilhabe an Betätigung für Menschen, deren Einschränkungen mit Adaptionen verringert werden können.
Vulnerable Gruppe	Jede Menschengruppe, die gefährdet ist in ihrer Teilhabe eingeschränkt zu werden. Z.B. Kinder aus sozial schwächeren Familien, Senioren.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Suchbegriffe der Literaturrecherche.....	25
Tabelle 2 Arbeitskontext der Teilnehmer*innen (N=38).....	40
Tabelle 3 Fragenkategorien.....	41
Tabelle 4 Verknüpfung der Inhalte des Studiums mit den niederländischen Berufskompetenzen, sowie den WFOT-Mindeststandards.....	114
Tabelle 5 Dropouts	119
Tabelle 6 Offene Antworten Frage 17.....	120
Tabelle 7 Antworten „Andere“ Fragen 21&22	121

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Tabelle 4 | Verknüpfung der Inhalte des Studiums mit den niederländischen Berufskompetenzen, sowie den WFOT-Mindeststandards

INHALTE DES STUDIUMS	NIEDERLÄNDISCHE BERUFSKOMPETENZEN	WFOT MINDESTSTANDARDS
Bachelorarbeit (BSG und HS)	Zusammenarbeiten Qualität gewährleisten Forschen Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Schreiben eines Artikels (BSG und HS)	Qualität gewährleisten Forschen Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Professionelles Reasoning und Verhalten
Praxis Projekt (BSG)	Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Organisieren Unternehmerisch tätig sein Qualität gewährleisten Forschen Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergehen und Menschenrechten • Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Wahlfach (BSG)	Inventarisieren&Analysieren Behandeln&Begleiten Beraten Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Organisieren Unternehmerisch tätig sein Qualität gewährleisten Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergehen und Menschenrechten • Therapeutische und berufliche Beziehungen

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

		<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Neue Arbeitsfelder (BSG und HS)	<p>Screenen Inventarisieren&Analysieren Behandeln&Begleiten Beraten Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Organisieren Unternehmerisch tätig sein Qualität gewährleisten Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergehen und Menschenrechten • Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Vrije Studieruimte (BSG und HS)	<p>Inventarisieren&Analysieren Behandeln&Begleiten Beraten Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Organisieren Unternehmerisch tätig sein Qualität gewährleisten Forschen Lehren,Lernen&Entwickeln</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergehen und Menschenrechten • Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Lernprozess/Portfolio (BSG und HS)	<p>Screenen Inventarisieren&Analysieren Behandeln& Begleiten Beraten Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit,

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

	<p>Organisieren Unternehmerisch tätig sein Qualität gewährleisten Forschen Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln</p>	<p>Wohlergehen und Menschenrechten Therapeutische und berufliche Beziehungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Abschlussgespräch (BSG und HS)	<p>(je nach Gespräch) Screenen Inventarisieren&Analysieren Behandeln&Begleiten Beraten Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Organisieren Unternehmerisch tätig sein Qualität gewährleisten Forschen Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergehen und Menschenrechten Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Theorie/Praxis Transfer 1+2/Ipco (BSG) Praxis Transfer / Theorie/Praxis Transfer 1+2 (HS)	<p>Screenen Inventarisieren&Analysieren Behandeln&Begleiten Beraten Unterstützen& Fördern Zusammenarbeiten Organisieren Unternehmerisch tätig sein Qualität gewährleisten Forschen Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergehen und Menschenrechten Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Eingangsassessment (BSG und HS)	<p>Inventarisieren&Analysieren Behandeln&Begleiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

	Beraten Unterstützen und Fördern Zusammenarbeiten	Person-Betätigung- Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergeben und Menschenrechten Therapeutische und berufliche Beziehungen
Theoretische Grundlagen und Modelle (BSG)	Inventarisieren&Analysieren Behandeln&Begleiten Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Organisieren Qualität gewährleisten Lehren,Lernen&Entwickeln (Weitere Zielstellungen siehe Blockbuch)	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergeben und Menschenrechten • Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Grundstudium und Modelle (HS)	Inventarisieren& Analysieren Behandeln& Begleiten Beraten Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Forschen	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergeben und Menschenrechten • Therapeutische und berufliche Beziehungen • Professionelles Reasoning und Verhalten
Forschung (BSG und HS)	Zusammenarbeiten Organisieren Qualität gewährleisten Forschen	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

	Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln (Weitere Ziele siehe Blockbuch)	<ul style="list-style-type: none"> • Professionelles Reasoning und Verhalten
Qualitätsdenken und Professionalisierung (BSG)	Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Organisieren Unternehmerisch tätig sein Qualität gewährleisten Erneuern Lehren,Lernen&Entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergehen und Menschenrechten • Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Qualitätsdenken und Professionalisierung (HS)	Screenen Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Organisieren Unternehmerisch tätig sein Qualität gewährleisten Erneuern	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit, Wohlergehen und Menschenrechten • Therapeutische und berufliche Beziehungen • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Kasistik (BSG und HS)	Inventarisieren&Analysieren Behandeln&Begleiten Beraten Unterstützen&Fördern Zusammenarbeiten Organisieren	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie-Prozess • Die Beziehung von Person-Betätigung-Umwelt und deren Korrelation zu Gesundheit,

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

	Qualität gewährleisten Lehren, Lernen & Entwickeln	Wohlergehen und Menschenrechten Therapeutische und berufliche Beziehungen <ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext der Berufspraxis • Professionelles Reasoning und Verhalten
Berufsfachschulunterricht 1 (BSG-HEBFU und BFU-A/-B)	-	
Berufsfachschulunterricht 2 (BSG-HEBFU)	-	

Quelle: Zuyd Hogeschool (2019b) und Abbildung 2

Tabelle 5 | Dropouts

DROPOUT FRAGE	DROPOUT WEGEN AUSSCHLUSSKRITERIUM	FRÜHZEITIG BEENDET
Noch vor der ersten Frage	-	3 TN (nicht in den 48 mitinbegriffen)
Arbeiten Sie in Deutschland in einer ergotherapeutischen Rolle?	5 TN (Ausschlusskriterium: Nein)	5 TN
Wann haben Sie Ihr Ergotherapiestudium an der Zuyd Hogeschool begonnen?	7 TN (Ausschlusskriterium: Vor 2007)	-
Haben Sie seit Ihrem Bachelorstudium an der Zuyd Hogeschool weitere Kompetenzen durch Qualifikationen erworben?	4 TN (Ausschlusskriterium: Masterstudiengang Ergotherapie)	2 TN
Können Sie sich seit dem Studium mehr mit der Profession der Ergotherapie identifizieren?	-	4 TN
Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Screenen ein?	-	2 TN
Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Inventarisieren und Analysieren ein?	-	3 TN
In welchen der folgenden Bereiche beraten Sie die von Ihnen benannten Klientengruppen seit Ihrem Studium?	-	1 TN
Auf welchem Niveau schätzen Sie ihre Kompetenz Beraten ein?	-	1 TN

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

Auf welchem Niveau schätzen Sie Ihre Kompetenz Unterstützen und Fördern ein?	-	1 TN
---	---	------

Tabelle 6 | Offene Antworten Frage 17

OFFENE ANTWORTEN PROFESSIONALISIERUNG	KATEGORIEN
„Die Art und Weise der Argumentation, warum wir welchen Ansatz verfolgen. Außerdem begründen wir viel wissenschaftlicher und haben keine Scheu uns als Profession darzustellen. Die Inhaltsmodelle und Prozessmodelle sind viel präsenter nach dem Studium und auch die Anwendung von Assessments ist häufiger.“	Wissenschaftliches/Evidenzbasiertes Arbeiten Darstellung der eigenen Arbeitsweise Darstellung der eigenen Profession
„Mehr Ansehen/Anerkennung. Besonders durch Ärzte.“	Ansehen/Anerkennung durch die anderen Professionen
„Die Art der Kommunikation hat sich verändert, Aussagen kann ich nun wissenschaftlich belegen und weiter Behandlungen oder neue Behandlungsmethoden begründen, die Kommunikation mit den Ärzten und anderen Berufsgruppen findet nun auf Augenhöhe statt, da sich auch die Praxisberichte verändert haben kann so nach außen Dargestellt werden, welche Kompetenzen wir neben dem Behandeln und Begleiten noch anwenden. Es werden gezielt Patienten für Testungen und Beratungen geschickt. Zudem bin ich auf Mesoebene bzw. Makroebene in verschiedenen Qualitätszirkeln (z.B. ADHS) präsent, sodass ein regelmäßiger Austausch und eine enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen stattfinden, umso die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.“	Darstellung der eigenen Arbeitsweise Kommunikation mit anderen Professionen Darstellung der eigenen Kompetenzen Gezielte Zusammenarbeit auf Mikro-, Meso- und Makroebene
„Am beruflichen Standing, ausgeprägten kommunikativen Fähigkeiten hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit.“	Darstellung der eigenen Profession Kommunikation mit den anderen Professionen
„Einsatz von Modellen und Assessments, Zielplanung“	Einsatz grundlegender Methoden
„Ich arbeite evidenzbasierter und kann somit mehr Fakten nennen/begründen/oder überhaupt erst ins Gespräch bringen. Ich wähle die genutzten Materialien, Artikel, Studien usw. heute wesentlich kritischer aus als vor dem Studium. Außerdem habe ich seit dem Studium für mich ein deutliches Berufsbild. Das kann ich natürlich auch interdisziplinär ausstrahlen und mich besser abgrenzen.“	Wissenschaftliches/Evidenzbasiertes Arbeiten Darstellung der eigenen Profession

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

„Selbstbewussteres auftreten, argumentatives Vorgehen“	Darstellung der eigenen Profession und Arbeitsweise
„Fundiertere Begründungen meines Handelns“	Darstellung der eigenen Arbeitsweise
„Wissen über wissenschaftliche Standards Bandbreite der Diagnostik und Behandlungsmethoden“	Wissenschaftliches/Evidenzbasiertes Arbeiten
„Durch die ganzheitliche Sichtweise“	Darstellung der eigenen Arbeitsweise
„Ich denke, dass sich mein Standing verändert hat und der Blickwinkel. Qualitätsverbesserungen sind häufiger Thema“	Darstellung der eigenen Profession Erweiterung des Aufgabenfeldes (Qualität)

Tabelle 7 | Antworten „Andere“ Fragen 21&22

„ANDERE“ VOR DEM STUDIUM	„ANDERE“ SEIT DEM STUDIUM
	1: OAFP → ist ein Assessment
2: Direkt keines der genannten. Im klinischen Setting wurden zwar standardisierte Assessments genutzt und es gab klare Strukturen und Vorgehensweisen.	2: Ebenfalls kein „klassisches“ Inhaltsmodell
2: Keine	
	3: OTIPM → ist ein Prozessmodell
	4: Aufgrund meiner Arbeit kann ich kein ergotherapeutisches Modell anwenden. Wir arbeiten noch etwas mit der Tardiou Skala, Krs und EFA.
5: X → wegen Auswahl vermutlich „Keine“ damit gemeint	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Entscheidungsbaum (vgl. Ritschl et al., 2016, pp. 53–58).....	23
Abbildung 2 Vergleich der WFOT Mindeststandards mit den niederländischen Berufskompetenzen, dem niederländischen Berufsprofil, sowie der Tuning Kompetenzen.....	123
Abbildung 3 Kompetenzprofil	126
Abbildung 4 Aufbau der Kompetenzbeschreibungen	127
Abbildung 5 Übersicht über die niederländischen Berufskompetenzen Seite 1	124
Abbildung 6 Übersicht über die niederländischen Berufskompetenzen Seite 2	125

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

<i>The revised minimum standards for the education of occupational therapists (WFOT, 2016)</i>	<i>Professional Competencies Occupational Therapy (Verhoef & Zalmstra, 2013)</i>	<i>Professional Profile Occupational Therapist (Van Hartingsveldt et al., 2010)</i>	<i>Tuning competences (Tuning project, 2008)</i>
An occupational therapy process encompassing collaborative, people-centred, occupation focused processes The person- Occupation – Environment Relationships & the relationship of occupation to health and wellbeing	Screen	Expertise in enabling occupation	Knowledge of occupational therapy Occupational therapy process and professional reasoning
	Assess and evaluate		
	Intervene and coach		
	Advise (stakeholders)		
	Support and empower	Promoting Participation	
Therapeutic & Professional Relationships	Collaborate	Encourage collaboration	Professional relationships and partnerships
Context of Professional Practice	Encourage enterprise	Enterprise	Management and promotion of occupational therapy
	Organise	Professionalism	
Professional Reasoning & Behaviour	Evaluate quality	Professionalism	Professional autonomy and accountability
	Research	Lifelong Learning	Research and development of occupational therapy/ science
	Innovate		
	Continue professional development (CPD)		Professional autonomy and accountability
		Communication	

Abbildung 2 | Vergleich der WFOT Mindeststandards mit den niederländischen Berufskompetenzen, dem niederländischen Berufsprofil, sowie der Tuning Kompetenzen

Quelle: Hogeschool van Amsterdam et al. (2017)



Abbildung 3 | Übersicht über die niederländischen Berufskompetenzen Seite 1

Quelle: Le Granse, van Hartingsveldt, and Kinébanian (2019)

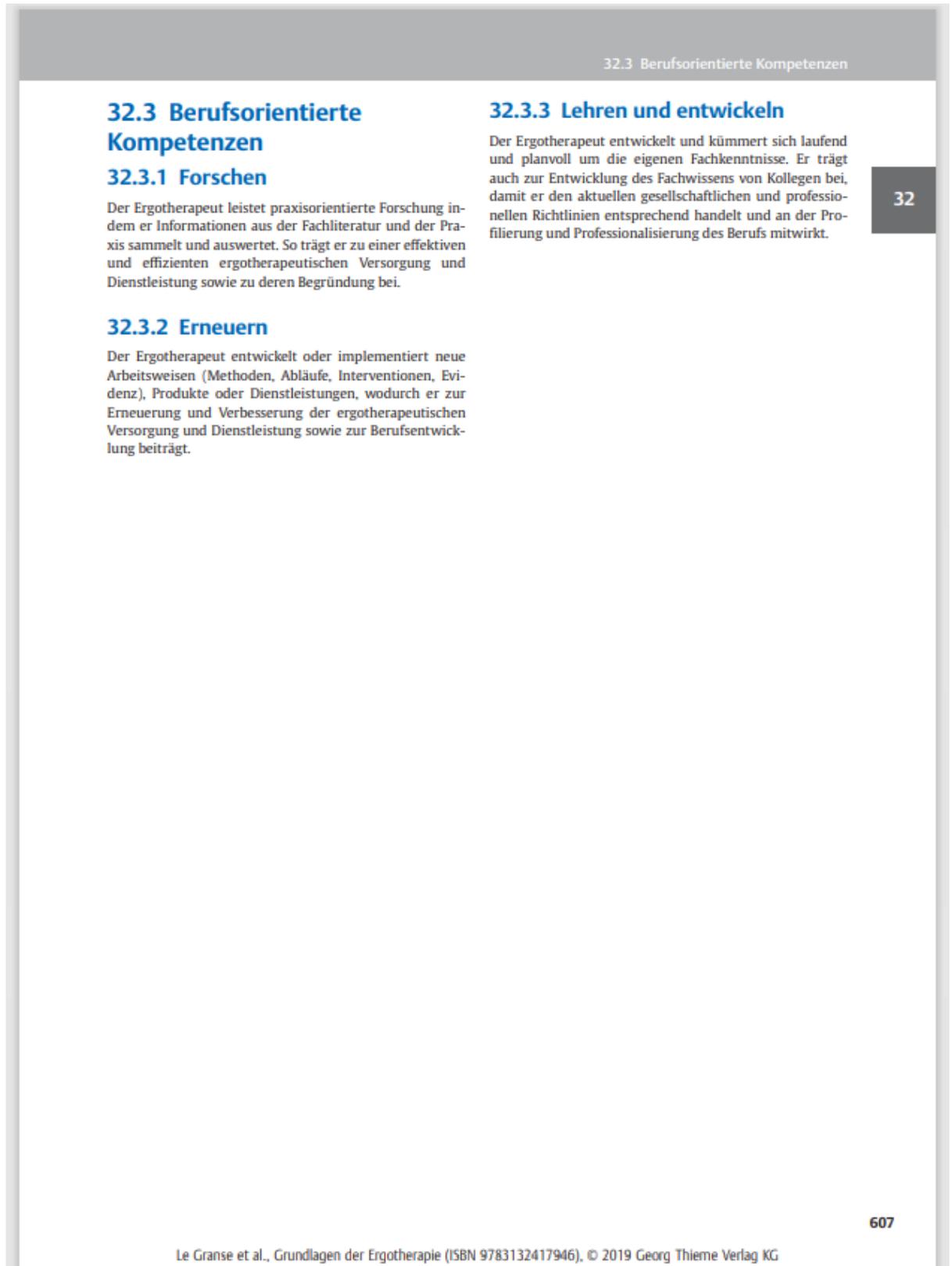


Abbildung 4 | Übersicht über die niederländischen Berufskompetenzen Seite 2

Quelle: Le Granse et al. (2019)

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

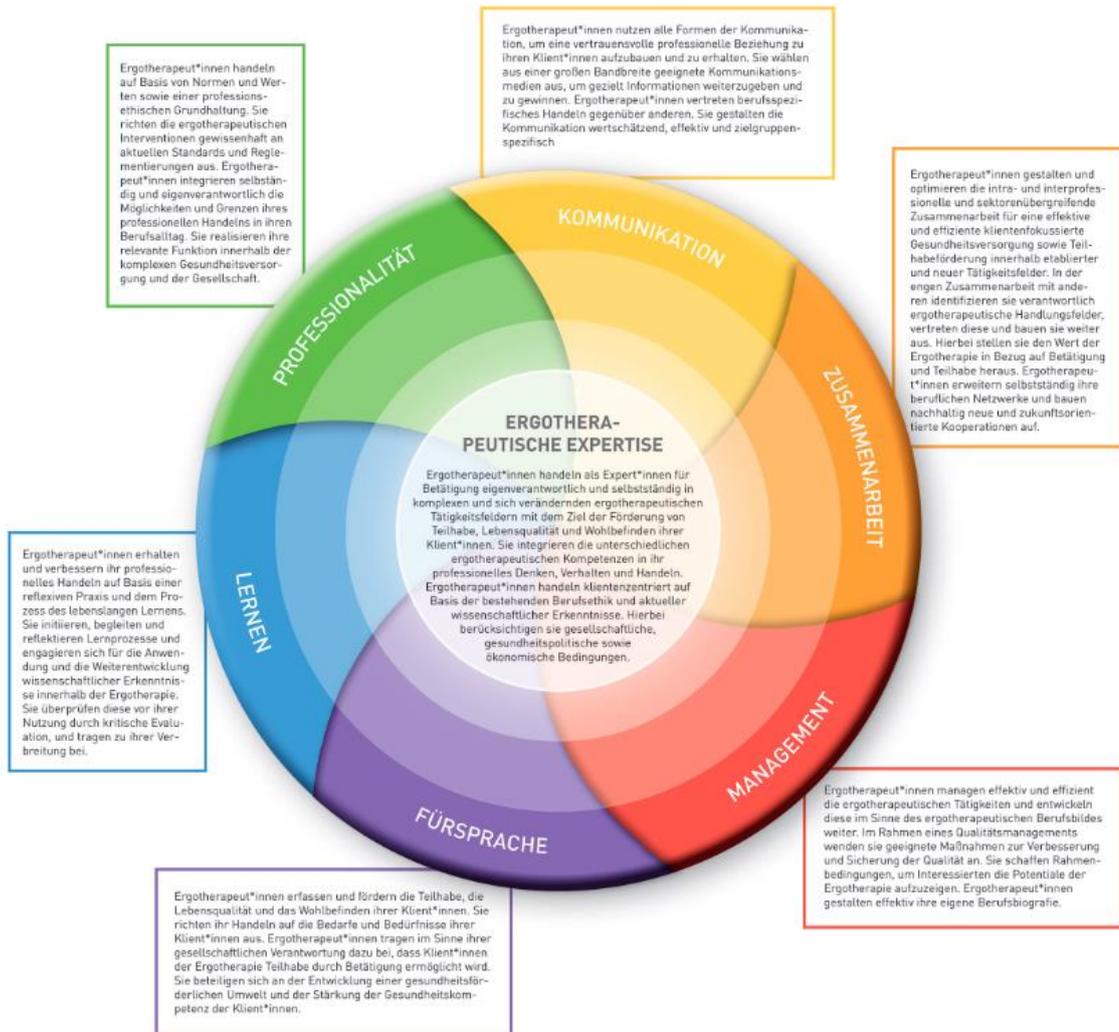


Abbildung 5 | Kompetenzprofil

Quelle: DVE (2019)

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

LESEHINWEIS

<p>Domäne, auf die sich die Kompetenz bezieht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Klient - das Unternehmen (Organisation) - der Beruf <p>NAME DER KOMPETENZ</p>	<p>Prägnante Umschreibung der Kompetenz:</p> <p>Was tut der Ergotherapeut mit welchem Ziel.</p>
<p>Kennzeichnende Schritte</p> <p>Arbeitet planmäßig an:</p> <p>Hier werden die grundlegenden Arbeitsschritte beschrieben, die zur Kompetenz gehören. Diese Schritte wurden abgeleitet von Praxismodellen oder Methoden, die dieser Kompetenz entsprechen. Manchmal werden diese Kompetenzen dann anders bezeichnet.</p> <p>Phase des ergotherapeutischen methodischen Vorgehens</p> <p>Bei den klientenbezogenen Kompetenzen wird hier eingefügt, in welcher/n Phase(n) des ergotherapeutischen Prozesses die Kompetenz zum Tragen kommt – wie beschrieben in „Grondslagen van de ergotherapie“ (le Granse et al., 2012, Kapitel 20).</p>	<p>Dementsprechendes berufliches Handeln</p> <p>Dazu gehört:</p> <p>Hier werden die berufsbezogenen Handlungen/Tätigkeiten beschrieben, die der Ergotherapeut „sichtbar“ ausführt und wodurch er zeigt, kompetent zu sein. Das bedeutet, dass er über die notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen verfügt. Diese beruflichen Handlungen/Tätigkeiten führen zu berufstypischen „Produkten“ für die der Studierende Nachweise sammeln kann.</p>
<p>Erläuterung und aktuelle Entwicklungen</p>	<p>Hier werden auf die jeweilige Kompetenz bezogen ergänzende praxisorientierte Informationen und aktuelle Entwicklungen beschrieben.</p>

Abbildung 6 | Aufbau der Kompetenzbeschreibungen

Quelle: Zuyd Hogeschool (2013a)

Anlagen

Anlage 1 Ehrenwörtliche Erklärung.....	129
Anlage 2 Zeittabelle Forschung	130
Anlage 3 Auszug aus der Literaturrecherche	131
Anlage 4 Bewertung der Studien nach Borgetto	132
Anlage 5 Interview mit Studiengang-Gründerin Mieke Le Granse	133
Anlage 6 Evaluation des Fragebogens	143
Anlage 7 Aufruf zur Teilnahme an der Forschung.....	144
Anlage 8 Anschreiben für das Interview	145
Anlage 9 Einverständniserklärung der Interviewteilnehmer (Blanko).....	146
Anlage 10 Leitfaden – Critical Incident Interview.....	150
Anlage 11 Transkripte der qualitativen Interviews	151
Anlage 12 Vorgehen der qualitativen Analyse.....	176
Anlage 13 Rückbildung der Kategorien.....	177
Anlage 14 Aufruf zum Membercheck.....	178

Anlage 1 | Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern wir, Judith Schatz und Nico Sanning, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Augsburg, den 08.11.2020


(Judith Schatz)

Nordhorn, den 08.11.2020


(Nico Sanning)

Anlage 2 | Zeittabelle Forschung

Zeitraum	Wichtige Aktivitäten	Ergebnis
Bis 19.01.2020		Abgabe Proposal 3. Runde
31.01.2020		Besprechung Proposal
Februar		
März		Basis Theoretischer Hintergrund
April		Ausformuliert Theoretischer Hintergrund
Mai	28.05. Fragebogen in Analyzer und nach Möglichkeit alle Texte	Fragebogen erstellt, getestet, angepasst Fragebogen online Methodik
Juni	BIS 05.06. Fragebogen zum Pretest fertig BIS 19.06. Auswertung Pretest Rückmeldung BIS 26.06. Fragebogen online stellen	Quantitative und qualitative Datenerhebung
Juli	16.07. Reminder rausschicken 20.07.-24.07. Theoretischer Hintergrund 26.07. Pilot Quali 27.07.-30.07. Quanti beenden	
August	01.08.-15.08. Quali Interviews 01.08.-15.08. Quanti Auswertung 15.08.-31.08. Quali Auswertung + Resultate	
September	01.09. Prozessbericht 2 03.09. Beratungstermin Anfang September Korrekturleser aquirieren	Methodik Datenanalyse Resultate
Oktober	Layouten	Diskussionsteil Einleitung Schluss Korrektur lesen (2 Wochen)
November	<ul style="list-style-type: none"> • Prozessbericht 3 • Adressen Beurteilerinnen erfragen • 4x ausgedruckt, je 2 an Beurteilerinnen schicken -> SENDUNGSDAUER BERÜCKSICHTIGEN 	Abgabe Bachelorarbeit analog
10. November 2020	<ul style="list-style-type: none"> • One Drive Abgabe 	Abgabe Bachelorarbeit online

Anlage 3 | Auszug aus der Literaturrecherche

Literaturrecherche

18.12.2019

Datenbank: DIZ			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	2010 -2019	Alle	Alle; Full Text Access
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
„alumni survey“ AND „occupational therapy“			11
Verbleibstudie			0

Datenbank: DIZ			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	offen	Alle	Alle; Full Text Access
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
Verbleibstudie			3
			0

Datenbank: HBO Kennisbank			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	offen	Alle	Alle
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
„alumni survey“ AND „occupational therapy“			0
Verbleibstudie			0
Alumni survey			10

Datenbank: OTseeker			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	offen	Alle	Alle
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
„alumni survey“ AND „occupational therapy“			0

Datenbank: researchgate			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	offen	Alle	Alle
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
Alumni survey			Über 70
Alumni survey AND occupational therapy			? -> mehr OT, weniger alumni

→ Nicht wie eine Datenbank sortiert, daher nicht möglich Zeitraum etc. einzustellen; auch keine Trefferzahl

Datenbank: pubmed			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	2010-2020	Alle	Alle
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
"Alumni survey" AND "occupational therapy"			0
Alumni survey AND occupational therapy			4

Anlage 4 | Bewertung der Studien nach Borgetto

Titel	Autor	Eigenschaften	Level nach Borgetto (Tomlin & Borgetto, 2011)
Investigating the purpose of an online discussion group for health professionals: a case example from forensic occupational therapy	Dieleman, Crystal; Duncan, Edward A. S.	<ul style="list-style-type: none"> • Case Study with descriptive characteristics • OT online discussion group • 8 years were examined • Data was publicly available so ethic boards were not required 	Descriptive Research Multiple-Case studies Level 3
Professionalisierung und Klientenzentrierung - zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken	Beyermann, G.	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturanalyse 	Descriptive Survey Level 3
Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS)	Dieterich, S.; Hofffeld, R.; Latteck, A.D.; Bonato, M.; Fuchs-Rechlin, K.; Helmbold, A.; große Schlarman, J.; Heim, S.	<ul style="list-style-type: none"> • Mixed-Method • Quali: mehrere TN, genaue Auswahl aus der Quanti-Befragung, Peer reviewed • Quanti: Vollerhebung 	- Quali: Prolonged engagement (a), Triangulation of data (b), Peer reviewed (c) => more rigor => Level 2 - Quanti => Level 4 (bis 3)
Theorie-Praxis-Transfer von Studieninhalten des Bacheloraufbaustudiengangs für deutsche ErgotherapeutInnen an der Zuyd Hogeschool in den Berufsalltag	Haase-Mühlner, Franziska; Muth, Sabrina	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Studie • Triangulation of data (b) 	Qualitative Research Level 3
Advancing the use of theory in occupational therapy: a collaborative process	Leclair, Leanne L.; Ripat, Jacquie D.; Wener, Pamela F.; Cooper, Juliette E.; Johnson, Leslie A.; Davis, Ellen L. O.; Campbell-Rempel, Margaret Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Case Study • Prolonged engagement • Triangulation of Data • Peer Reviewed 	Qualitative Research Level 2
Occupational therapy students' use of social media for professional practice	Naidoo, D.; Govender, P.; Stead, M.; Mohangi, U.; Zulu, F.; Mbele, M.	<ul style="list-style-type: none"> • Cross-sectional Survey • Vollerhebung 	Level 4

Anlage 5 | Interview mit Studiengang-Gründerin Mieke Le Granse

- 1 Videointerview mit Mieke Le Granse (23.10.2020)
2
3 I1: „Hallo.“
4 I2: „Hallo.“
5 I1: „Schönen guten Tag Frau le Granse.“
6 I2: „Das Mikro ist aus (...)“
7 I1: „Sie sind gemutet.“ (lacht)
8 I2: (lacht) „Leider immer noch gemutet. (...) Jetzt!“
9 Le Granse: „Könnt ihr mich jetzt verstehen?“
10 I2: „Ja!“
11 I1: „Jaa!“ (lacht)
12 Le Granse: „Okay, ich kam erst gar nicht hinein, aber es hat funktioniert! Dank sei euch.“
13 I2: „Danke Ihnen.“
14 I1: „Wir hatten schon leichte Panik. (lacht) Erstmal vielen lieben Dank, dass Sie sich Zeit
15 genommen haben mit uns das Interview zu machen für unsere Bachelorarbeit, für den
16 theoretischen Hintergrund (...) Verstehen Sie mich gut?“
17 Le Granse: „Ich verstehe ich gut, ich habe es etwas lauter gesagt, aber das geht ganz gut.“
18 I1: „Ich kann auch ein bisschen lauter sprechen (...) Vorab, möchten Sie gesiezt werden
19 während des Interviews oder lieber eurer Mentalität nach mit dem „Du“?“
20 Le Granse: „Ja du weißt, in den Niederlanden ist es ein „Du“. (lacht)
21 I1: (lacht) „Sehr gerne! Das Gespräch wird aufgenommen, das weißt du auch, ganz normal,
22 wie die „Zuyd“ es vorgibt, die Einverständnis haben wir ja auch bekommen, Dankeschön
23 nochmal dafür und heute soll es ja ein bisschen über den Studiengang gehen, den du ja mit
24 aufgebaut hast, und dazu haben wir dir ein paar Fragen zukommen lassen, die würden wir
25 gern heute nochmal live besprechen.“
26 Le Granse: „Okay.“
27 I1: „Irgendwelche Fragen nochmal vorab?“
28 Le Granse: „Nein, ich habe mir die Fragen angeschaut, ich habe die Reihenfolge etwas
29 geändert, wenn das für euch okay ist, weil ich dachte, das ist logischer und ich habe ein paar
30 Sachen aufgeschrieben, damit ich nichts vergesse, also von mir aus (...)“
31 I2: „Dankeschön.“
32 I1: „Danke.“
33 Le Granse: „ (...) kann es los gehen. Oh ja, ich habe doch noch eine Frage, seid ihr in dem
34 Vollzeitbachelorstudiengang oder in dem Berufsbegleitenden?“
35 I2: „Berufsbegleitend.“
36 I1: „Jip.“
37 Le Granse: „Berufsbegleitend, okay, und von welcher Berufsfachschule kommt ihr her?“
38 I2: „Magst du erst oder soll ich?“ (lacht)
39 I1: „Ladys first.“
40 I2: „Ich komme unten aus Bayern, beziehungsweise meine Berufsdachschule war in Baden-
41 Württemberg in Dornstadt, das ist bei Ulm.“
42 Le Granse: „Ja, ja mhhh.“
43 I1: „Und ich komme aus Niedersachsen und meine Berufsfachschule war in Bad Bentheim,
44 ein sehr kleiner Kurort.“
45 Le Granse: „Ja, ich kenne das. Ja, ja sehr schön. Und ihr macht dann diese „EBSG“?“
46 I2: „Genau.“
47 I1: „Ja, genau. (...) Wunderbar, mit welcher Frage möchtest du denn starten? Du sagtest ja,
48 die Reihenfolge hast du verändert.“
49 Le Granse: „Ich habe es ein bisschen geändert, aber die erste Frage bleibt die erste Frage, und
50 die ist was waren die Beweggründe ein Studium für deutsche Ergotherapeuten in den
51 Niederlanden anzubieten?“

- 52 I1: „Mhmm.“
53 Le Granse: „Wie möchtest du das? Soll ich einfach erzählen?“
54 I1: „Gerne.“
55 Le Granse: „Denn es ging über fast 30 Jahre (...)“
56 I1: (lacht)
57 I2: (lacht)
58 Le Granse: „Also ihr unterbrecht mich, wenn ihr eine weitere Frage habt, ja?“
59 I2: „Mhmm, okay gerne.“
60 B1: „Nico, du bleibst ab und zu hängen, aber ich hoffe das du mich doch hörst.“
61 I1: „Ja.“ (lacht)
62 Le Granse: „Gut. Ja, die Beweggründe die waren, ich habe in einer Psychiatrie gearbeitet,
63 bevor ich in die Hochschule kam und bin dann auf einem internationalen Kongress einer
64 deutschen Kollegin begegnet, Christiane Herlin, habt ihr je von ihr gehört? Ja?“
65 I1: „Ja.“
66 Le Granse: „Okay. Und sie hatte damals in Köln ein Konzept über Arbeit und Menschen mit
67 chronisch psychiatrischer Problematik, das hat mich sehr angesprochen, und dann habe ich
68 begriffen, dass auf dem deutschen Kongress Arbeit und Psychiatrie einer der Schwerpunkte
69 ist, dann habe ich gedacht okay, dann gehe ich zum deutschen Kongress, ich denke mal in
70 1992/ 1993, da irgendwo, ich fürchte, da wart ihr vielleicht noch nicht da, und (...) du nicht?
71 Oder beide nicht? (...)“ (lacht)
72 I2: (lacht)
73 Le Granse: „(...) und ich habe mir da Sachen angehört, aber ich war auch völlig erstaunt,
74 denn ich hörte eigentlich nichts über die neuesten Entwicklungen, in der Ergotherapie, nichts
75 über Modelle; MOHO, das kanadische Modell oder damals MOSI (...) Ich hörte nichts über
76 Clinical Reasoning oder über methodisches Handeln und Prozesse, also ging ich zum
77 Vorstand und habe sie gefragt, ob mein Deutsch vielleicht nicht gut genug ist, aber ich höre
78 hier nichts darüber. Die waren nicht begeistert über meine Frage, die dachten, eine
79 Niederländerin auf unserem Kongress, die eine Frage stellt, wo wir keine Antwort darauf
80 haben und er hatte keine Antwort, er hatte nie von den Modellen gehört. Naja, das war klar,
81 dann haben sie mich verwiesen an Peter Jaehn, habt ihr den Namen gehört?“
82 I2: „Ich glaube der sagt mir was.“
83 I1: „Ne, den kenne ich nicht.“
84 Le Granse: „Er war früher ein Referent, für Aus- und Weiterbildung, er ist jetzt schon (...) ich
85 glaube 80/ 81.“ (lacht)
86 I2: „Okay.“
87 Le Granse: „Und er war sofort interessiert, als ich mit ihm gesprochen habe, im Kongress,
88 und er verstand genau was ich meinte. Er hat mich nicht mehr losgelassen, er wollte immer
89 weiterreden, wir sind auf Sessel gegangen, haben immer weitergeredet und das hat dazu
90 geführt, dass so ein blauer Gedanke aufkam, wie schön es wäre, wenn deutsche Studenten in
91 den Niederlanden einen Bachelor machen können, denn es war damals unmöglich in
92 Deutschland. Man konnte nur zukünftig eine Lizenz oder eine Urkunde bekommen und ich
93 war auch offen dafür. Dann war der erste Schritt, dass ich dachte ich muss erstmal die Inhalte
94 näher heranbringen, an die Kollegen in Deutschland, und habe einen Workshop gemacht,
95 zwei Tage und in Zusammenarbeit mit dem deutschen Verband, Angebote in Deutschland mit
96 den verschiedenen Modellen und wie wir eigentlich in den Niederlanden arbeiten, aber auch
97 international. Das wurde ein großer Erfolg, und jeder der das Gefühl hatte „Ich muss dabei
98 sein“ hat sich angemeldet für den Workshop. Ich glaube, ich habe ihn 25 Mal gegeben, und
99 dadurch habe ich auch alle Leute kennengelernt, die jetzt an der Hochschule arbeiten, so wie
100 Ulrike Maotzki oder Christiane Mentrup oder Elke Kraus und, und, und (...). Sie kamen alle
101 in den Workshop, also entstand von selber ein ganz schönes Network, und in der
102 Zwischenzeit hat Peter Jaehn geschaut, was theoretisch möglich war, für die deutschen

- 103 Ergotherapeuten, um in den Niederlanden zu studieren und eine Urkunde zu bekommen. Ich
104 wurde auch gefragt auf vielen Kongressen oder Schulungen etwas zu erzählen, wie
105 funktioniert das, ein Bachelor und begegnete auch vielen Kritikern und immer war die Kritik
106 „Das kann nicht, ein Bachelor für Ergotherapie, 4 Jahre, die Niederländer, das sind ja nur
107 Theoretiker, die können nicht in der Praxis arbeiten.“ Ich wusste, dass das öfter kam und habe
108 dann immer wiederlegt und ihnen gesagt, die ganze Welt arbeitet auf Bachelorlevel, nur
109 Deutschland nicht. Also jetzt behauptet ihr, dass nur in Deutschland die Ergotherapeuten in
110 einer Praxis arbeiten können und im Rest der Welt nicht? Und so waren sie sofort ausgeredet.
111 (...) So ging es weiter, bis Peter Jaehn dann die theoretischen Sachen auf die Reihe
112 bekommen hatte, denn er war großer Vorstander davon, und dann habe ich mit
113 dem Fakultätsdirektor geredet, und dann hat er gesagt, gut, ich gebe dir 100 Stunden, mach
114 ein Programm, und wenn du mehr als 25 Studenten hast, kannst du anfangen. Davor war ich
115 an der Hochschule Koordinatorin, von dem niederländischen Programm. Ich war natürlich
116 dann gewöhnt, an der Hochschule zu arbeiten. Das haben wir gemacht, und wir haben und wir
117 haben Werbung gemacht, zusammen mit dem DVE in einer Zeitschrift und von da aus haben
118 wir einen Tag der offenen Tür kreiert, in der Nähe von Heerlen und ich habe das gemeinsam
119 mit einem Kollegen gemacht. Das Programm haben wir so entwickelt, dass es den
120 Unterschied zwischen „Was sagt die deutsche Ausbildungs- und Prüfungsverordnung?“ und
121 „Was wird in den Niederlanden, aber auch hauptsächlich international auf Bachelorlevel
122 unterrichtet?“. Dort wo die Unterschiede waren, darauf haben wir unser Programm basiert,
123 weil wir dann so das Level von dem Bachelor international erreichen konnten, also das ist
124 vorabgegangen. Am Tag der offenen Tür kamen ganz viele Leute, denn wir hatten ja keine
125 Ahnung, ob jemand aus Deutschland Heerlen finden würde, und am Ende des Tages hatten
126 wir 27 Anmeldungen, also haben wir anfangen können. Unter diesen 27 war auch Bettina, die
127 ihr ja auch denke ich kennt (...)
128 I1: „Ja.“
129 Le Granse: „(...) als erste Studentin in diesem Studiengang. Also das waren Beweggründe.
130 Warum? Weil ich dachte, hier fehlt was und durch die Workshops werde ich jedes Mal
131 bestätigt von „Bitte bring das nach Deutschland und schütze das in Deutschland!“ und ja, so
132 ist dann der Ball ans Rollen gekommen. Ist es so deutlich?“
133 I2: „Sehr, ja.“
134 I1: „Ja, perfekt!“
135 Le Granse: „Wenn ich etwas sage in komischem Deutsch meldet ihr euch.“
136 I1: (lacht) „Alles gut, das kann man super gut verstehen.“
137 I2: „Ja.“
138 Le Granse: „So haben alle eure vorherigen Studenten das seit 20 Jahren hören müssen, also
139 ich geh davon aus.“ (lacht)
140 I2: (lacht)
141 Le Granse: „Dann habe ich geguckt und habe gefragt, wie gestaltet sich die Zusammenarbeit
142 mit dem DVE, was mit und was dem DVE zu diesem Zeitpunkt wichtig war, ich denke das
143 passt eigentlich gut hinter diese Frage, ist das okay für euch?“
144 I2: „Ja.“
145 I1: „Ja, klar.“
146 Le Granse: „Okay, ich denke, mir war am wichtigsten der Inhalt, dass das auf einem
147 Bachelorlevel war und dass ich das verantworten konnte, sowohl nach der Hochschule, als
148 auch nach dem niederländischen Staat und als nach dem Institut, was die Hochschule
149 akkreditiert. Das war natürlich am allerwichtigsten. Weiter war wichtig, dass es genug an
150 Stunden Unterricht gab, für den Studenten und dass das Programm so gestaltet wird, das es
151 auch für Studenten um von Deutschland nach Heerlen zu kommen um das Studium zu
152 machen. Wir mussten dabei auch Rechnung tragen, dass Studenten aus ganz Deutschland
153 kamen, ob es jetzt aus Berlin war oder aus Süddeutschland, man kam aus allen Ecken. Die

154 meisten kamen am Anfang, nach meinem Gefühl zu 99 Prozent, arbeitete, und zwar, auch
155 etwas älter, als die heutige Gruppe. Die waren doch alle, sagen wir mal 30+ und die hatten
156 alle etwas von „ich möchte weiter!“. Also ein attraktives Programm, in der deutschen
157 Sprache, wir haben halt auch mal ab und zu kleine Zeilen in Englisch, durch Gastdozenten,
158 und mir war auch wichtig, dass die Studenten guten Kontakt zu mir haben, und dass ich sie
159 gut informiere und dass sie sich wohlfühlen, um in einem anderen Land zu studieren zu
160 gehen. Das war denke ich so mir das wichtigste. Dem DVE war das Theoretische wichtig, und
161 das ging um die Anerkennung in Deutschland von dem Studiengang. Ich denke, das war die
162 Arbeit von Peter Jaehn, der mit dem Kultusministerium die Anerkennung auch regelte, da
163 komme ich gleich noch drauf zurück, das ging nicht einfach. Ich denke so hat die
164 Zusammenarbeit mit dem DVE eine Anzahl an Jahren gelaufen, bis nach, ja was sollen wir
165 sagen, 5 Jahren. Immer mehr Privatschulen in Deutschland zu uns kamen nach Heerlen, mit
166 der Frage, möchtet ihr nicht auch mit uns zusammenarbeiten und Studiengänge kreieren?
167 Auch berufsbegleitend? Auch an Ort und Stelle in Deutschland? Und die Hoogeschool (...)
168 Ah ja, da muss ich auch noch was sagen, eigentlich was die Zusammenarbeit mit dem DVE
169 für 3 Jahre geplant, als Übergang und man hoffte, dass danach die 3 Jahre in Deutschland
170 etwas kam. Da kam auch etwas, das war in Osnabrück, aber noch mit Zertifikat. Das hat noch
171 lange gedauert, bevor dass alles unter einem Bachelorstudiengang lief, also unsere
172 eigentlichen 3 Jahre wurden immer mehr, und es kamen immer mehr Studenten. Wir hatten
173 am Anfang Wartelisten und dann sagten wir, okay ab was weiß ich (...), ab dem 20. August
174 ab 8 Uhr könnt ihr euch anmelden für den Studiengang, wir können bis zu 60 Studenten
175 nehmen und wenn es voll ist, ist es voll. Oft war es dann am 20. August, kamen die doch nach
176 Heerlen und dann stand eine Schlange vor meinem Zimmer, die alle dachten, ich muss mich
177 um 8 Uhr anmelden, sonst habe ich keinen Platz, weil es in Deutschland noch immer nicht die
178 Möglichkeit gab. Also daher besteht der Studiengang seit 22 Jahren noch immer. Durch die
179 privaten Anfragen von privaten Hochschulen, hat der DVE gesagt, das wollen wir nicht, wir
180 wollen das Alleinrecht mit euch, sonst hört unsere Zusammenarbeit auf. Die Hoogeschool hat
181 natürlich auch marktorientiert gedacht, und in Zwischenzeit war das Team natürlich
182 gewachsen, von zwei Personen auf immer was mehr, weil natürlich immer mehr Studenten
183 kamen, sonst konnten wir das ja nicht machen und dann kam ein Bruch mit dem DVE und
184 dann haben wir geschaut, welcher von diesen Privatanbietern gefällt uns am besten. Es wurde
185 dann die Döpferakademie, denke vielleicht euch auch bekannt (...)
186 I2: „Mhmm.“
187 Le Granse: „ (...) und der Grund dafür war, dass sie eigentlich nur die Räume fasilitierten in
188 dieser Zusammenarbeit die Teilnehmer, aber sonst uns völlig frei ließ, damit wir unser
189 eigenes Programm machen können, mit unseren Dozenten auf unsere Art und Weise. Man
190 hatte auch, (...) Fresenius war da, die Schule war da, was hast du noch mehr in Deutschland?
191 (...) Ich glaube, alle sind da gewesen, die etwas wollten. Aber die hatten alle Fragen; Es darf
192 nur dies, Betriebswissenschaft mit hinein (...) Ach ja, Steinbeiß war da, es muss Management
193 mit hinein (...). Ich habe jedes Mal gesagt, nein, das will ich nicht, Studenten fehlt es an
194 theoretischer Basis der Ergotherapie und an Sachen wie Forschung und
195 Professional Reasoning und das bekommen sie nicht, wenn sie Betriebswissenschaften bei
196 euch machen und dann auch noch ein bisschen Ergotherapie. Also die haben wir alle
197 abgewimmelt und nur Döpfer, der stand da völlig offen vor. Man kann kritisch schauen, es ist
198 ein besonderer Herr, aber dadurch, dass er so offen war, war das für uns ein guter Partner und
199 dann haben wir eine (27:06?) kreiert, erst in Hamburg und danach in Regensburg, weil da
200 auch Bedarf natürlich war und danach in Köln. Dann haben wir das Team erweitert, denn wir
201 hatten Vollzeit und Berufsbegleitend jetzt und wir haben dann gependelt. Ich muss sagen, das
202 habe ich am meisten gemacht, ging dann ein langes Wochenende, es war immer Wochenende,
203 so wie bei euch natürlich auch, ging dann nach Hamburg, Regensburg oder Köln, bis dort
204 Bedarf auch kam von den Studierenden von „Ja wir wollen doch auch gerne mal die

- 205 Hochschule sehen und da den Geschmack haben, wie ist das da?“ denn es war natürlich doch
206 immer ein bisschen Improvisieren in Hamburg, Regensburg oder Köln. Es gab keine richtige
207 Bibliothek; ein Schrank mit Büchern, es gab keine internationalen Zeitschriften, die nahm ich
208 dann jedes Mal mit. Dann haben wir wohlgesorgt, dass die Studierenden Zugang zur
209 Bibliothek bekamen, damit sie dann über die Bibliothek hineinschauen konnten und dann
210 haben wir es gemixt, dass sie teilweise nach Heerlen kamen und teilweise wir dann noch
211 dahingingen. (...) okay, ich gehe weiter; noch Fragen?“
- 212 I2: „Bis jetzt nicht, nein.“ (lacht)
- 213 I1: „Das letzte war ja sozusagen der Korehakurs, den es ja aktuell nicht mehr gibt, das ist
214 richtig oder?“
- 215 Le Granse: „Genau, ja und das kommt, weil Herr Döpfer hat seine eigene Hochschule kreiert
216 und hat einen Studiengang „Therapiewissenschaften“ da entwickelt, und dann wollte er
217 natürlich, dass seine Ergotherapiestudierenden in diese „Therapiewissenschaften“ gingen
218 (...)“
- 219 I1: „Ja.“
- 220 Le Granse: „(...) und dann ist damit die Kooperation beendet, aber damit war die Frage aus
221 Deutschland natürlich noch immer da und dann kamen andere Kooperationspartner, die dann
222 gesagt haben, oft Ehemalige, die an einer Schule arbeiten in Deutschland, möchtet ihr da nicht
223 mit uns etwas gestalten? Also ist es weitergegangen. Ja? Ist das eine Antwort auf deine Frage,
224 Nico?“
- 225 I1: „Ja, perfekt.“
- 226 Le Granse: „Okay, dann habt ihr nach den Maßnahmen gefragt und die Akkreditierung und
227 die Anerkennung. Für die Niederlande war die Anerkennung eine große Sache. Wir müssen
228 die Garantie geben, dass die Studierenden am Ende des Studiengangs die gleichen
229 Kompetenzen haben wie die Niederländer, die die 4 Jahre machten. Das war die Garantie, die
230 wir als Dozententeam und die als Koordinatoren natürlich liefern mussten und das haben wir
231 unter anderem kreiert; wenn wir Prüfungen hatten, so wie euer Abschlussgespräch, was ihr
232 noch für euch habt, da waren dann (...) Wie nennt man das? (...) Examierte dabei, von
233 anderen Fachhochschulen aus den Niederlanden; von Amsterdam oder von Rotterdam und die
234 haben gemeinsam mit uns examiniert, uns dann Berichte darüberschrieben, ob unsere
235 Studenten ein niederländisches 4-jähriges Berufslevel hatten und die waren, ohne zu
236 übertreiben, die waren so beeindruckt von unseren Studierenden, weil, ja sicherlich die erste
237 Gruppe (...) weil die natürlich auch was älter waren und Berufserfahrung mitbrachte. All
238 die Examinatoren die da waren hatten sofort so etwas von „Wenn du Niederländisch lernst,
239 kannst du sofort bei uns arbeiten kommen!“, also so positiv waren sie. Also das war für uns
240 sehr günstig, und in den Niederlanden werden wir als Hochschule jede, sagen wir mal alle 3
241 Jahre akkreditiert und auch unser Bachelorstudiengang wurde akkreditiert und so großen
242 Ärger von den niederländischen Kollegen, würde unseren deutschen Bachelorstudiengang
243 besser akkreditiert mit höherer Note als dieser niederländische Studiengang. Also wir haben
244 da nie Probleme gehabt, also die Anerkennung war da, die Anerkennung von Cotec, dem
245 europäischen Verband war da und die Anerkennung der World Federation war da. Das ist das
246 Gute, aber dann kommt Deutschland (...)“
- 247 I1: (lacht)
- 248 Le Granse: „(...) theoretisch war das geregelt, die Anerkennung, in Bonn, bei diesem
249 Kultusministerium, aber dann änderte sich da das Personal und dann kam da eine neue
250 Vertretung vom internationalen Vergleich der Urkunde und auf einmal bekam ich einen
251 Bericht einer Ehemaligen, dass ihre Urkunde nicht anerkannt wurde. Dann müsst ihr euch
252 vorstellen, unsere Urkunde ist europaweit anerkannt, da ist ein Verteilsystem, das geht über
253 Stufen, und da stehen wir auch so genannt, als anerkanntes, eigentlich weltweit anerkannter
254 Bachelorstudiengang, daher hat man ja das System von Bachelor und Master kreiert, in
255 Europa halt, damit man Anerkennung machen kann. Aber das interessierte sie überhaupt

256 nicht, weil ich konnte ja die Papiere zeigen und sie konnten selber sehen auf ihrem Computer.
257 Dann ging es darum, wir gaben nicht genug Unterrichtsstunden, denn alle Stunden, die wir
258 Gruppenarbeit machten, praktische Arbeit von zu Hause aus, Projektarbeit (...) das war kein
259 Frontalunterricht, also man muss 40 Stunden Vollzeit Unterricht machen, sonst war das nicht
260 okay. Naja, das war natürlich auch völliger Blödsinn, sorry, denn man konnte das
261 so wiederlegen. Denn moderner Unterricht ist kein Frontalunterricht, aber gut, die Dame, die
262 da überging, hatte da eine andere Perspektive, dann habe ich ihr Unterlagen gezeigt von
263 Universitäten in Deutschland, die auch keinen 40 Stunden Frontalunterricht machen und
264 die eigentlich so arbeiten wie wir und die genehmigt sie ja auch. Ich bin ganz oft mit Bettina
265 zu diesem Kultusministerium gereist, und dann hatten wir es so weit, dass die Dame es
266 begriffen hat, und dann ging es ein oder zwei Jahre gut und dann kam und dann kam eine
267 neue Dame und dann fing es wieder von vorne an (...) (lacht) Das hat also einige Zeit
268 gedauert. Jetzt müsste es eigentlich okay sein, denn dann ging es auch noch über die
269 Bundesländer und dann hatten fast alle Bundesländer es begriffen, inzwischen kamen auch
270 Bachelorstudiengänge in Deutschland, die auch keine 40 Stunden frontal machten und nur
271 Bayern tat sich schwierig. Da war ein Professor, weiß den Namen nicht mehr, und der musste
272 das für den Staat Bayern nochmal untersuchen und er brachte einen negativen Bericht raus,
273 und ich bekam das auf Papier und dachte das ist unmöglich, was dieser Herr jetzt hier macht,
274 dann habe ich all seine Artikel oder Bücher, die er mal geschrieben hat, habe ich gesammelt,
275 habe ich gelesen und in seinem Artikel war er Vorstehender von internationaler
276 Urkundenanerkennung, war er Vorstehender von neuen Formen von Unterricht, statt Frontal.
277 Ich habe Fragmente von ihm rauskopiert und ihm das zugeschickt und auf ein Gespräch
278 gebetet. Er war empört, er war total böse auf mich und ich habe gesagt; wenn sie kein
279 Gespräch mit mir wollen, publiziere ich das jetzt in einer Ergotherapiezeitschrift. Ich habe
280 ihm ein bisschen gedroht, aber dann konnte er nicht mehr; ich sag, sie sprechen selber
281 dagegen, dagegen, was sie selber publiziert und erforscht haben, dann zweifle ich an ihrer
282 Forschung (...) und dann hat er, mit ganz böse auf mich, einen positiven Bericht geschrieben.
283 Ja und dann war Deutschland für soweit okay (...)“ (lacht)
284 I1: (lacht)
285 I2: „Das klingt nach einem sehr langen Atem.“ (lacht)
286 Le Granse: „Ja, aber den habe ich.“ (lacht) „Das musste ich auch, weil es zum Nachteil von
287 den Studierenden ging und die Studierenden sind mir natürlich am wichtigsten. Du wolltest
288 was sagen, Nico.“
289 I1: „Klingt nach einem richtigen Krimi.“ (lacht)
290 B1: „Ja ja (...) Ja ja (...) Dann habt ihr noch eine Frage; was haben die Studierenden
291 bezüglich der praktischen Arbeit im deutschen Arbeitskontext zurückgemeldet, sowohl
292 positiv als auch negativ, ja?“
293 I2: „Mhmm.“
294 Le Granse: „Positiv, total anderer Unterricht, statt frontaler Unterricht. Also die erste Gruppe
295 kannte nur Frontal. Die Studenten haben damit Kreativität erfahren, auf eine andere Art von
296 Arbeit mit den Mitstudierenden und den Dozenten auf Augenhöhe. Sie können sich bei ihrer
297 Arbeit viel besser verkaufen, weil man als Bachelor als Partner gesehen wird. Respekt
298 füreinander, Lernen voneinander, die Dozenten haben für die Studenten immer ein offenes
299 Ohr. Mit Passion den Beruf austragen, das haben wir ja auch als Dozenten gemacht, wir
300 versuchten da Modell zu sein. Neue Arbeitsfelder, neue Arbeitsmethoden und Modelle,
301 auf einem qualitativ höheren Level arbeiten, mit Evidenz arbeiten, Forschung natürlich
302 kennenlernen und warum man was tut, neue Inhalte, Wissen aus verschiedenen Perspektiven,
303 national und international. Reflektieren, also den Vorläufer von Professional Reasoning,
304 innovativ sein und offen stehen für neue Entwicklungen, klientenzentriert arbeiten, ich habe
305 eine ganze Reihe (lacht). Betätigungsbasiert arbeiten, natürlich die Säulen, die kennt ihr und
306 viele, ganz viele gingen weiter studieren. Sie nahmen bestimmte Positionen ein beim Verband

307 oder in Achtgruppen, oder waren Referenten auf Kongressen, viele gingen einen Master
308 machen, und wir haben das mal früher gecheckt, ich weiß nicht, ob das jetzt noch ist, dass oft
309 30 Prozent von den Referenten auf dem DVE Kongress sicherlich früher von
310 der Zuyd Hoogeschool kamen und das war natürlich für jeden sehr attraktiv und was ich auch
311 oft spürte, ich hab da noch ganz viele Briefe von Studenten, Karten, Erinnerungsbücher, die
312 sie mir geschenkt haben, als sie ihre Urkunden bekamen, dass sie stolz darauf waren, dass sie
313 nach Heerlen zum Studieren gekommen sind. Das habe ich so positiv, gehen wir zu negativ
314 (...) In einer Reihe (...) Frage?“
315 I2: „Ja schon (...)“
316 I1: „Ich habe noch eine Frage zu den Kompetenzen, und zwar gab es auch etwas Positives, wo
317 die gesagt haben, ich habe jetzt die Kompetenz UNTERNEHMERISCH TÄTIG SEIN gelernt
318 (...) oder irgendwas Anderes und kann die jetzt sehr gut anwenden, kann die schlecht
319 anwenden? Gab es da auch Feedback zu?“
320 Le Granse: „Wenig. Ich habe das so wie du das sagst wenig gehört. Wir haben immer
321 natürlich diese Kompetenzen hervorgebracht, das Einzige was ich hörte war, dass die mit
322 dieser Kompetenz UNTERSTÜTZEN UND FÖRDERN, dass sie das immer ganz schwierig
323 fanden. Das war eigentlich immer das meist Unbekannte. Da müssen wir Beispiele geben für
324 „wie kannst du jetzt UNTERSTÜTZEN UND FÖRDERN umsetzen?“ Also bis in Portfolios
325 kam das eigentlich von denjenigen, von denen ich selber Mentor war, oder auch bei den
326 Kollegen, kam das immer als Schwierigkeit zurück. Aber sie haben nie so wirklich von
327 Kompetenzen gesprochen. Ich denke, vielleicht in den letzten Jahren, als ich noch in Heerlen
328 gearbeitet habe, änderte sich das ein wenig, weil auch in Deutschland die Kompetenzen
329 entwickelt wurden und eine Rolle spielten. Es hat seine Zeit nötig, denke ich.“
330 I1: „Das stimmt.“
331 Le Granse: „Ja, ja. War das eine Antwort auf deine Frage?“
332 I1: „Sehr gut, danke.“
333 Le Granse: „Negativ, hm? Ich hörte nachher, weil ich noch viele Kontakt hatte zu den
334 Studierenden oder auch als sie fertig waren, dass sie oft Streit lieferten müssten bei Kollegen,
335 warum sie einen Bachelor gemacht haben, warum sie anderes Wissen haben und oft war das
336 auch Angst, weil die Mitkollegen, die keinen Bachelor hatten dachten, bekommen wir jetzt
337 eine Zweiklassenergothérapie in Deutschland? Ist meine Urkunde jetzt weniger wert als
338 Berufsfachschulurkunde? Also auch viel Angst und auch viel Angst vor dem Aufwand vom
339 Bachelor, nee, das ist Unsinn (...) Also das liefert sich weit aus, was mich auch immer sehr
340 traurig machte. Also da muss ich auch sagen, da habe ich immer sehr drauf reagiert, dass
341 einige nicht die Erlaubnis bekamen, um klientenzentriert arbeiten zu dürfen. Denn das war
342 unsinnig, der Therapeut war derjenige, der das Wissen hat, der Arzt der Verweiser und so wie
343 der Therapeut es bedacht hat, das Professional, so sollte es gehen und unsere Studierenden
344 lernten das natürlich anders. Also ich habe öfter weinende Studierende erlebt, die dann nicht
345 klientenzentriert arbeiten durften, oder keine Modelle oder Assessments einführen durften,
346 weil derjenige, der Praxisinhaber oder was weiß ich wer, das nicht passte. Ich habe ihnen
347 dann immer den Rat gegeben, Kontakt zu diesen Praxisinhabern aufzunehmen oder suche dir
348 einen anderen Job, wenn das so viel Ärger und Trauer mit sich mitbringt. Was könnte man
349 sonst tun? Was ich auch spürte, am Anfang war die Anerkennung, die Urkunde, das habe ich
350 dann im letzten Jahr nie wieder gehört. Die berufsbegleitenden Studenten fanden Arbeit und
351 Studieren ganz heftig und dass unter einen Hut zu bekommen, weil wir doch einiges
352 verlangen und natürlich nicht mit unserem Level nach unten gehen können. Wegen der
353 Akkreditierung, natürlich die gleichen Kompetenzen wie die 4-jährige Ausbildung und dann
354 spürte ich auch oft, dass dann viele da waren, die 36 Stunden gearbeitet haben und dann ist
355 das auch heftig, dann musst du auch am Wochenende oder in den Ferien studieren, sonst wird
356 das nie klappen. Es waren natürlich auch welche da, die einfach so einen Job haben müssen,
357 weil sie Familie haben oder sonst das Geld benötigen für ihren Lebensunterhalt und

- 358 Studierende, die noch bei ihren Eltern wohnen und die Unterstützung bekamen, brauchten
359 dann auch nicht so viele Stunden zu arbeiten. Da sahen wir auch oft, dass sie immer etwas
360 weniger arbeiten gingen, um gut durch das Studium zu kommen, ohne total gestresst zu sein.
361 Was mir auch auffiel war, dass sie durch viel Arbeiten oft die Zeit nicht fanden, um dann die
362 Sachen anzuwenden und das die Studierenden dann sagten, dass erst nach dem Studium Zeit
363 gefunden wurde um das Gelernte zu machen und sich darin weiter zu vertiefen, wo wir
364 natürlich hofften, dass das auch während des Studiums anfangen würde. Was ich auch oft
365 schade fand war, doch über die Studenten, hauptsächlich diejenigen, die in Praxen arbeiten,
366 den Unwille um offen zu sein für neue Entwicklungen und festhalten zu wollen, an dem, wie
367 es immer war. Man hat 20 Jahre Bobath gemacht, dann sollen die kommen, in 20 Jahren ist es
368 und bleibt es Bobath. Das war immer für die Studierenden auf vielerlei Gebieten eine Hürde.
369 Gut, das ist was ich so bedenke als negativ.“
- 370 I2: „Mhmm.“
- 371 Le Granse: „Ihr erkennt es oder ihr, ihr (...)“
- 372 I2: „Also ich erkenne mich auf jeden Fall wieder.“
- 373 I1: „Ja.“
- 374 Le Granse: „Ja.“
- 375 I2: (lacht) „Genau.“
- 376 Le Granse: „Das ist schon mal gut, wenn ihr das anders erfahren hättet, hätte ich was falsch
377 gemacht.“
- 378 I2: (lacht) „Oder es hat sich so grundlegend geändert, aber offensichtlich ja nicht.“
- 379 Le Granse: „Ne und weißt du ich bin immer den Ehemaligen begegnet auf dem deutschen
380 Kongress, jedes Jahr und mit ihnen geredet, und dann bekommt man natürlich ein gutes Bild.
381 “
- 382 I2: „Mhmm.“
- 383 Le Granse: „Okay, dann habt ihr noch gefragt, welche Vorteile man sieht, in dem
384 niederländischen Studiengang, ich habe es ein bisschen kürzer gemacht, ich denke eine
385 weltweite Anerkennung, denn oft höre ich, bei berufsbegleitenden Studiengängen (...) Nee,
386 ich sage es falsch (...) Bei Berufsfachschulen, die sagen dann zu ihren Studierenden, wir
387 haben eine WFOT Anerkennung, also ihr könnt mit euren Berufsurkunden überall auf der
388 Welt arbeiten. Das ist völlig nicht wahr! Denn es ist nicht so, denn man kann nicht, wenn man
389 sagt ich gehe in den Staaten arbeiten mit meiner Urkunde, man wird sofort als, wenn man
390 Glück hat als Assistentin eingestuft, aber nie als Ergotherapeut auf Bachelorlevel und das
391 fand ich einen sehr großen Vorteil, dass viele Studierende das Gefühl hatten, dass sie weltweit
392 arbeiten können. Man muss natürlich immer den Regeln von jedem Land folgen, das ist
393 logisch. Jedes Land hat andere Regeln, aber man hat das Level, hatten sie so festgelegt. Daran
394 finde ich einen Vorteil, dass wir den Fokus, den Inhalt so sehr auf Ergotherapie haben, das ist
395 jetzt bei einigen Studiengängen in Deutschland auch, aber lange nicht bei allen, diejenigen,
396 die interdisziplinär sind oder Betriebswissenschaften und Management und weiß ich was alles
397 noch drinnen haben, die haben nur ein Stückchen Ergotherapie. Ich denke zum Beispiel an
398 (...) ich weiß nicht ob es das noch gibt, man hat in Bielefeld den Bachelorstudiengang für
399 Lehrende, wenn du als Dozent arbeiten möchtest an einer Berufsfachschule, gibt es ihn noch?
400 Ja, ich sehe Judith nicken.“
- 401 I2: „Es gibt zumindest solche Konzepte, ich weiß jetzt nicht ob das in Bielefeld ist aber (...)“
- 402 Le Granse: „Ich kenne nur in Bielefeld, weil ich da mal öfter Unterricht gemacht habe und das
403 ist allein Bachelor, und dann kam ich da hinein, vielleicht nach einem Jahr, mit der Frage
404 dann Ergotherapie zu unterrichten und dann war ich nach einem Jahr die erste Dozentin in
405 Ergotherapie, die die Studierenden überhaupt sahen und auch meistens die letzte. Dann
406 gingen sie mit dem Päckchen, was ich in drei Wochenenden anreichen konnte zurück an die
407 Berufsfachschule als Dozent in Ergotherapie, aber hatten eigentlich, aber hatten eigentlich
408 nicht das Wissen, wie man jetzt Modelle gut einarbeitet und Studenten die konnten dann das

- 409 Buch vorlesen, was (...) eines der deutschen Bücher. Also das sah ich bei uns als Vorteil,
410 wenn du in Heerlen studierst, lernst du mehr über Ergotherapie und da ist das
411 Loch, the Gap between Berufsfachschule und Bachelorstudiengang. Gott sei Dank ist in
412 Zwischenzeit auch eine Anzahl von Berufsfachschulen, wo viele Ehemalige von
413 Bachelorstudiengängen arbeiten, dann ändert sich das und ändert sich das (...). Sehr positiv.
414 Ich habe noch aufgeschrieben, eine andere Kultur um mal die niederländische
415 Unterrichtskultur zu erleben oder Unterrichtsformen. Auch die Dozenten, dass ich denke, das
416 ist natürlich auch anders (...). Also ich denke das waren so meine Gedanken, die ich für euch
417 aufgeschrieben habe.“
418 I2: „Dankeschön.“
419 I1: „Danke, danke, danke.“
420 I2: (lacht)
421 Le Granse: „Habt ihr Fragen? Jetzt habe ich euch den Kopf vollgeredet.“
422 I2: „Also ich (...)“
423 I1: „Ich würde gerne noch (...)“
424 I2: „(...) aber Nico fragt gerne.“ (lacht)
425 Le Granse: „Okay.“
426 I1: „Ja, ich frage gerne nach.“ (lacht)
427 Le Granse: „Ja, frag.“
428 I1: „Und zwar sagtest du ja gerade, Heerlen macht das so gut, weil es geht primär um
429 Ergotherapie, nicht um interdisziplinäre Arbeit, um Wissenschaft (...) Ja, um Wissenschaft
430 geht es ja natürlich bei uns auch, aber Management und sowas (...)“
431 Le Granse: „Ja.“
432 I1: „Machen die Deutschen das jetzt besser als in der Vergangenheit oder sind die da auch
433 noch weit von weg ein gutes Ergotherapiestudium anzubieten?“
434 B1: „Naja, wenn ich schaue nach Hildesheim, sieht man das ganz gut. Wenn ich schaue nach
435 Berlin (...) Ergotherapie, und die haben wohl interdisziplinär aber die haben doch sehr gute
436 Akzente auch in der Ergotherapie, das ist auch bei Hildesheim. Schaue ich aber nach anderen,
437 ich werde jetzt keinen Namen nennen (...)“
438 I1: (lacht)
439 Le Granse: „(...) denn das ist vielleicht nicht gut, aber ich sage mit Hildesheim und Berlin,
440 die (54:37?) habe ich immer ganz viel gemeinsam gemacht. Wir haben uns früher auch
441 ausgetauscht, dass ein paar Studierende mal ein paar Tage nach Heerlen kamen und unsere ein
442 paar Tage mal nach Berlin oder so gingen. Hauptsächlich die privaten Hochschulen, da kenne
443 ich genügend Dozenten, die Ehemalige von uns sind (...) doch, ja (...) wie muss ich das jetzt
444 diplomatisch sagen, sie haben doch nicht gleich das Level von der internationalen
445 Ergotherapie und Kompetenzen, die dafür nötig sind. Aber die sind vielleicht ganz gute
446 Manager oder ganz gute Betriebswissenschaftler oder Qualitätsmenschen, das kann ich nicht
447 beurteilen, aber sie werden wohl Bachelor in der Ergotherapie und das sehe ich als großen,
448 großen Nachteil in Deutschland. Es macht dieser Mix an Ausbildungen, die es jetzt gibt und
449 so große Unterschiedlichkeit qualitativ und inhaltlich, dass man, während man gemeinsam an
450 einem Strang ziehen müsste, ist das noch jeder für sich.“
451 I2: „Mhmm.“
452 Le Granse: „Und das kenne ich nicht in den Niederlanden.“
453 I1: „Ja.“
454 Le Granse: „Wir haben vier Bachelorausbildungen, große, und die Arbeiten zusammen. Die
455 schreiben gemeinsam an unserer Literatur, die tauschen sich aus, die haben einen
456 gemeinsamen Dozententag, die Koordinatoren tauschen sich dreimal im Jahr aus, also man
457 weiß voneinander, die haben die gleiche End (...) wie sagt man das? (...) Endziele, die
458 gleichen Kompetenzen. Also da besteht das gar nicht, sie sind alle staatlich.“
459 I2: „Mhmm.“

- 460 Le Granse: „Ja, und müssen es da verantworten. Also das ist sehr unterschiedlich.“
461 I2: „Ja.“
462 Le Granse: „Aber das ist auch an der Berufsfachschule, ne?“
463 I2: „Das stimmt, das haben wir auch gemerkt im Grundstudium schon vor allem.“
464 Le Granse: „Ja, ja.“
465 I2: „Mhmm.“
466 Le Granse: „Ab und zu dachte ich, ich bin in vielen Schulen gewesen, ich dachte, die machen
467 total gute Sachen, tippitoppi, oder ich kam an eine Schule, wo ich dachte die haben ja die
468 Fenster mit Zeitungen zugeklebt und sind nie nach draußen gekommen, was sich da getan hat
469 in der Ergotherapie.“
470 I1: (lacht)
471 I2: (lacht)
472 Le Granse: „Also, so ein breites Band.“
473 I2: „Ja, ja.“
474 Le Granse: „Nico, hast du noch eine andere Frage?“
475 I1: „Ach, bin erstmal gerade gesättigt, so viel Wissen! Total interessant, also auch die
476 Geschichte, ich dachte jetzt nicht, dass das so mit hin und her und dass man da so viel
477 kämpfen musste! Total atemberaubend! Ich denke wir können nur abschließend sagen,
478 Deutschland kann sehr glücklich sein, dass du so eine Kämpfermatur bist und so ein großes
479 Herz hast für die Ergotherapie!“ (lacht)
480 Le Granse: „Ja, ja, ja gekämpft habe ich, das ist wahr. Aber nachher als das Team gewachsen
481 ist, dann gemeinsam mit dem Team, da war ich nicht mehr alleine. Ich war ganz froh,
482 am Anfang dass Bettina ganz schnell zu uns gekommen ist, weil ich dann auch mit ihr
483 gemeinsam den Kampf machen konnte, und ich habe ja auch nicht immer all diese staatlichen
484 Papiere, die musste ich dreimal lesen gefühlt, bis ich das alles gut begriffen habe und dann
485 hatte ich immer Bettina so von „das verstehe ich nicht“, (...) Ich musste es ja wissen, um
486 austreten zu können.“
487 I2: „Mhmm, ja.“
488 Le Granse: „Ist so genügend gesagt?“
489 I1: „Ja.“
490 I2: „Ich glaube ja.“
491 I1: „Vielen lieben Dank.“
492 I2: „Ja, vielen, vielen Dank.“
493 Le Granse: „Ich würde sagen, euch toi, toi, toi.“
494 I1: „Danke.“
495 I2: „Hätten Sie denn Interesse, dass wir Ihnen ein Exemplar zukommen lassen?“
496 Le Granse: „Finde ich immer schön, ich wollte euch schon fragen.“
497 I2: „Dann sehr gern.“
498 I1: „Gerne!“
499 Le Granse: „Das könnt ihr mit gerne zuschicken! Nochmals, toi, toi, toi und ich würde sagen,
500 setzt eure Kompetenzen ein in Deutschland!“
501 I1: „Machen wir!“
502 Le Granse: „Dann alles Gute! Tschüss!“
503 I1: „Alles Gute, Dankeschön!“

Anlage 6 | Evaluation des Fragebogens

Evaluation des Fragebogens (Pretest)

Hallo!

Vielen lieben Dank, dass du dir die Zeit nimmst unser Survey zu pretesten! Ohne dich würden uns wertvolle Informationen fehlen. Wir bitten dich den Fragebogen einmal ganz durchzugehen und dabei die Zeit zu stoppen. Du kannst auch gerne Pausen einlegen, das ist kein Problem.

Ist der Sinn dieser Forschung für dich klar?

Hast du dich eingeladen gefühlt an dieser Forschung teilzunehmen?

Wie fandest du das Layout des Surveys?

Wie lange wird für die Durchführung benötigt?

Sind die Formulierungen klar verständlich? (Frage einfügen, falls nein)

Ist die verwendete Sprache passend?

Ist das Format der Fragen sinnvoll? (Skala, Multiple choice) (Frage einfügen, falls nein)

Ist die Reihung der Beurteilungsskala sinnvoll? (Höchstes zu niedrigstes + Weiß ich nicht, AISL aufsteigend)

Fehlt dir etwas?

Hast du weitere Vorschläge, Änderungswünsche, Ideen?

Danke für deine Zeit und dein Feedback!

Liebe Grüße,



Judith und Nico

Anlage 7 | Aufruf zur Teilnahme an der Forschung

Ergotherapie **ZU
YD**



NIEDERLÄNDISCHE BERUFSKOMPETENZEN IN DEUTSCHLAND

ZIELSETZUNG

Beabsichtigt ist die Qualität der deutschsprachigen, additiven Ergotherapie-Bachelorstudiengänge an der ZUYD zu belegen, sowie zu sichern. Auch soll diese Forschung zukünftigen Interessenten an den Studiengängen eine Orientierung bieten, was sich durch das Studium in ihrem Arbeitsalltag verändern kann und welche Chancen sich auf-tun können.

ORGANISATORISCHES

Die Teilnahme an dieser For-schung ist freiwillig. Ihre Ant-worten bleiben anonym und werden nur zu Forschungs-zwecken verwendet.

SEHR GEEHRTE ALUMNI DER DEUTSCHSPRACHIGEN, ADDITIVEN ERGOTHERAPIE-BACHELORSTUDIENGÄNGE DER ZUYD HOGESCHOOL!

Wir, Judith Schatz und Nico Sanning, beschäftigen uns in unserer Bachelorarbeit mit den im Studium an der ZUYD erworbenen Be-rufskompetenzen und ihrer Anwendung in Deutschland. Schwer-punktmäßig interessieren uns hierbei die Veränderungen in Ihrem Arbeitsalltag, die durch den Kompetenzerwerb entstanden sind.

FORSCHUNG

Um die Thematik umfassend begreifen zu können, wollen wir die Befragung in Form von einem Online-Survey und vertiefenden In-terviews durchführen.

SURVEY

Die Beantwortung des quantitativen Surveys dauert zwischen 30-45 min. Der Survey kann zwischengespeichert werden, sodass Sie den Survey jeder Zeit für eine Pause unterbrechen können.

VERTIEFENDES INTERVIEW

Für ein vertiefendes Verständnis für die Veränderungen in Ihrem Arbeitsalltag wollen wir Sie herzlich zu einem weiteren Interview einladen. Das Interview wird ungefähr 30 min dauern. Hier geht es um ihre persönlichen Erfahrungen mit den Kompetenzen in Ihrem Arbeitsalltag und die daraus folgenden Veränderungen. Dafür kön-nen Sie sich am Ende des Online-Surveys bereiterklären.

Wir laden Sie herzlich ein Teil unserer Forschung zu werden!

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Judith Schatz und Nico Sanning

ERGOKOMPETENZENLDE@OUTLOOK.DE

[HTTPS://SURVEYS.ENALYZER.COM?PID=GUQ7M7BI](https://surveys.enalyzer.com?pid=GUQ7M7BI)

Anlage 8 | Anschreiben für das Interview

 ergo kompetenzen
Sa, 01.08.2020 12:44

An:  Einverständniserklärung.pdf
133 KB

Guten Tag liebe*r Alumni!

Vielen Dank, dass Sie am Fragebogen teilgenommen haben und uns mit einem Interview unterstützen wollen.

Für die Interviews haben wir uns den Zeitraum zwischen dem **06.08.20 - 16.08.20** vorgenommen.
Unter der Woche werden wir Interviews ab 17:30 Uhr durchführen, an den Wochenenden können wir uns flexibel nach Ihnen richten. Das Interview wird ca. 30min in Anspruch nehmen.

Sollten Sie in diesem Zeitraum keine Zeit finden, lässt sich außerhalb ein individueller Termin mit Ihnen finden.
Wir bitten Sie uns eine Rückmeldung zu geben an welchen Tagen und um welche Uhrzeiten ein Interview für Sie günstig wäre.

Ferner interessiert uns über welchen Kanal Ihnen das Interview am liebsten ist. Wir können das Interview über einen Telefonanruf oder via MicrosoftTeams führen.

Für die Formalien haben wir Ihnen im Anhang die Einverständniserklärung für die Durchführung des Interviews mit Ihnen hinzugefügt. Wir bitten Sie diese an uns unterschrieben zurückzusenden oder vor dem Interview unterschrieben in die Kamera zu halten, sollten wir uns über Video unterhalten.

Sonmige Grüße,
Judith Schatz und Nico Sanning

← ↶ ↷ → ...

Anlage 9 | Einverständniserklärung der Interviewteilnehmer (Blanko)

Ergotherapie **ZU
YD**

A. Gegenstand des Forschungsprojekts und Grundlage der Einwilligungserklärung

1. Forschungsprojekt

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

2. Beschreibung des Forschungsprojekts

Diese Forschung beschäftigt sich mit den im Studium an der ZUYD erworbenen Berufskompetenzen und ihrer Anwendung in Deutschland. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf den Veränderungen, die durch den Kompetenzerwerb im Arbeitsalltag der Studienteilnehmer entstanden sind.

Beabsichtigt ist dadurch die Qualität der deutschsprachigen, additiven Ergotherapiestudiengänge an der ZUYD zu belegen, sowie zu sichern. Auch soll diese Forschung zukünftigen Interessenten an den Studiengängen eine Orientierung bieten, was sich durch das Studium in ihrem Arbeitsalltag verändern kann und welche Chancen sich durch das Studium ergeben können.

3. Durchführende Institution

ZUYD Hogeschool Heerlen, Faculteit Gezondheidszorg – Opleidingen Ergotherapie

4. Projektleitung und Interviewer/in

Judith Schatz und Nico Sanning

5. Interviewdatum

Interviewdatum: _____

6. Art der personenbezogenen Daten des Betroffenen (der interviewten Person) / besondere Kategorien personenbezogener Daten:

Inhalt der Interviews sind die Erfahrungen der Teilnehmer bezüglich der im Ergotherapiestudium an der ZUYD Hogeschool erworbenen niederländischen, ergotherapeutischen Berufskompetenzen und die Umsetzung dieser in Deutschland. Das Interview wird aufgezeichnet und unter Berücksichtigung der Datensicherheit von der ZUYD Hogeschool aufbewahrt.

Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt.

B. Einwilligungserklärung und Information über die Erhebung personenbezogener Daten

7. Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die im Rahmen des unter A. Beschriebenen Forschungsprojekts erhobenen personenbezogenen Daten meiner Person während des Interviews mit einem Aufnahmegerät aufgenommen und im Folgenden von Judith Schatz und Nico Sanning gemäß Ziff. 2 verarbeitet werden dürfen.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können die Einwilligung ablehnen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit gegenüber Judith Schatz (1874594schatz@zuyd.nl) oder Nico Sanning (1866931sanning@zuyd.nl) widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, nach Maßgabe Ihrer Widerrufserklärung, durch diesen für die Zukunft unzulässig wird. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht. Relevante Definitionen der verwendeten datenschutzrechtlichen Begriffe sind in der Anlage Begriffsbestimmungen enthalten.

8. Zweck der Datenverarbeitung

Die gesammelten Daten dienen der Evaluation der erworbenen Berufskompetenzen, die im niederländischen Ergotherapie Studium an der ZUYD Hogeschool erworben wurden. Die Forscher befassen sich mit der Umsetzung der niederländischen ergotherapeutischen Berufskompetenzen im deutschen Arbeitskontext. Darunter fällt die Anwendung im deutschen Arbeitskontext vor und nach dem Erwerb der niederländischen ergotherapeutischen Berufskompetenzen.

9. Kurzstellung der am Forschungsprojekt beteiligten

Die Forschung wird im Rahmen einer Bachelorarbeit von Judith Schatz und Nico Sanning durchgeführt.

ZUYD Hogeschool
Faculteit Gezondheidszorg
Opleidingen Ergotherapie
Nieuw Eyckholt 300
6419 DJ Heerlen
Niederlande
+31 454 00 60 60

10. Rechtsgrundlage

Judith Schatz und Nico Sanning verarbeiten die von Ihnen erhobenen personenbezogene Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO.

11. Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden / Kriterien für die Festlegung der Dauer

Das aufgezeichnete Videomaterial sowie die Transkription der Daten werden von der ZUYD Hogeschool für 10 Jahre aufbewahrt unter Berücksichtigung des Datenschutzes. Ihre persönlichen Daten werden anonymisiert und verschlüsselt. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht.

12. Ihre Rechte

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben haben Sie gegenüber Judith Schatz und Nico Sanning grundsätzlich Anspruch auf:

- Bestätigung, ob die betreffenden personenbezogenen Daten durch Judith Schatz und Nico Sanning verarbeitet werden,
- Auskunft über diese Daten und die Umstände der Verarbeitung,
- Berichtigung, soweit diese Daten unrichtig sind,
- Löschung, soweit für die Verarbeitung keine Rechtfertigung und keine Pflicht zur Aufbewahrung (mehr) besteht,
- Einschränkung der Verarbeitung in besonderen gesetzlich bestimmten Fällen und
- Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten – soweit Sie diese bereitgestellt haben – an Sie oder einen Dritten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

Darüber hinaus haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber Judith Schatz und Nico Sanning zu widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, nach Maßgabe Ihrer Widerrufserklärung, durch diesen für die Zukunft unzulässig wird. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht.

13. Keine automatisierte Entscheidungsfindung (inklusive Profiling)

Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zum Zweck einer automatisierten Entscheidungsfindung (einschließlich Profiling) gemäß Art. 22 Abs. 1 und Abs. 4 DSGVO findet nicht statt.

Vorname, Nachname in Druckschrift

Unterschrift

Ort, Datum

Anlage: Begriffsbestimmung

- „Personenbezogene Daten“ sind gemäß Art. 4 Nr. 1 DSGVO alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen identifiziert werden kann, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind. Das kann z.B. die Angabe sein, wo eine Person versichert ist, wohnt oder wie viel Geld er oder sie verdient. Auf die Nennung des Namens kommt es dabei nicht an. Es genügt, dass man herausfinden kann, um welche Person es sich handelt.
- „Besondere Kategorien“ personenbezogener Daten sind gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO Daten, aus denen die politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person. Genannt werden außerdem „rassische und ethnische Herkunft“, auf die Anwendung solcher Datenkategorien wird in diesem Projekt explizit verzichtet.
- „Verarbeitung“ ist gemäß Art. 4 Nr. 2 DSGVO jeder mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.

Anlage 10 | Leitfaden – Critical Incident Interview

Leitfaden – Critical Incident Interview

Einleitung / Icebreaker

Was machst du, wer bist du etc.

1. **Begrüßung Bsp:**
 - *Hallo, danke, dass Sie an diesem Interview mit uns teilnehmen ...*
2. **Einverständniserklärung, Regeln,..:**
 - *Zunächst einmal das Organisatorische ...*
3. **Aspekte aus dem Fragebogen besprechen:**
 - *Im Fragebogen ging es ja um die niederländischen Kompetenzen in Deutschland ...*
4. **Aktuelle Arbeitssituation**
 - *Wo arbeiten Sie?*
 - *Mit welchem Klientel arbeiten Sie?*
 - *Was sind Ihre Hauptaufgaben in Ihrem Arbeitsalltag?*

Situation: Erzählen Sie uns bitte ein positives Beispiel aus Ihrem Arbeitsalltag, in dem Sie niederländische Kompetenzen anwenden konnten. Bei Bedarf werden wir Ihnen vertiefende Fragen stellen.

Vertiefende Hilfsfragen:

- *Welche Ziele hatte diese Situation?*

Aufgabe:

- *(Was war Ihre Aufgabe in dieser Situation?)*
- *Welche Rolle bzw. Funktion hatten Sie in dieser Situation?*
- *War diese Situation für Sie schwierig (komplex) oder Routine?*

Aktivitäten:

- *Wie sind Sie in der Situation methodisch vorgegangen?*
- *Was war Ihr Anteil in der Situation?*

Resultat:

- *Was war das Ergebnis der Situation?*
- *Wie wurde das Ergebnis von anderen eingeschätzt?*

Reflektion:

- *Wie schätzen Sie Ihr professionelles Handeln in dieser Situation ein? (Stichwort: Professional Reasoning)*
- *Haben Sie von Anderen Rückmeldung bzgl. Ihres Handelns erhalten und wenn ja, wie schätzen diese Ihr Handeln ein?*
- *Was haben Sie aus dieser Situation für sich mitgenommen?*
- **Transfer:**
- *Würden Sie in Zukunft in ähnlichen Situationen anders vorgehen? Wenn ja, wie?*

Abschließend:

- *Welche Kompetenzen sehen Sie selbst bei sich in dieser Situation?*
- *Welche Kompetenzen hätten Sie noch in dieser Situation anwenden können, wenn Sie die Möglichkeiten dafür gehabt hätten? (Zeit, Raum, Geld, Material, Vernetzung mit anderen, etc.)*
- *Welche Faktoren sehen Sie als hemmend in dieser Situation?*
- *Welche Faktoren sehen Sie als fördernd in dieser Situation?*

Situation: Erzählen Sie uns bitte ein negatives Beispiel aus Ihrem Arbeitsalltag, in dem es Ihnen schwer fiel die niederländische Kompetenzen anzuwenden. Bei Bedarf werden wir Ihnen vertiefende Fragen stellen.

Anlage 11 | Transkripte der qualitativen Interviews

1 **Interview 1**
2
3 B1: „(Name der Person) hier, hallo.“
4 I1: Guten Tag, Nico Sanning, ich bin hier für das Interview.“
5 B1: „Ja, sehr schön.“
6 I1: „Ja, schön, dass das noch geklappt hat, dankeschön.“
7 B1: „Ja, sehr gerne, auch wenn das technisch manchmal ein bisschen schwierig ist.“
8 I1: „Ein wenig.“
9 B1: „Äh ja, ich mach das dann lieber auf die altmodische Art und Weise.“
10 I1: „Meine Kollegin, Judith Schatz, ist auch noch dabei im Interview.“
11 I2: „Mhmm. Ja, hallo.“
12 B1: „Hallo.“
13 I2: „Genau, wir haben eine Konferenz gemacht, der Nico wird jetzt die Fragen erstmal stellen.“
14 B1: „Okay.“
15 I1: „Genau, erstmal vielen Dank, vorab möchten sie gesiezt werden oder möchten sie geduzt
16 werden?“
17 B1: „Gerne geduzt.“
18 I1: „Ja, gerne. Dann vorab noch einmal Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung hast du
19 bekommen und bist mit einverstanden?“
20 B1: „Ja.“
21 I1: „Perfekt, super. Dann kommen wir auch schon direkt zum heutigen Thema und zwar haben wir ja
22 im Fragebogen ein bisschen über die Kompetenzen was gefragt und die Anwendung im deutschen
23 Kontext, wie es vorher war und wie es jetzt aktuell nach dem Bachelorstudium ist. Heute wollen wir
24 das Ganze ein bisschen vertiefen und da würde ich gerne, oder wir würden gerne vorher nochmal ein
25 bisschen was erfahren und wo du arbeitest, mit welchem Klientel und was deine Hauptaufgaben
26 überhaupt sind.“
27 B1: „Mhmm, okay, ja, ich arbeite an einer Berufsfachschule für Ergotherapie, das heißt ich habe so
28 gesehen Schüler als Klientel oder Auszubildende und aktuell keine Klienten mehr. Meine
29 Hauptaufgabe: ich bin für den Fachbereich der Neurologie zuständig, also die praktische und die
30 theoretische Ausbildung.“
31 I1: „Ja?“
32 B1: „Ja.“
33 I1: „Alles klar, wir wollen jetzt heute zwei Beispiele einmal von dir hören, einmal ein positives Beispiel
34 und einmal ein negatives Beispiel. Ganz spontan würden wir einfach mal mit dem positiven Beispiel
35 anfangen aus dem Praxisalltag sozusagen.“
36 I2: „Mhmm, genau, ich Crash kurz rein, da auch wieder eben mit dem Hinblick auf die
37 niederländischen Kompetenzen, positiv im Sinne, wo sie angewendet werden konnten und dann im
38 Negativen, wo es eben Schwierigkeiten gab.“
39 B1: „Also ein Großteil der Kompetenzen kann ich generell gut umsetzen in meiner Arbeit, also alles
40 was mit, ich habe die hier jetzt gerade noch vorliegen die Kompetenzen, alles was mit aktueller
41 Wissenschaft zu tun hat, also Leitlinien, Recherche und sowas, das kann ich alles sehr gut einbringen
42 in meinen Alltag, natürlich auch in Richtung Befundung. Ich bringe den Schülern nicht nur diese
43 formellen Assessments bei, sondern auch alltagsorientierte Assessments. Ich schau mal einmal ganz
44 kurz, wir haben das nämlich neulich erst in der Schule gehabt und dann hole ich gerade nochmal die
45 Kompetenzen hervor, wenn das in Ordnung ist.“
46 I1: „Klar.“
47 I2: „Auf jeden Fall.“
48 B1: „Ja, ne, habe ich jetzt leider doch nicht vorliegen. Behandeln, da bringe ich den Schülern eben
49 auch nicht nur die klassischen Sachen, wie Bobath bei, sondern auch aktuelle und alltagsorientierte
50 Behandlungsmöglichkeiten, wie „CORP“ in der Neurologie oder „Home ~~Cimt~~“ und so, was eben
51 wirklich auf dem aktuelleren Stand ist als eben diese klassischen Behandlungsmethoden.“
52 I1: „Also deine Aufgabe ist dann primär, dich mit aktueller Literatur auseinander zu setzen und das
53 den Lehrenden beizubringen?“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

54 B1: „Genau, so kann man das gut zusammenfassen.“
55 I1: „Perfekt. Hast du noch andere Rollen außer Lehrer?“
56 B1: „Mhmm, also nicht im therapeutischen Sinne. Ich bin natürlich Teammitglied mit den anderen
57 Kollegen zusammen, ich mache die Praxisanleitung und nehme da die Sichtstunden ab und bin da
58 dann natürlich auch im Klientenkontakt, aber eben eher passiv.“
59 I1: „Und wie sieht das methodische Vorgehen dann in dieser Situation bei dir aus? Kannst du das
60 irgendwo dran festmachen?“
61 B1: „Methodisches Vorgehen im Unterricht, oder wenn ich in der Praxis bin?“
62 I1: „Im Unterricht jetzt.“
63 B1: „Mhmm, also, ich mache das eigentlich immer so, dass ich meinen Unterricht vorher plane, also
64 erst für das neue Schuljahr habe ich schon meine Stundenpläne vorliegen, weiß genau, wann ich
65 welches Fach habe und plane dann erstmal so ganz grob, welches Thema ich wann drannehme. Ich
66 habe auch so einen Übersichtsplan, welche Themen in welchem Jahr drankommen und was ich
67 definitiv abarbeiten muss in dem Sinne, wobei ich da dann auch immer ein bisschen flexibel schaue,
68 wie sind die Lehrenden drauf, bei so einem Wetter wie jetzt, werde ich jetzt nichts kognitiv
69 Anstrengendes machen, sondern flexibel was dazwischenschieben oder so. Genau, dann schaue ich
70 immer, welche Themen sind aktuell, was sollte ich vielleicht noch neu mit aufgreifen in meinen
71 Unterricht? Ich habe jetzt noch ganz neu das Thema Sexualität mitreingenommen bei neurologischen
72 Erkrankungen und schaue dann eben, was gibt es erst einmal an Literatur, was gibt es an Studien,
73 gibt es Hinweise in irgendwelchen Leitlinien oder so? Ich gebe dann den Lehrenden erstmal einen
74 groben Überblick über das Thema, versuche da auch immer kleine Praxisanteile mitzubringen zu
75 lassen, also das es nicht nur Frontalunterricht ist, sondern sie möglichst viel auch selber ausprobieren
76 können. Dann versuche ich auch immer einen Fallbezug mitreinzunehmen, das heißt ich entwickle
77 entweder selber ein Fallbeispiel, anhand dessen die Schüler oder die Lehrenden dann eine
78 Aufgabenstellung erhalten, beispielsweise eine eigene Behandlung planen sollen oder so, damit sie
79 eben dann möglichst den Transfer auch im Unterricht haben und nicht erst später im Praxisblock.“
80 I1: „Okay, das ist natürlich ein total interessantes Thema, da haben die Lehrenden ja Glück, so eine
81 innovative Dozentin vorne stehen zu haben. Wie werden denn die Resultate festgemacht oder die
82 Ergebnisse? Gibt es da auch irgendetwas um zu schauen „Joa, hat das jetzt geklappt?““
83 B1: „Mhmm, ja natürlich dahingehend, dass wir Klausuren schreiben, da werden natürlich die
84 Themen dann abgefragt oder dann später eben in den Sichtstunden in der praktischen Ausbildung,
85 da kann ich dann natürlich auch schauen: „Okay, was ist jetzt wirklich angekommen bei den
86 Lehrenden, was muss ich vielleicht nochmal aufgreifen oder vertiefen?“ Ja, und zu Beginn jeder
87 Unterrichtsstunde mache ich nochmal so Wiederholungsfragen zu dem vorigen Thema um zu
88 schauen, ob ein bisschen was schon an Transfer gelungen ist.“
89 I1: „Und wie werden denn so pikante Themen dann von den Lehrenden auch aufgenommen? Gibt es
90 da auch ein Feedback?“
91 B1: „Mhmm, von den Lehrenden, ja, also, wenn ich neue Themen mitreibringe, hole ich mir danach
92 auch immer ein Feedback ein und frage nach: „Was meint ihr denn, was das so okay oder muss ich
93 irgendwas noch vertiefen oder soll noch irgendwie ein Filmchen oder keine Ahnung was mit rein?“
94 Also da bekomme ich dann von den Lehrenden auch immer ein Feedback, aber eben eher zu
95 Themen, die ich neu mitreibringe. Also die, die sich schon bewährt haben oder so, da mache ich das
96 nicht so regelmäßig.“
97 I1: „Mhmm, und die Vorgänge jetzt den neuen Unterricht vorzubereiten, besonders jetzt die neuen
98 Themen, ist das jetzt sehr gut oder gab es da auch nochmal andere Rückmeldungen diesbezüglich?
99 Oder würde dieses Vorgehen in der Zukunft anders aussehen?“
100 I1: „Mhmm, also ich persönlich bin mit diesem Vorgehen eigentlich zufrieden (lacht). Ja, und so ein
101 anderes Vorgehen kann ich mir da ehrlich gesagt auch nicht so richtig vorstellen, weil ich ja eben
102 selber auch erstmal immer überlegen musste, welche Themen kann man neu mitreinnehen oder
103 was sollte man vielleicht auch mal wieder aussortieren? Was ist nicht mehr so ganz aktuell? Man
104 muss dann natürlich auch jedes Mal schauen, dass ich da ein Grundlagenwissen zu habe, und das
105 zusammensuche aus verschiedenen Quellen. Ja, und mit dem Vorgehen mit ich doch eigentlich recht
106 zufrieden.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 107 I1: „Mhmm, Super. Abschließend noch, welche Kompetenz siehst du selber in dieser Situation?“
108 B1: „Mhmm.“
109 I2: „Sollen wir sie nochmal sagen?“
110 B1: „Ja, das wäre ganz nett.“ (lacht)
111 I2: „Nico magst du, oder soll ich?“
112 I1: „Mach du mal.“
113 I2: „okay, ja wir hätten da erstmal das SCREENEN, INVENTARISIEREN UND ANALYSIEREN, BEHANDELN
114 UND BEGLEITEN, BERATEN, ZUSAMMENARBEITEN, UNTERSTÜTZEN UND FÖRDERN,
115 UNTERNEHMERISCH TÄTIG SEIN, FORSCHEN, QUALITÄT GEWÄHRLEISTEN, LEHREN, LERNEN UND
116 ENTWICKELN und eine habe ich jetzt glaube ich vergessen, ich habe nicht mitgezählt.“
117 I1: „Hast du ORGANISIEREN gehabt?“
118 I2: „Nein, ORGANISIEREN“ (lacht).
119 I1: (lacht) „Das Thema, ja,“ (12: 19 min)
120 B1: „Ich finde, da spielen viele, also mehrere Kompetenzen mit rein, einerseits natürlich lehren, ganz
121 klar, weil ich ja natürlich meine Lehrenden in ihrer Entwicklung unterstütze, dann finde ich aber auch
122 Qualität sichern spielt auch mit rein, weil ich ja dadurch eigentlich auch immer wieder schaue, was
123 sind neue Themen oder was sind Themen, die nicht mehr ganz aktuell sind, auch die Qualität meines
124 Unterrichts, sicher. Auch Organisieren spielt natürlich auch ein bisschen mit rein und was hatte ich
125 noch? Erneuern oder so? War das auch eine Kompetenz? Nee?“
126 I1: „Ja.“
127 B1: „Ja, doch, ne.“
128 I1 (lacht)
129 B1: „Genau, und Erneuern natürlich auch und wahrscheinlich ein Großteil der anderen spielen da
130 auch alle mit rein.“ (lacht)
131 I1: „Wenn jetzt Geld, Material und Zeit alles keine Rolle spielen würde, welche Kompetenzen würdest
132 du jetzt noch ganz groß im Unterricht bei dir einbauen?“
133 B1: „Ich würde auf jeden Fall beim Screenen mir gerne noch aktuelle Assessments anschaffen wollen,
134 die ich jetzt leider momentan nur theoretisch mit den Lehrenden machen könnte, beispielsweise das
135 „EMS“ oder „ADA Stroke“ und so, die kann ich eben nur in der Theorie momentan machen, weil mir
136 da die Möglichkeiten momentan fehlen, das wirklich praktisch mit denen durchzuführen. Dann wäre
137 es natürlich total cool, wenn ich auch technische Medien und Mittel mehr zur Verfügung hätte, also,
138 gerade was so robotergestützte Behandlungsmethoden oder so angeht, das wäre natürlich das
139 Nonplusultra irgendwie, sowas dann auch mitmachen zu können. Ja, ich glaube das wären
140 momentan für mich noch so die wichtigsten Sachen für den Unterricht.“
141 I1: „Was sind denn jetzt tatsächlich die hemmenden Faktoren dafür, dass man das jetzt alles nicht
142 tun kann? So primär jetzt das Geld?“
143 B1: „Definitiv das Geld, weil die Assessments natürlich, und auch die robotergestützten Methoden
144 und so, das ist natürlich Geld, das geht bis in die Tausende und darüber hinaus teilweise. Es ist aber
145 auch ein zeitlicher Faktor, weil ich da dann selber auch erst einmal eine Fortbildung zu machen
146 müsste, um das dann selber anwenden zu können und es dann erst an die Lehrenden weiterzugeben
147 und die Zeit habe ich auch nicht so unbedingt (lacht) und ich denke auch, dass die Schule da teilweise
148 ein bisschen im Weg steht, nicht vom Kollegium selber, sondern von unserem Geschäftsführer, der
149 nicht in der Ergotherapie drin ist, der selber vom Bund kommt und von Ergotherapie so gar keine
150 Ahnung hat und dann glaube ich nicht so den Sinn und Zweck von diesen Möglichkeiten sieht.“
151 I1: „Gibt es denn auch noch fördernde Faktoren, beziehungsweise so ungenutzte Ressourcen oder
152 Kapazitäten, womit man die Kompetenzen verbinden könnte im Unterricht?“
153 B1: „Mhmm, ja, ich hatte schon vor einigen Jahren mal die Idee, wir hatten bei uns im Ort eine
154 Physiotherapieschule, die auch eng mit einer niederländischen Hochschule zusammenarbeitet und
155 da hatte ich mal selber die Idee, man könnte ja auch mit den Physiotherapeuten mal zusammen eine
156 Unterrichtssituation machen, um auch die Interdisziplinarität mal ein bisschen zu fördern (lacht). Ja,
157 das war ein sehr großer Gedanke, ist dann an meinen eigenen Kapazitäten gescheitert und daran,
158 dass ich jetzt noch nicht so den guten Kontakt zu den Lehrern an der Physiotherapieschule habe, aber
159 da bin ich noch dran.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 160 I1: „Das klingt super. Erstmal danke für das tolle Positivbeispiel, dann würden wir direkt jetzt gleich
161 mit dem Negativbeispiel anfangen, wo es dann nicht mit den Kompetenzen so gut geklappt hat, fällt
162 dir da auch etwas ein?“
- 163 B1: „Mhmm, muss ich einen kleinen Augenblick überlege. (...)“
- 164 I1: „Ja, klar.“
- 165 B1: „Mhmm, ich bin mir gerade nicht ganz sicher, ob das Beispiel passt, aber bei uns ist es so, wir
166 müssen an der Schule noch immer sehr viel Handwerk unterrichten, dadurch, dass das vom Land
167 Niedersachsen so vorgegeben ist. Wir selber würden gerne viel weniger Handwerk machen, wir
168 finden das Ergotherapie viel, viel mehr ist und gerade die ganzen aktuellen Entwicklungen viel mehr
169 in den Unterricht mit rein müssten, aber wir müssen eben so eine gewisse Stundenanzahl an
170 verschiedenen Handwerken eben durchführen, weil das gesetzlich so vorgegeben ist. Ich überlege
171 nur gerade welche Kompetenz das wäre, genau, wahrscheinlich Behandeln und Beraten, dass eben
172 Handwerk eigentlich in der Ergotherapie gar nicht mehr so den hohen Stellenwert hat, sondern
173 höchstens dann in der funktionellen Behandlung dann eingesetzt wird. Ich bin mir aber gerade nicht
174 so sicher, ob das so ein gutes Beispiel ist für eure Kompetenzen.“
- 175 I1: „Alles ist richtig, was erzählt wird.“
- 176 B1: „Okay.“
- 177 I1: „Alles kann genutzt werden.“
- 178 I2: „Da würde mir auch die Kompetenz LEHREN UND ENTWICKELN wieder einfallen, die dann quasi,
179 so wie es sich angehört hat, nicht so ausgeübt werden kann, wie eigentlich von dir oder auch den
180 Kollegen gewünscht.“
- 181 B1: „Ja, ja das stimmt, finde ich schon.“
- 182 I1: „Gab es da etwas ganz Konkretes wo du gesagt hast: „ah, nach dem aktuellen Stand der
183 Wissenschaft muss man XY machen, aber man muss ja jetzt Handwerk machen für Krankheitsbild
184 XY“, gab es so eine Situation?“
- 185 B1: „Mhmm, naja wir haben die Situation immer wieder, wir machen das im zweiten und dritten
186 Ausbildungsjahr so, dass wir nicht nur eine praktische Prüfung im Handwerk machen, sondern dass
187 die Lernenden auch zu diesem Handwerk eine Behandlung konzipieren sollen und dazu muss jeder
188 Kollege immer Fallbeispiele schreiben, und ich sitze da immer mit meinen Neurofallbeispielen und
189 denke dann jedes Mal „Ja, okay, man könnte Handwerk machen, aber ich würde viel lieber, oder ich
190 würde viel eher alltagsorientiert arbeiten oder eben mit CIMT oder so in die Richtung, weil das viel
191 erfolgsversprechender ist als wenn ich dann einen Peddigrrohrkorb flechte mit einem
192 Schlaganfallklienten, das ist natürlich sowieso blödsinnig, aber ich finde generell in der Neuro würde
193 ich Handwerk zu 99% nicht machen und ich muss es aber mit den Schülern durchgehen, weil es eben
194 von der Landesschulbehörde so gefordert wird und denke jedes Mal, es wäre eigentlich
195 schwachsinnig, das so zu machen.“
- 196 I1: „Also da kann ich mir die Frage schenken, ob das in die Rolle des Ergotherapeuten oder des
197 Dozenten.“
- 198 B1: „Es sind beide Rollen, und natürlich die Rolle des Dozenten aber auch die ergotherapeutische
199 Rolle, weil ich das mit einem echten Klienten eigentlich nie mal so machen würde.“
- 200 I1: „Ist denn so eine Prüfungsaufgabe zu entwickeln eine schwierige Aufgabe und ist die sehr
201 komplex?“
- 202 B1: „Mhmm, ja, doch eigentlich schon, weil ich muss natürlich Schwierigkeiten des Klienten
203 mitebringen, ich muss aber auch Ressourcen in diesen Fall mitreinbringen, manchmal habe ich echte
204 Klienten im Kopf, bei denen ich das einfach ein bisschen anpasse, manchmal denke ich mir auch
205 was ganz, ganz neues aus. Ich muss natürlich immer schauen, dass das mit dem Handwerk
206 zusammenpasst, dass das mit den Zielen die ich dazuschreibe zusammenpasst, dass das also ein roter
207 Faden, eine runde Sache ist und wenn man da so eine Weile dran sitzt, dann hat man irgendwann
208 selber nicht mehr den Blick so ganz dafür, aber da sind wir im Team zum Glück so, dass wir sagen:
209 „Schaust du dir den Fall mal eben an? Ist das so logisch? Habe ich was übersehen?“ oder so und dann
210 geht das auch wieder.“
- 211 I1: „Gibt es da denn auch ein gewisses Vorgehen, wie man da so ein Fallbeispiel schreibt?“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

212 B1: „Wir versuchen uns ein bisschen an den niederländischen Fallbeispielen zu orientieren, das heißt,
213 dass wir versuchen, da auch wirklich einen ganzheitlichen Blick reinzubekommen und nicht nur die
214 funktionellen Probleme des Klienten darzustellen, sondern auch wie sich das auf den Alltag einwirkt.
215 Aber, ich sag mal, so einen Leitfaden um das zu entwickeln, den haben wir nicht.
216 I1: „Orientiert sich das an dem normalen ergotherapeutischen Prozess oder ist das dann auch wieder
217 weit weg davon?“
218 B1: „Es kommt ein bisschen darauf an, wofür wir den Fall schreiben, für das Handwerk ist da kein
219 richtiger therapeutischer Prozess mit drin. Wir schreiben solche Fallbeispiele aber auch, um in großen
220 Lernsituationen, mit dem ganzen Kurs dann beispielsweise, ein Modell dann zu erarbeiten und da ist
221 natürlich auf jeden Fall der Prozess dann mit drin. Je nachdem, ob es nach dem „CMOP-E“ ist oder
222 „MOHO“ oder „OTIPM“ oder joa.“
223 I1: „Wie werden diese Fallbeispiele denn von den Schülern dann angenommen oder eingeschätzt?
224 Gibt es da auch Feedback zu?“
225 B1: „Mhmm, die Fallbeispiele kommen bei den Schülern eigentlich immer sehr gut an, weil sie dann
226 gleich mal das Gefühl haben, sie haben, soweit das eben im Unterricht möglich ist, einen echten
227 Klienten vor sich, was bei uns leider auch nicht so wirklich möglich ist, richtige Klienten in die Schule
228 einzuladen, aber da haben sie dann eben schon ein gewisses Bild vor sich und können das auch
229 selber dann anwenden; das Modell, die Behandlungsmethode, oder was auch immer (...).“
230 I1: „Okay, und dein Vorgehen bei dieser ganzen Geschichte, ist das dann auch zielführend oder
231 würdest du gerne etwas anders machen?“
232 B1: „Also ich würde schon gerne etwas anders machen. (lacht) Ich drücke mich immer so ein bisschen
233 davor, neue Fallbeispiele zu schreiben, weil mir manchmal so die Ideen auch fehlen. Vielleicht, weil
234 ich eben wirklich so dieses Handwerk nicht direkt ablehne, aber ich finde, dass es doch mittlerweile
235 relativ überholt ist. Deswegen geht mir das manchmal gar nicht so leicht von der Hand und da würde
236 ich mir wünschen, dass das anders wäre. Aber, ich habe leider keine Idee, wie ich das machen
237 könnte.“
238 I1: „Okay, könntest du denn mal aus dem Fallbeispiel schreiben, und irgendwas für dich mitnehmen
239 oder ist das alles, das du sagst: Handwerk und so ist nicht für mich oder gab es da auch mal ein
240 Profit?“
241 B1: „Was ich auf jeden Fall immer mitnehmen kann ist, dass wenn die Schüler dann selber das
242 Fallbeispiel angewendet haben auf Handwerk oder auf CIMT oder das CMOP-E oder was auch immer.
243 Manchmal haben sie wirklich grandiose Ideen und ich denke so: „Boa, super!“ und dann bin ich auch
244 richtig stolz, wie sie lernen und merke auch, wie weit sie schon sind, und das ist jedes Mal (...), da
245 nehme ich ganz viel mit.“
246 I1: „Ja, abschließend wieder; welche Kompetenzen siehst du selber in dieser Situation denn?“
247 B1: „Oh, das ist jetzt eine gute Frage (...). Naja auf jeden Fall LEHREN ist mit drin, BEHANDELN, ja, nur
248 angehend, dadurch, dass ich mir selber vielleicht Gedanken mache, wie ich den Klienten selber
249 behandeln würde (...).“
250 I1: „Mhmm.“
251 B1: „Aber ich würde mich da glaube ich auf LEHREN dann doch relativ festlegen.“
252 I1: „Hättest du gerne mit dieser Kompetenz jetzt noch andere, beziehungsweise in dieser Situation
253 andere Kompetenzen jetzt noch angewendet, wenn Geld, Material, Zeit keine Rolle spielen
254 würden?“
255 B1: „Ja, ich könnte mir vorstellen, dass (...). Es gibt auch die Kompetenz ZUSAMMENARBEITEN, ne?
256 Ich muss immer fragen (...).“
257 I1: „Ja.“
258 B1: „(...) dass man vielleicht auch mehr im Team solche Fallbeispiele entwickeln könnte, um gleich
259 mehrere Sichtweisen drin zu haben und vielleicht auch mal neue Ideen oder so. Das könnte ich mir
260 gut vorstellen. Ansonsten ist das glaube ich schwierig.“
261 I1: „Auch wieder, gibt es hemmende Faktoren, weitere Kompetenzen weitere Kompetenzen noch
262 einzubauen oder (...)?“
263 B1: „Ja, manchmal fehlt mir meine eigene Motivation (lacht), da bin ich ganz ehrlich und manchmal
264 auch der Zeitfaktor.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

265 I1: „Mhmm.“
266 B1: „Also gerade, wenn wir dann relativ kurzfristig eine neue Lernsituation machen, und ich aber
267 selber schon voll bin mit normalem Unterricht, denn es ist manchmal auch schwer, das dann zeitlich
268 auch noch irgendwo mit reinzukriegen.“
269 I1: „Gibt es denn dort auch wieder ungenutzte Ressourcen, die man einbringen könnte, um neue
270 Kompetenzen in diese Situation zu integrieren?“
271 B1: „Ungenutzte Ressourcen?“
272 I1: „Ja?“
273 B1: „Fällt mir jetzt so keine ein, ne, wirklich nicht.“
274 I1: „Dann haben wir es auch schon wieder geschafft, ich sage erstmal vielen, vielen Dank. Wir haben
275 natürlich immer noch die Frage, gibt es irgendwelche Ergänzungen oder sonst was, was man sich
276 noch von der Seele reden möchte?“
277 B1: „Nee, so spontan jetzt gerade nicht, die Nachfragen die waren sehr gut.“
278 I1: „Am Ende würden wir dir natürlich noch die Bachelorarbeit zur Verfügung stellen, falls du
279 Interesse dran hast.“
280 B1: „Auf jeden Fall, ich finde das Thema super spannend und freue mich richtig darauf, dass ihr euch
281 mit unserer Definition beschäftigt und die hoffentlich auf einen aktuelleren Stand bringt.“
282 I1: (lacht)
283 B1: „Aber davon gehe ich aus.“
284 I1: „Wir geben alles. Judith, hast du noch etwas auf dem Herzen?“
285 I2: „Ich wollte mich auch bedanken, war sehr spannend zuzuhören, vielen lieben Dank dafür.“
286 B1: Sehr gerne, das freut mich und ich wünsche euch ganz viel Erfolg weiterhin jetzt bei den
287 Interviews und alles zu transkribieren, wenn es da noch keine technischen Mittel für gibt und
288 natürlich ganz viel Erfolg und ganz viel Spaß bei der Bachelorarbeit.“
289 I1, I2: „Vielen Dank.“
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

308 Interview 2

309

310

311 I1: „Wunderschönen guten Abend, Nico Sanning hier, Hallo!“

312 B2: „Ahh hallo, hab es gerade versucht, da war die Mailbox dran.“

313 I1: „Ahh, ja wir haben es gerade probiert, da haben wir sie nicht erreicht.“

314 B2: „Genau, ja. So, aber jetzt zum Glück. Tut mir voll leid, wegen letztem Mal. Ich habe es echt ganz anders im Kopf gehabt.“

316 I1: „Alles gut, überhaupt kein Problem. Erstmal vielen Dank, dass sie sich bereit erklären dafür dieses Interview mit uns zu machen.“

318 B2: „Klar, gerne.“

319 I1: „Ich würde auch vorab einmal fragen, möchten sie gerne gesiezt werden oder geduzt?“

320 B2: „Gerne „Du“, also von mir aus gerne „Du““

321 I1: „Sehr gerne, Dankeschön. Ich würde kurz vorher noch einmal das Organisatorische abfragen. Die Einverständniserklärung und die Datenschutzerklärung haben sie ja bekommen und sind damit

323 einverstanden, richtig?“

324 B2: „Genau, ja“

325 I1: „Cool. Meine Kollegin Judith Schatz, mit der sie geschrieben haben ist auch in der Leitung.“

326 I2: „Ja, hallo.“

327 B2: „Hi.“

328 I1: „Genau, die hört heute ein bisschen mit zu und sagt auch nochmal, oder fragt auch nochmal was“

329 B2: „Mhmm.“

330 I1: „wenn sie gerne etwas tiefer noch was wissen möchte.“

331 B2: „Mhmm.“

332 I1: „Ja, unser Thema heute: im Fragebogen ging es ja um die Kompetenzen und vor allem auch die Anwendung im deutschen Kontext. Einmal wie es vor dem Studium war und nach dem Studium und das Ganze möchten wir heute ein bisschen vertiefen. Dies bezüglich möchten wir eigentlich vorher nochmal ein bisschen wissen, wo arbeitest du überhaupt? mit welchen Klienten arbeitest du und was sind deine Hauptaufgaben?“

337 B2: „Mhmm. Direkt schon die erste spannende Frage, also ich bin seit eineinhalb Jahren selbstständig, sowohl als Ergotherapeutin als auch als systemische Therapeutin. Ergotherapeutische Aufträge habe ich im Moment eigentlich nur noch in der JVA, wobei das auch, ja, ja das ist am ergotherapeutischen und ich war bis vor Kurzem noch in der Praxis tätig, habe da vorrangig den psychosozialen Bereich abgedeckt. Ich bin grundsätzlich noch freiberuflich ab und an für die tätig aber nicht mehr so schwerpunktmäßig. Genau, das heißt mein aktueller Schwerpunkt ist die systemische Therapie, also im Sinne von einer Privatpraxis.“

344 I1: „Okay, und was sind deine Aufgaben im Arbeitsalltag?“

345 B2: „Meine Aufgaben? Im Sinne von wie die Behandlungen ablaufen oder (...)?“

346 I1: „Ja, zum Beispiel, wenn es jetzt Behandlung ist.“

347 B2: „Mhmm, ja, wenn ich mich an den Kontext JVA richte, da sind meine Aufgaben zum Einen das Diagnostizieren, insbesondere, was kognitive Fähigkeiten angeht, das ist ein Spezialbereich für psychisch erkrankte Insassen. Das bedeutet, natürlich auch immer, viel Zeitaufwand geht drauf für Einhalten von jeglichen Regeln, also kontextbezogenes Arbeiten. Dann die Durchführung der Behandlungen an sich, viel konzeptionelle Geschichten im Moment auch noch, viel interdisziplinäre Arbeit, das sind die drei Schwerpunkte, würde ich sagen.“

353 I1: „Mhmm, vielen Dank, das klingt auf jeden Fall schon mal sehr interessant, das haben wir bisher noch nicht gehört.“

355 B2 & I1 Lachen

356 B2: „Ja, ich habe jetzt vielleicht eine kurze Frage an euch: ich habe eine E-Mail bekommen, von der Uni, wie sie im Prinzip aufrufen für Ideen für Bachelorarbeiten und ich habe mich auch gefragt, was

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

358 es so zu diesem Bereich gibt, ich habe ehrlich gesagt überhaupt noch nicht recherchiert, aber da
359 habe ich an euch Studenten gedacht, ob das nicht irgendwie auch mal ein spannendes Thema wäre.“
360 I1: „Auf jeden Fall, also das ist auf jeden Fall noch ein Gebiet, was erforscht werden muss, was
361 Bachelorbedarf braucht.“
362 B2: „Ja, cool.“
363 I1: „Super, dann kommen wir zur eigentlichen Frage, beziehungsweise wir möchten gerne zwei
364 Situationen aus dem Arbeitsalltag hören, wo die niederländischen Berufskompetenzen angewendet
365 wurden.“
366 B2: „Mhmm.“
367 I1: „Und anhand einem positiven Beispiels und anhand eines negativen Beispiels.“
368 B2: „Mhmm.“
369 I1: „Da würde ich einfach mir wünschen, dass wir mit dem Positiven starten, damit wir mit einem
370 guten Gefühl in das Gespräch gehen. (lacht)“
371 B2: „(lacht) Ja, also mir fallen tatsächlich häufig in meinem Arbeitsalltag große Unterschiede auf, im
372 Vergleich zu anderen Kollegen was grundsätzliche Haltung angeht. Konkretes Beispiel: „Fürsprecher
373 für Klienten“, das ist ein Punkt, den ich immer wieder viel diskutiere mit Kolleginnen und Kollegen.
374 Da merke ich große Unterschiede. Also generell mein Rollenverständnis ist, grundsätzlich anders, das
375 fällt mir immer wieder auf und das hat halt positive und negative Seiten, die es so mit sich bringt. Ich
376 denke es befähigt mich viel, besser tatsächlich konzeptionell zu arbeiten. Gleichzeitig, hm, bringt es
377 insofern vielleicht Nachteile mit sich, weil es für viele neu ist, also im Sinne der interdisziplinären
378 Arbeit, wenn ich gerade so an die JVA denke, ist so ein alt eingesehenes Muster wie
379 eine Ergotherapie zu verlaufen hat, wie eine Ergotherapeutin, was die so macht, (lacht) sag ich jetzt
380 einfach mal so und davor sorg' ich mit meinem Background sicherlich für viel Wirbel würde ich mal
381 sagen. Ist das nachvollziehbar?“
382 I1: „Ja, auf jeden Fall. Konkret: wenn wir uns dann jetzt so eine Situation mal vorstellen aus der JVA,
383 was sind da denn überhaupt die Ziele in der, wir nennen das immer Behandlung, wenn das richtig
384 ist?“
385 B2: „Ja, also das übergeordnete Ziel ist die Stabilisierung, es geht darum, im Prinzip die Leute wieder
386 fit zu machen, sodass sie den Regelvollzug bewältigen können. Letzten Endes, die Ergotherapie hat
387 wahnsinnig viele Freiheiten; ich lege fest, was ich mit denen mache, dass kann sein von Sport über,
388 weiß ich nicht was, soziales Kompetenztraining mache ich viel, viel im Sinne von
389 Stressmanagement; Also Skillstraining, ganz konkret. Das sind alles relativ neue Themen fällt mir
390 immer wieder auf, was sehr dankend angenommen wird und gleichzeitig sorgt es aber auch für viel
391 Verwirrung und das ist ein Thema, was in Deutschland glaube ich ein großes Thema ist. Die
392 Unterschiede innerhalb der Ergotherapie.“
393 I1: „Mhmm. Was sind da denn speziell die Aufgaben, die du dort hast während der Behandlung?“
394 B2: „Zum einen ist es natürlich letzten Endes die Versorgung der Insassen, wir sind das einzige
395 therapeutische Mittel, was denen im Prinzip zur Verfügung steht. Grundsätzlich solche Dinge wie
396 Materialpflege, Vorbereitung, Nachbereitung, Dokumentation. Wobei das auch ein interessanter
397 Punkt ist, es gab in dem Sinne keine Form von Dokumentation, mittlerweile gibt es eine
398 teamübergreifende Dokumentation, das ist vielleicht auch noch ein Punkt, bezogen auf die Frage von
399 vorhin, also ohne mein Studium in den Niederlanden hätte ich mir sowas niemals zugetraut,
400 überhaupt drüber nachzudenken, dass es eine gute Idee wäre, sowas zu haben. Mittlerweile fühle ich
401 mich da befähigt, das Ganze gut zu etablieren. Genau, jetzt habe ich den Faden verloren (...).“
402 I1: „Was so die Aufgaben in dieser Behandlung, in der Versorgung und dann mit den Klienten ist.“
403 B2: „Genau, tatsächlich oftmals auch super alltagspraktisch, manchmal geht's einfach nur darum,
404 Haargummis zu besorgen, da ist ein wichtiger Punkt teilweise. Wichtig ist natürlich auch, regelmäßig
405 Rücksprache zu halten im gesamten Team, sowohl mit der ärztlichen Seite als auch mit den
406 Sicherheitsbeamten. Wir sind da ein wichtiges Bindeglied, weil wir die natürlich auch viel öfter sehen
407 als alle anderen, um da einfach eine Einschätzung abzugeben, wie jemand gerade unterwegs ist, ob
408 es sich da eher Richtung Stabilisierung anbaut oder nicht. Also einschätzen, wie die aktuelle
409 Situation ist, Prognosen geben (...).“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

358 es so zu diesem Bereich gibt, ich habe ehrlich gesagt überhaupt noch nicht recherchiert, aber da
359 habe ich an euch Studenten gedacht, ob das nicht irgendwie auch mal ein spannendes Thema wäre.“
360 I1: „Auf jeden Fall, also das ist auf jeden Fall noch ein Gebiet, was erforscht werden muss, was
361 Bachelorbedarf braucht.“
362 B2: „Ja, cool.“
363 I1: „Super, dann kommen wir zur eigentlichen Frage, beziehungsweise wir möchten gerne zwei
364 Situationen aus dem Arbeitsalltag hören, wo die niederländischen Berufskompetenzen angewendet
365 wurden.“
366 B2: „Mhmm.“
367 I1: „Und anhand einem positiven Beispiels und anhand eines negativen Beispiels.“
368 B2: „Mhmm.“
369 I1: „Da würde ich einfach mir wünschen, dass wir mit dem Positiven starten, damit wir mit einem
370 guten Gefühl in das Gespräch gehen. (lacht)“
371 B2: „(lacht) Ja, also mir fallen tatsächlich häufig in meinem Arbeitsalltag große Unterschiede auf, im
372 Vergleich zu anderen Kollegen was grundsätzliche Haltung angeht. Konkretes Beispiel: „Fürsprecher
373 für Klienten“, das ist ein Punkt, den ich immer wieder viel diskutiere mit Kolleginnen und Kollegen.
374 Da merke ich große Unterschiede. Also generell mein Rollenverständnis ist, grundsätzlich anders, das
375 fällt mir immer wieder auf und das hat halt positive und negative Seiten, die es so mit sich bringt. Ich
376 denke es befähigt mich viel, besser tatsächlich konzeptionell zu arbeiten. Gleichzeitig, hm, bringt es
377 insofern vielleicht Nachteile mit sich, weil es für viele neu ist, also im Sinne der interdisziplinären
378 Arbeit, wenn ich gerade so an die JVA denke, ist so ein alt eingesehenes Muster wie
379 eine Ergotherapie zu verlaufen hat, wie eine Ergotherapeutin, was die so macht, (lacht) sag ich jetzt
380 einfach mal so und davor sorg' ich mit meinem Background sicherlich für viel Wirbel würde ich mal
381 sagen. Ist das nachvollziehbar?“
382 I1: „Ja, auf jeden Fall. Konkret: wenn wir uns dann jetzt so eine Situation mal vorstellen aus der JVA,
383 was sind da denn überhaupt die Ziele in der, wir nennen das immer Behandlung, wenn das richtig
384 ist?“
385 B2: „Ja, also das übergeordnete Ziel ist die Stabilisierung, es geht darum, im Prinzip die Leute wieder
386 fit zu machen, sodass sie den Regelvollzug bewältigen können. Letzten Endes, die Ergotherapie hat
387 wahnsinnig viele Freiheiten; ich lege fest, was ich mit denen mache, dass kann sein von Sport über,
388 weiß ich nicht was, soziales Kompetenztraining mache ich viel, viel im Sinne von
389 Stressmanagement; Also Skillstraining, ganz konkret. Das sind alles relativ neue Themen fällt mir
390 immer wieder auf, was sehr dankend angenommen wird und gleichzeitig sorgt es aber auch für viel
391 Verwirrung und das ist ein Thema, was in Deutschland glaube ich ein großes Thema ist. Die
392 Unterschiede innerhalb der Ergotherapie.“
393 I1: „Mhmm. Was sind da denn speziell die Aufgaben, die du dort hast während der Behandlung?“
394 B2: „Zum einen ist es natürlich letzten Endes die Versorgung der Insassen, wir sind das einzige
395 therapeutische Mittel, was denen im Prinzip zur Verfügung steht. Grundsätzlich solche Dinge wie
396 Materialpflege, Vorbereitung, Nachbereitung, Dokumentation. Wobei das auch ein interessanter
397 Punkt ist, es gab in dem Sinne keine Form von Dokumentation, mittlerweile gibt es eine
398 teamübergreifende Dokumentation, das ist vielleicht auch noch ein Punkt, bezogen auf die Frage von
399 vorhin, also ohne mein Studium in den Niederlanden hätte ich mir sowas niemals zugetraut,
400 überhaupt drüber nachzudenken, dass es eine gute Idee wäre, sowas zu haben. Mittlerweile fühle ich
401 mich da befähigt, das Ganze gut zu etablieren. Genau, jetzt habe ich den Faden verloren (...).“
402 I1: „Was so die Aufgaben in dieser Behandlung, in der Versorgung und dann mit den Klienten ist.“
403 B2: „Genau, tatsächlich oftmals auch super alltagspraktisch, manchmal geht's einfach nur darum,
404 Haargummis zu besorgen, da ist ein wichtiger Punkt teilweise. Wichtig ist natürlich auch, regelmäßig
405 Rücksprache zu halten im gesamten Team, sowohl mit der ärztlichen Seite als auch mit den
406 Sicherheitsbeamten. Wir sind da ein wichtiges Bindeglied, weil wir die natürlich auch viel öfter sehen
407 als alle anderen, um da einfach eine Einschätzung abzugeben, wie jemand gerade unterwegs ist, ob
408 es sich da eher Richtung Stabilisierung anbaut oder nicht. Also einschätzen, wie die aktuelle
409 Situation ist, Prognosen geben (...).“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 463 B2: „Ja, absolut. Also ich kenne das oft von mir, dass ich viel Zeit und Mühe in Planung gesteckt habe
464 und dann kam alles ganz anders und gerade in dem Kontext ist es tatsächlich so, dass man sehr
465 flexibel reagieren muss. Ja, das fällt mir dazu ein und vor allen Dingen, was auch ein wichtiger Punkt
466 ist, was ich darin gelernt habe ist, sich weniger abhängig zu machen vom Endergebnis, weil es einfach
467 zu viele Faktoren gibt, die nicht in meiner Hand sind und unabhängig sind von der Behandlung, die
468 aber durchaus auch Einfluss nimmt auf das Ergebnis.“
- 469 I1: „Mhmm, also heißt das, wenn man da etwas lernt, dann kann man das auch auf eine Situation
470 anwenden?“
- 471 B2: „Ja absolut, finde ich schon. Also es macht einfach was mit meiner generellen therapeutischen
472 Haltung.“
- 473 I1: „Können wir da ein Beispiel hören, wie man das macht oder was man da so macht? Oder was sich
474 daran verändert hat?“
- 475 B2: „Es gibt ein Beispiel, mit einem Insassen, das war ein relativ, wie kann man das sagen (...), sehr
476 intensiver Prozess, der richtig gut ins Arbeiten gekommen ist und äußere Umstände haben dazu
477 geführt, dass er von heute auf morgen einfach weg war, was so nicht voraussehbar war und es hat
478 uns absinnig beschäftigt und mir hat es noch einmal klar gemacht, wie wichtig das ist, so auf
479 Meterebene einfach unterwegs zu sein, zu denken und die Leute auch in dem Blick zu sehen, weil es
480 zu viele Faktoren gibt, auf die ich keinen Einfluss habe (...) und wiederrum natürlich auch aber nutzen
481 kann, es gibt ja durchaus Faktoren, die man auch nutzen kann, eben im Sinne der Fürsprache und so
482 gibt es sogar auch immer Alimentation.“
- 483 I1: „Ja, welche Kompetenzen siehst du denn selber, die du jetzt alle angewendet hast? Nehmen wir
484 jetzt mal wieder das Haargummi, die Haargummidame, nehme ich mal an.“
- 485 B2: Mhmm, Methoden im Sinne von (...)?“
- 486 I1: „Nee, Kompetenzen.“
- 487 B2: „Ach so, Kompetenzen. Da fällt mir jetzt gerade kein Beispiel ein (...). Hättest du ein Beispiel für
488 mich?“
- 489 I1: „In wie fern ein Beispiel?“
- 490 B2: „Also Kompetenzen, also im Sinne von meinen fachlichen oder persönlichen Kompetenzen?“
- 491 I1: „Nee, die du an der Hochschule erworben hast.“
- 492 B2: „Ach so. Studien, mir sind Studien super wichtig, liegt natürlich auch daran, weil ich gerade noch
493 in der Ausbildung bin und sowieso viel Literaturrecherche betreiben muss, aber das ist ein großer
494 Unterschied, der mir oft zu meinem deutschen Kollegen auffällt, dass die das irgendwie nicht so auf
495 dem Schirm haben, dass das wichtig sein könnte.“
- 496 I1: „Ja?“
- 497 B2: „Ja, generell auch Assessments oder auch das Arbeiten und Denken in Modellen, fällt mir auch
498 noch oft auf.“
- 499 I1: „Okay, gibt es noch irgendwelche Kompetenzen, die du gerne angewendet hättest, wenn du die
500 Möglichkeit dafür gehabt hättest?“
- 501 B2: „Ja, auch hinsichtlich Studien. Ich habe tatsächlich, einer meiner Hauptgründe in der Klinik zu
502 arbeiten war, Richtung Forschung zu arbeiten. Ich war damals an einem Universitätsklinikum
503 (geändert), ja, hat sich damals sehr spannend angehört, da war der Faktor aber nicht umsetzbar, ich
504 bin aktuell gerade dabei, ein bisschen zu organisieren in die Richtung im Rahmen der JVA, aber die
505 Umsetzung von Forschung im tatsächlich größeren Rahmen finde ich nach wie vor unglaublich
506 herausfordernd.“
- 507 I1: „Gibt es denn hemmende Faktoren in der Arbeitsstelle, um weitere Kompetenzen auszuüben? Ich
508 denke, da ist ja sicher noch die ein oder andere möglich. Gibt es da irgendwas wo du sagst: „Nee, das
509 mache ich nicht, weil wegen XY.“?“
- 510 B2: „Ja natürlich, also total viel. (lacht) In dem Kontext ist halt echt, also ein konkretes Beispiel, wenn
511 ich mir jetzt überlege, irgendein Kartenspiel morgen mitzunehmen, wäre der Faktor nicht möglich, da
512 fängt es schon an. Also es sind so kleinste Kleinigkeiten, die ich grundsätzlich abklären muss, oder
513 darf ich jemandem Papier und Stift mitgeben in die Zelle oder nicht? Also der ganze Rahmen ist
514 eigentlich nur Limitation.“
- 515 I1: „Mhmm.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 516 B2: „Es ist eine echt schwierige Frage (lacht).“
517 I2: „Da auch nochmal eine Nachfrage, was du vorhin auch gemeint hast mit den Methoden, dass viele
518 Methoden nicht anwendbar sind, ist das dann sowas, was du damit gemeint hast oder hast du damit
519 noch etwas anderes gemeint?“
520 B2: „Ja, durchaus und dabei auch gewisse Techniken, also vor dem Hintergrund, dass diese Menschen
521 wirklich extrem wenig Kontakt haben, kommt man da schnell in eine komische Position und ich finde
522 es wichtig, auch mehr darauf zu achten, da zum Beispiel auch nicht zu tief einzusteigen. Das wäre
523 auch eine Methode.“
524 I2: „Mhmm, mehr Distanz so in der Richtung?“
525 B2: „Ja absolut, ja.“
526 I1: „Okay, dann würde ich jetzt einmal zum negativen Beispiel kommen, wo man gerne die
527 Kompetenzen, die niederländischen Kompetenzen anwenden wollte, aber das überhaupt nicht
528 geklappt hat. Gibt es da auch irgendwie ein Beispiel, was einem, ja, in die Seele gebrannt wurde?“
529 B2: „Ja, absolut. Also da gibt es immer wieder finde ich, sehr herausfordernde Situationen. Ich denke
530 an meinen letzten Arbeitgeber in der Klinik, wo es immer wieder extreme Spannungen gab, also im
531 Sinne von, war total gewollt, auch vor allem mit Studienabschluss jemanden zu finden, aber
532 gleichzeitig war es auch einfach, ich weiß nicht mehr, nervig fast? Die Rolle der Ergo habe ich oftmals
533 echt so empfunden, als würde sie manchmal echt komplett Kopf stehen. Auf der einen Seite können
534 wir gefühlt alles oder sollen irgendwie alles können und wenn wir uns dann so positionieren, auch im
535 größeren Rahmen, zum Beispiel auch in der Klinik und auf auch den höheren Etagen, gab es trotz alle
536 dem viel Gegenwind. Ich weiß gar nicht, wie ich das genauer beschreiben soll, aber ähnliche Situation
537 jetzt auch in der JVA. Aber dieses Rollenverständnis von Ergotherapie, da komme ich immer wieder
538 an meine Grenzen, weil ich merke, dass die Menschen da einfach ganz andere Vorstellungen haben,
539 von dem wie ich es mir vorstelle und es ging mir vor den Niederlanden nicht so, das ist ein deutlicher
540 Unterschied. Man hat gefühlt mehr Kämpfe, die man austrägt.“
541 I1: (lacht) „Okay, ja das kann ich gut nachvollziehen, das glaube ich sofort. Hast du denn jetzt eine
542 konkrete Situation, wo du deinen ergotherapeutischen Gedanken, ja, breittreten wolltest und du da
543 auf Widerstand getreten bist?“
544 B2: „Ja absolut, also das ist auch einer meiner Kündigungsgründe, weshalb ich auch die Klinik
545 verlassen habe, weil es einfach echt nicht besonders professionell ablief in dem Laden.“
546 I1: „Kannst du da eine Situation schildern, was der Auslöser war?“
547 B2: „Ja, also viel, allein das Stichwort „Patientenmanagement“, also der generelle Umgang und auch
548 und auch die Sichtweise auf Klienten, wie die so zu funktionieren haben, generell die Zeitverteilung
549 oder auch Prioritätensetzung, es war wichtig, dass der Haken im PC gemacht war aber, so
550 Qualitätsstandard, sowie im Sinne von „wir prüfen mal, wie effektiv wir hier eigentlich sind“, da
551 wurde jetzt nicht so viel Wert draufgelegt und grundsätzliche Dinge, die da dann dazu geführt haben.
552 Einfach grundsätzlich gegenteilige Haltung.“
553 I1: „Was waren denn speziell deine Aufgaben da?“
554 B2: „Innerhalb der Klinik?“
555 I1: „Ja, zum Beispiel in der Situation mit den Klienten und dem Qualitätsmanagement, dass du da
556 eigentlich nur abhaken musstest, aber eigentlich trotzdem nichts passiert ist.“
557 B2: „Ja, also das Universitätsklinikum (geändert) ist recht speziell, damals ging es darum, den Bereich
558 „Berufliche Rehabilitation“ aufzubauen, in Bezug auf Adoleszenten mit Borderlineerkrankungen und
559 das wiederum war verknüpft mit der Gemeindepsychiatrie, mit den Kollegen dort, das war ein relativ
560 großes Projekt und da gab es einfach, wenn es zu gut lief war es schwierig, wenn es nicht gut lief, war
561 es irgendwie auch schwierig und der Fokus lag eigentlich darauf, erstmal möglichst viele Klienten
562 darein zu packen und ob das konzeptionelle irgendwie Sinn macht oder nicht, war erstmal
563 zweitrangig. Das meine ich so, mit „Zahlen sind einfach wichtiger“ als „Läuft das Ding?“, „Macht das
564 Sinn, so wie wir das planen?“, also einfach so Basics und strukturelle Fragen.“
565 I1: „Wenn wir uns jetzt diese Situation nochmal im Kopf behalten, wo du dann die Rehabilitation
566 oder die Arbeitsrehabilitation aufbauen musstest, wie war dein Vorgehen dort, dein methodisches
567 Vorgehen? Gab es da auch eine klare Struktur oder (...)?“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

568 B2: „Also der Auftrag an mich war eben, diese Idee umzusetzen und zu gucken, wie viele Stunden
569 brauchen wir dafür, wie kann das mit der Station organisiert werden und so weiter. Das war so, das
570 gab es noch nicht, und wir haben dann eben Schritt für Schritt angefangen, beziehungsweise, ich
571 habe mir dann einfach Gedanken gemacht, konfessionelle Dinge festgehalten,
572 passende Assessments rausgesucht und besorgt und ja wie man das halt so macht. Viel Werbung
573 gemacht in der Klinik, genau, habe da dann auch tatsächlich immer mehr angefangen auch Gruppen
574 und so mit Leuten von der Pflege dort zu organisieren und umzusetzen und so ist es dann halt stetig
575 gewachsen.
576 I1: „Also ist schon ganz schön groß geworden.“
577 B2: „Ja, ja ganz schön gut. Also es lief auch richtig gut und gescheitert ist es im Moment eigentlich
578 gerade, ich habe gerade gehört, dass es eingestellt werden soll, wie es halt oft ist, so der Faktor
579 Mensch. Es sind ganz viele dann auch nach mir gegangen und meiner Erfahrung nach läuft sowas
580 echt nur dann gut, wenn es einfach mit den Menschen vor Ort auch gut funktioniert. Da war wohl
581 echt viel los. Ein sehr unterschätzter Faktor, immer wieder.
582 I1: „Du hast das ja als sehr gut empfunden, was da passiert ist, also das aufzubauen. Hat dein
583 Arbeitsgeber das dementsprechend auch so gut gesehen oder hatte der etwas Anderes da?“
584 B2: „Ja, am Anfang schon, tatsächlich, fand er sehr gut, da hat er auch gern mit Werbung gemacht.
585 Im Verlauf der Zeit dann nicht mehr so, da waren wir dann fast zu gut, aber gut, es waren irgendwie
586 persönliche Geschichten, also so jetzt rein fachlich hatte er da glaube ich nichts dran aussetzen
587 gehabt. Aber wie das dann halt so ist mit den Hierarchien, das wird dann auch manchmal einfach
588 unbequem.
589 I1: „Den Ablauf den du dort gemacht hast, um konzeptionell etwas zu erstellen, würdest du den jetzt
590 nochmal so machen oder würdest du da etwas anders machen?“
591 B2: „Joa, naja, das ist ja jetzt auch schon wieder fünf Jahre her, also würde ich mit Sicherheit nochmal
592 irgendwie ein bisschen was anders machen, abhängig auch vom Klientel, was mittlerweile vor Ort ist,
593 da gibt es ja auch immer wieder Schwankungen, beziehungsweise neue Entwicklungen.
594 I1: „Aber so an sich hast du dein Handeln als gut empfunden?“
595 B2: „Ja.“
596 I1: „Und würdest sagen, das wäre auf jeden Fall ein Weg, den man nochmal so gehen könnte?“
597 B2: „Absolut, ja, also ich war sehr überzeugt von dem Ganzen und ja, würde ich definitiv nochmal so
598 machen.“
599 I1: „Hast du auch etwas aus dieser Situation gelernt?“
600 B2: „Aus der konkreten jetzt, mit dem Konzept erstellen?“
601 I1: „Genau.“
602 B2: „Mhmm. Ja, ich habe gelernt, wie wichtig Menschen sind und wie wertvoll Kollegen sind, mit
603 denen man sich auf Augenhöhe treffen kann, dann kann sowas nämlich meistens wunderbar
604 funktionieren. Ich habe gelernt, dass es wichtig ist, immer mal wieder nachzuhaken, dass es okay ist,
605 ab und zu auch mal zu nerven. Auch die höheren Etagen darf man ab und zu mal nerven, das wusste
606 ich zum Beispiel vor meinem Studium auch nicht, dass man das machen kann und dass es wichtig ist,
607 ich finde sogar, dass es Bestandteil unserer Aufgabe ist, gerade in so Systemen sowie Klinik, oder
608 Justiz, oder was auch immer, weil auch das natürlich eine Form von Fürsprache ist.
609 I1: „Jetzt haben wir das Problem, du bekommst eine zweite Chance, eigentlich gleiches Szenario und
610 müsstest das ganze Konzept nochmal machen, würdest du irgendwas anders machen oder würdest
611 du das jetzt nochmal genauso machen?“
612 B2: „Nee, tatsächlich für diesen Menschen würde ich nicht mehr arbeiten.“ (lacht)
613 I1: „Okay, jetzt ein anderer Arbeitsgeber.“ (lacht)
614 B2: „Genau, also wen anderer?“
615 I1: „Ja.“
616 B2: „Dann jederzeit, ja tatsächlich.“
617 I1: „Was würdest du anders machen?“
618 B2: „Ich wäre nicht so geduldig mit den anderen Etagen glaube ich. Ich würde glaube ich ein bisschen
619 mehr auf Tempo gehen, ich glaube, da haben wir auch mal viel Zeit verschwendet. Ich würde meine
620 Rolle vielleicht noch ein bisschen selbstverständlicher einnehmen.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 621 I1: „Ja, also dich ein bisschen besser positionieren? Hast du da auch eine Kompetenz vielleicht im
622 Kopf, also eine niederländische Kompetenz, die du da eher mit einbringen würdest?“
623 B2: „Hm, ihr solltet so eine Liste mit typisch niederländischen Kompetenzen vorher verteilen. (lacht)
624 Das wäre sehr hilfreich, man könnte sie vorlesen.“
625 I2: „Ja gerne, ich würde dann immer kurz stoppen und du kannst drüber nachdenken. SCREENEN“
626 B2: „Mhmm.“
627 I2: „INVENTARISIEREN UND ANALYSIEREN“
628 B2: „Ja.“
629 I2: „BEHANDELN UND BEGLEITEN“
630 B2: „Absolut, das ist einer der wichtigsten Punkte, tatsächlich.“
631 I2: „BERATEN“
632 B2: „Ja, denn ich habe damals als ich mein Studium gemacht habe parallel eine Ausbildung zum
633 systemischen Berater gemacht und das war natürlich beides super schön ergänzend.“
634 I2: „Mhmm. UNTERSTÜTZEN UND FÖRDERN“
635 B2: „Mhmm, ja, das ist tatsächlich eine der Kompetenzen, die ich beim nächsten Mal noch mehr in
636 den Fokus nehmen würde, bei dem Konzept und auch beim, ja, dass es eben einer der Schwerpunkte
637 ist.“
638 I2: „Was hast du dir da gerade für Gedanken gemacht, also in wie fern würdest du das vielleicht mehr
639 mit reinbringen?“
640 B2: „Hmm also häufig war einfach die Rede, das ist für mich jetzt gerade nochmal so ein
641 Perspektivenwechsel, damals ging es einfach darum, ein neues Projekt auf die Beine zu ziehen und es
642 war einfach wichtig, dass es gut läuft aber worum es dabei eigentlich geht haben wir nie richtig
643 definiert, habe ich mir gerade so gedacht.“
644 I2: „Ah, okay.“
645 B2: „Ja und das wäre nochmal eben aus dieser Perspektive.“
646 I2: „Mhmm. ZUSAMMENARBEITEN“
647 B2: „Mhmm, ja, ist definitiv nochmal nach dem Studium viel intensiver geworden, beziehungsweise
648 mir auch nochmal sehr viel wichtiger geworden.“
649 I2: „ORGANISIEREN“
650 B2: „Bitte?“
651 I2: „ORGANISIEREN ist auch eine Kompetenz.“
652 B2: „Hm, konnte ich glaube ich vorher auch schon, habe aber sicherlich da auch Kompetenzen dazu
653 gewonnen.“
654 I2: „UNTERNEHMERISCH TÄTIG SEIN“
655 B2: „Würde ich durch die Uni jetzt eigentlich gar nicht sagen, jetzt durch die letzten eineinhalb Jahre
656 Selbstständigkeit natürlich schon, aber das hatte ich damals überhaupt nicht auf dem Schirm und
657 habe auch nicht den Eindruck, dass wir da also, nee könnte ich nicht sagen. Ist vielleicht erst dazu
658 gekommen (lacht). Das ist bei mir schon zu lange her, gab es die Kompetenz da damals noch nicht?“
659 I2: „Ich glaube es gab sie schon, aber sie ist recht breit gefasst. In der Praxis ist es zum Beispiel sowas
660 wie baut man jetzt neue Assessments, beziehungsweise Behandlungskonzepte ein und wie holt man
661 sich neues Klientel in die Praxis, sowas in der Richtung.“
662 B2: „Okay, mhmm.“
663 I2: „Genau.“
664 B2: „Ja, Akquise ist super wichtig, das habe ich aber tatsächlich nicht an der Uni gelernt. Aber das ist
665 gut, wenn das ein bisschen mehr in den Fokus kommt, weil das ist ja ein wichtiger Punkt.“
666 I2: „QUALITÄT GEWÄHRLEISTEN“
667 B2: „Ja, das ist vielleicht so der zweite Schwerpunkt. Beraten, Begleiten und Qualität gewährleisten,
668 ja.“
669 I2: „Mhmm.“
670 B2: „Da überlege ich dann, was könnte passend sein an Assessments etc. und dann generell auch die
671 Haltung dazu, das ist wichtig immer wieder zu überprüfen, was machen wir da eigentlich? Ist das
672 noch irgendwie nach Standards, die man vertreten kann oder nicht?“
673 I2: „Okay, ERNEUERN?“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

674 B2: „Ja, finde ich auch einen ganz wichtigen Punkt, beziehungsweise ist es das was ich gerne mache,
675 ich starte gerne neue Projekte oder unterstütze neue Sachen.“
676 I2: „Okay, FORSCHEN.“
677 B2: „Bitte?“
678 I2: „FORSCHEN“
679 B2: „Forschen, ja, fand ich eine gute Idee hat aber in der Umsetzung leider nicht so gut funktioniert.“
680 I2: „Auch so mit der Literaturrecherche?“
681 B2: „Nee, generell mit Projekten in der Klinik.“
682 I2: „Mhmm, ja, das kommt hoffentlich noch, dass man dann auch ein bisschen breiter aufgestellt ist,
683 das wäre wünschenswert.“
684 B2: „Ja.“
685 I2: „Die letzte Kompetenz ist LEHREN, LERNEN UND ENTWICKELN. Sowohl man selber, also, dass man
686 sich selber auch weiterbildet quasi, als auch dass man dann zum Beispiel in der Praxisanleitung (...)?“
687 B2: „Ich würde schon sagen, dass ich mir durch das Studium und natürlich auch mit der Zeit damals
688 Kompetenzen in dem Bereich aufgebaut habe, die ich vorher nicht hatte und wo ich vorher auch
689 keine Idee dazu hatte. Also ich habe es nicht vermisst aber mittlerweile mache ich es total gerne.
690 Also ist ein ganz wichtiger Punkt, ich gebe total gerne Lehrkurse beziehungsweise, gut, Praktikanten
691 gibt es in dem Sinne jetzt bei mir nun zu Zeit keine, aber klar, in Klinikzeiten fand ich das immer am
692 wichtigsten, beziehungsweise ich mache es einfach auch gerne.“
693 I1: „Ja, da haben wir schon auch einiges gehört, gefühlt kann man ja technisch gesehen überall eine
694 Kompetenz einbauen, hattest du da irgendwie so einen hemmenden Faktor auch oder einen
695 fördernden Faktor, wo du sagst, ja deswegen habe ich den mit reingenommen und deswegen habe
696 ich den rausgelassen?“
697 B2: „Ja, ich habe einfach geguckt, wie war es vor meinem Studium und was mache ich jetzt und was
698 passt dazu am besten oder wo sehe ich die Schwerpunkte.“
699 I1: „Mhmm.“
700 B2: „Vielleicht hat man es auch schon zu selbstverständlich verinnerlicht manche Dinge. Ich würde
701 gar nicht unbedingt sagen hemmend oder fördernd. Es gibt halt unterschiedliche Themen und das ist
702 auch natürlich immer kontextabhängig.“
703 I1: „Mhmm.“
704 B2: „Und danach richten sich, würde ich sagen, die Kompetenzen, die ich gerade ausgewählt habe,
705 die vielleicht am wichtigsten sind.“
706 I1: „Gut, und dann kommen wir auch schon zum Abschluss. Judith, hast du noch irgendwas auf dem
707 Herzen?“
708 I2: „Mir kam gerade noch so dieses mit den hemmenden und fördernden Faktoren auf diese
709 Konzeptarbeiten zum Beispiel bezogen, gab es da auch fördernde Faktoren? Also hemmend
710 haben wir glaube ich schon ein bisschen was gehört, dass das ein bisschen schwierig war in der
711 Zusammenarbeit teilweise, aber gab es auch fördernde Faktoren?“
712 B2: „Ja, absolut. Zum Beispiel hinsichtlich Zusammenarbeit, sowas ist auch studienbezogen, das
713 solche Prozesse Zeit brauchen, dass es wichtig ist, andere mit ins Boot zu holen, das fand ich hilfreich.
714 Ich glaube, das habe ich in Heerlen gelernt. Das fällt mir noch spontan dazu ein.“
715 I2: „Mhmm.“
716 I1: „Gut, hast du noch irgendwelche Ergänzungen oder irgendetwas, was du noch loswerden
717 möchtest?“
718 B2: „Nein, ich hätte nur eine Frage, wie seid ihr auf dieses Thema gekommen würde mich
719 interessieren?“
720 I2: „Mehr oder weniger über Bettina und dann haben wir ein bisschen weiter darüber nachgedacht,
721 was wir da genau machen wollen, weil Bettina so die Idee hatte mal zu schauen wo es die (40:38 min
722 ?) genau hin verschlagen hat und dann haben wir ein bisschen weiter darüber nachgedacht.“
723 B2: „Voll das spannende Thema, ich wünsche euch auf alle Fälle viel Erfolg damit.“
724 I1 & I2: „Dankeschön.“
725 I1: „Wir würden dir am Ende natürlich auch noch eine Bachelorarbeit schicken, wenn du das
726 möchtest.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

727 B2: „Gerne, ja klar.“
728 I1: „Dann machen wir das.“
729 I2: „Genau.“
730 B2: „Bis wann müsst ihr durch sein?“
731 I1: „Ende November geben wir ab, ne?“
732 B2: „Also Endspurt im Prinzip.“
733 I2: „Ja.“
734 B2: „Ja, dann wünsche ich euch gutes Gelingen.“
735 I1: „Vielen Dank, dann wünschen wir ein wunderschönes Wochenende, bedanken uns nochmal
736 vielmals für deine Zeit, hast uns viel geholfen.“
737 I2: „Vielen Dank.“
738 B2: „Ja, euch auch noch eine coole Zeit.“
739 I1: „Dankeschön, schönes Wochenende, tschüss.“
740 B2: „euch auch, tschüss.“
741
742
743
744
745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

766 Interview 3

767

768 I2: „Hallo Nico.“

769 I1: „Hi.“

770 (...)

771 I1: „Hast du gehört Judith?“

772 I2: „Nein, ich habe nichts gehört.“

773 I1: „Die hat den Anruf beendet, konnte die nicht erreichen, probieren wir nochmal.“

774 (...)

775 B3: „Hallo.“

776 I2: „Hallo, hier ist die Judith von der Bachelorarbeit.“

777 B3: „Ja, ja dachte ich mir. Gut, ich würde nur gerade die Kopfhörer noch eben anschließen, das braucht glaube gerade noch einen Moment (...). Gerade mal gucken (...).“

779 I2: „Funktioniert es jetzt?“

780 B3: „Ja!“

781 I2: „Ja, super.“

782 B3: „Perfekt, können sie mich gut verstehen?“

783 I2: „Ja, ja.“

784 B3: „Okay, ja super.“

785 I2: „Genau, also dann, Hallo erstmal und danke für die Bereitschaft an dem Interview, der Nico ist auch dabei, der nimmt auch gerade das Telefonat auf und der wird, wenn ich irgendwas vergesse oder noch eine Frage hat, die nochmal vertiefen und die nochmal stellen, genau.“

788 B1: „Ja.“

789 I1: „Guten Tag, hi.“

790 B3: „Hallo.“

791 I2: „Als erste Frage wollen wir erstmal wissen, siezen oder duzen? Was wäre denn lieber?“

792 B3: „Wie es für euch angenehmer ist.“

793 I2: „Okay, da ich mit „Sie“ wahrscheinlich dann immer switchen werde, würde ich gerne das „Du“ nehmen.“

795 B3: „Mhmm, klar.“

796 I2: „Okay, vielen Dank, das war das. Genau, ja, also wie gesagt, dann eben nochmal Danke, dass du an unserem Interview teilnimmst und dir die Zeit dafür nimmst. Hast du die Einverständniserklärung bekommen?“

799 B3: „Ja, habe ich auch zurückgeschickt oder habe ich es vergessen?“

800 I2: „Weiß ich gar nicht, bestimmt. Wenn nicht, schreibe ich noch einmal eine E-Mail.“

801 B3: „Okay gern, dann schicke ich die nochmal, dann habe ich zumindest unterschrieben.“

802 I2: „Okay, danke dafür. Genau, im Fragebogen, da ging es ja um die niederländischen Kompetenzen, die im Studium gelernt und erworben wurden und die Umsetzung oder Anwendung davon eben in Deutschland und in diesem Interview wollen wir das heute etwas vertiefen, dazu wollen wir als erstes einmal wissen, in welchem Bereich du arbeitest, mit welchem Klientel und was dort deine Hauptaufgaben sind.“

807 B3: „Mhmm, ich arbeite in einer ambulanten Praxis momentan mit 30 Stunden, hauptsächlich in der Pädiatrie, genau, ja.“

809 I2: „Ah, okay. Ja, das ging schnell. Genau und in diesem Alltag, in deinem Arbeitsalltag kann man ja meistens die niederländischen Kompetenzen manchmal besser anwenden, und manchmal nicht so gut anwenden und deswegen würden wir heute gerne ein positives Beispiel und ein negatives Beispiel von dir hören, indem die niederländischen Kompetenzen eben angewendet werden konnten, oder eben nicht und zum Einstieg würden wir gerne ein positives Beispiel hören von dir, wo du die Kompetenzen gut anwenden konntest, genau.“

815 B3: „Okay, ganz unterschiedlich und auch immer wieder von Fall zu Fall abhängig, jetzt muss ich mal eben überlegen (...). Momentan, oder gerade auch wegen Corona jetzt eben viel das SCREENEN, da ja

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

817 gerade die Ärzte häufig ein Stück weit überlastet waren, beziehungsweise auch die Reha nicht
818 stattgefunden hat, jetzt auch eher die Neurologische, dass wir aus dem Krankenhaus Leute
819 bekommen haben und dann eben geschaut haben, braucht die noch ambulant Therapie, ja oder
820 nein? Assessments durchgeführt haben, das wäre ein positives Beispiel. Ein anderes positives Beispiel
821 ist vielleicht BERATUNG, das wir gerade wegen Corona auch nochmal extrem viel Beratung zur
822 schulischen Situation zu Hause gemacht haben, wie kann ich da den Arbeitsplatz gestalten? wie kann
823 ich den Alltag strukturieren?, dass eben das Familienleben unter Schulalltag zu Hause stattfinden
824 kann.“

825 I2: „Das klingt ja sehr gut, dass es sogar mehrere Beispiele sind, wo man die Kompetenzen gut
826 anwenden kann. Wenn du jetzt ein Beispiel vielleicht genauer unter die Lupe nehmen könntest, mit
827 der ersten Frage so, welches Ziel die Situation dann auch hatte, oder dieses Beispiel hatte, ich weiß
828 nicht, welches dir lieber wäre (lacht).“

829 B3: „Mhmm, muss kurz überlegen (...). Mhmm, doch, ich glaube das BERATEN.“

830 I2: „Mhmm.“

831 B3: „Genau, also das wir beraten, zum Beispiel zur Schulsituation jetzt zu Hause, zum Beispiel auch
832 einen Tagesplan zu machen, wer kann wann den Laptop nutzen? Ziel der Beratung ist eben, dass das
833 Onlineschooling stattfinden kann, dass da auch eine Mitarbeit zum Beispiel stattfindet.“

834 I2: „Mhmm.“

835 B3: „Das war für einige Schüler doch recht schwierig, und dann eben zu gucken, wie kann ich das
836 machen, wie können wir eben solche visuellen Hinweise etablieren, damit dann eben das Kind daran
837 denkt, auch Online sich zu melden oder Dateien zu bearbeiten.“

838 I2: „Mhmm, okay, das klingt jetzt nach keiner klassischen Ergotherapie erstmal, was war denn da
839 deine Rolle und wie bist du überhaupt darauf gekommen, dass das eine Aufgabe für dich als
840 Ergotherapeutin sein könnte?“

841 B3: „Mhmm, für mich ist es schon ein Stück weit klassisch, also ich weiß nicht, ich bin im neuen, also
842 ich habe 2015 die Ausbildung gemacht, also eher im neuen Paradigma und ganz klassisch mache ich
843 in der Evaluationsphase eben, Betätigungsanalyse, beziehungsweise erstmal eine Problemerkhebung,
844 meistens mit dem COPM und da gibt es aber eben ein Problem, dass sich da eben
845 herauskristallisiert hat, die Teilnahme am normalen Unterricht und dann entscheiden wir eben
846 individuell, wenn das Ziel jetzt dann zum Beispiel ist, oder erstmal machen wir eine Analyse, wo wir
847 uns das dann auch angucken, oder beschreiben lassen, zum Beispiel von den Eltern, eine
848 Videosituation drehen, das schauen wir uns dann an, analysieren das, setzen die Ziele fest und dann
849 ist eben, häufig kommt raus, dass um dieses Ziel zu erreichen, brauchen wir erstmal eine Beratung.“

850 I2: „Okay, ja.“

851 B3: „Die Beratung ist dann in dem Fall eben: Wie schaffe ich es, dass sich mein Kind meldet? Wie
852 schaffe ich eine Bewegung, dass das Kind online überhaupt teilnimmt?“

853 I2: „Das klingt sehr spannend. (lacht) Du hast vorher gerade gesagt, du hast das quasi in deine
854 Ausbildung schon so ein bisschen gehabt, wo war denn da für dich so ein bisschen der Unterschied
855 dann noch zum Studium? Konntest du es vertiefen, im Studium oder konntest du das davor quasi
856 schon?“

857 B3: „Ja, also eigentlich habe ich es im Studium vertieft. In der Ausbildung, klar hat man etwas über
858 die Modelle gehört, aber sie tatsächlich anzuwenden hat kaum stattgefunden, weil man dann ja noch
859 in Praktika war, im Praktikum war, angeleitet wurde und selbst gar nicht so die Möglichkeit hatte,
860 sich auszuprobieren. Dadurch, dass ich dann schon zwei Jahre Berufserfahrung hatte, und ich
861 begleitend studiert habe, konnte ich eben das, was ich auch gelernt habe, tatsächlich probieren
862 umzusetzen und hatte auch die Möglichkeit (...).“

863 I2: „Okay, verstehe, ja. Würdest du sagen, dass so eine Situation für dich eher schwierig war, also
864 komplex, oder ist das was, was du dann auch häufig gemacht hast? Also vergleichbar zu deinen
865 sonstigen Aufgaben?“

866 B3: „Was jetzt genau? Das Beraten oder (...).“

867 I2: „Ja.“

868 B3: „Prinzipiell orientiere ich, oder schaue ich, dass ich meinen persönlichen Therapieprozess
869 eigentlich immer am CPPF orientiere, das gibt mir immer eine Struktur, um eben erst eine Anamnese

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

870 zu machen, dann, also erstmal die Betätigungsebene zu initiieren, dann Analyse der
871 Betätigungsprobleme gemeinsam mit Zielsetzung und dann eben gemeinsam schauen, was für
872 Maßnahmen sind sinnvoll?“
873 I2: „Mhmm.“
874 B3: „Das ist glaube ich ganz normal ergotherapeutisch und eher nicht komplex, sondern ein
875 Alltagsgeschäft.“
876 I2: „Okay, ja. Du hast ja auch schon ein bisschen gesagt, wie du methodisch vorgegangen bist, gibt es
877 da noch was, wo du sagst, das habe ich jetzt noch nicht erwähnt? Also mit dem CPPF und so.“
878 B3: „Es kommt immer darauf an, je nachdem, was für ein Betätigungsproblem vorliegt, auch noch ein
879 Stück weit, was kann das Kind, was kann das Kind nicht? Was für Konzepte man da nutzt.“
880 I2: „Okay.“
881 B3: „Ja oder je nachdem, auch was die Leitlinien nochmal empfehlen, wie man vorgeht.“
882 I2: „Mhmm.“
883 B3: „Da orientiert man sich ja schon.“
884 I2: „Ja. Wie wurde denn dann das Ergebnis der Beratung von anderen eingeschätzt? Also zum
885 Beispiel von den Eltern oder von Kollegen auch?“
886 B3: „Ja, klar, also von den Eltern klar, wir machen danach in ein paar Wochen nochmal das COPM
887 und schauen dann nochmal hat sich eben was verändert? Ja oder nein? Hat sich
888 das Betätigungsziel halt verändert? Können wir es abschließen das Ziel? Ist es erreicht oder müssen
889 wir nochmal irgendetwas verändern? Oder ist das Ziel vielleicht gar nicht mehr so wichtig und es gibt
890 ein neues Ziel? Prinzipiell arbeiten wir eigentlich immer an drei Zielen gleichzeitig.“
891 I2: „Okay.“
892 B3: „Ja aber (...). Genau, und dann ist es auch unterschiedlich, je nachdem ob auch die Vorschläge
893 umgesetzt werden oder nicht, ob es zur Familie passt, also da muss man eben immer im Austausch
894 sein um dann das Ergebnis zu werten. Prinzipiell fixieren wir alles schriftlich, also auch, es gibt jedes
895 Mal einen Maßnahmenplan, beziehungsweise auch einen Plan für die Hausaufgaben oder für
896 die Ergoaufgaben in dem Fall, wie die Maßnahmen umgesetzt werden und das müssen die Kinder
897 ausfüllen und die Eltern.“
898 I2: „Okay.“
899 B3: „Und die Kollegen, die in der Praxis arbeiten, die alle im alten Paradigma gelernt haben, von
900 denen wird so eine Beratung eher kritisch gesehen, die sagen, das ist keine klassische Ergotherapie,
901 Ergotherapie ist immer On-Hand, du musst doch was mit denen auch machen, was tun, wo ich
902 dann eben mich abgrenze und sage, hör zu, ich hab das so gelernt und es gibt eben auch für mich die
903 Kompetenz BERATEN und die bekommen ja auch was in die Hand, die nehmen sich zum Schluss die
904 Protokolle oder eben die Maßnahmen oder die Ergoaufgaben.“
905 I2: „Mhmm.“
906 B3: „Genau, da sind wir immer im Austausch mit den Kollegen.“
907 I2: „Okay. Das klingt glaube ich so, wie es viele kennen von ihrem Alltag nach dem Studium. Okay,
908 wie schätzt du denn dein professionelles Handeln in der Situation ein?“
909 B3: „Mhm, wie meint ihr professionelles Handeln?“
910 I2: „Mhmm, also ein Stichwort wäre jetzt zum Beispiel das „Professional Reasoning“ aber auch quasi,
911 auch von anderen, du hast es schon gesagt, dass es Rückmeldungen gibt bezüglich des Handelns oder
912 ob du was daran ändern würdest?“
913 B3: „Mhmm, teilweise würde ich das gerne noch ein bisschen mehr standardisiert wünschen, dass
914 einfach schon eventuell, oder probiert wird so zu machen, aber im Alltag ist es dann zwischendurch
915 schwierig, dass die Beratungssituation vorher klar ist, dass praktisch eine Woche vorher schon die
916 Frage kommt, man sich darauf vorbereitet und dann eben das strukturiert abarbeiten kann.“
917 I2: „Mhmm.“
918 B3: „Häufig entsteht es auch im Gespräch, dass es dann heißt, mhmm, kannst du nochmal dazu was
919 sagen? Oder wie sieht es aus? Und dann, ja Moment, dann muss ich erstmal meinen Beratungsbogen
920 holen, das mache ich mittlerweile auch, denn ich möchte es schriftlich haben, sonst hat man ein
921 Gespräch und das zieht sich so und keiner hat letztendlich was davon später in der Hand.“
922 I2: „Mhmm. Hast du den Beratungsbogen selber erstellt, oder gab es da eine Vorlage?“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

923 B3: „Ich hatte bei der Britta Winter die Ausbildung, oder die Fortbildung zum Wunstdorfer Konzept
924 gemacht und die hat unglaublich viele Fragebögen, beziehungsweise auch Formulare einfach und
925 die nutze ich sehr gerne. Man kann von der Britta Winter halten was man will, auch evidenzbasiert
926 und hin und her ist nicht so optimal, aber einfach die Strukturen die sie gibt, sind schon, finde ich
927 ziemlich gut.“
928 I2: „Okay.“
929 B3: „Da orientiere ich mich zum einen dran, das Modell zum Beraten habe ich tatsächlich sehr wenig
930 genutzt.“
931 I2: „Das letzte Wort habe ich jetzt leider nicht verstanden.“
932 B3: „Wenig genutzt, da gab es im, im Studium haben wir auch ein paar Beratungsmodelle
933 kennengelernt und so strukturiert benutzt ich es tatsächlich nicht.“
934 I2: „Okay, aber das heißt quasi du hast schon dein professionelles Handeln angepasst, du hast es
935 schon reflektiert und gesagt jetzt muss ich einmal den Fragebogen oder einen Beratungsbogen mit
936 einbauen, damit da auch was passiert, quasi.“
937 B3: „Genau.“
938 I2: „Okay.“
939 B3: „Damit die Beratungsfragen und auch das Ziel und zum Schluss das Ergebnis auch gleich
940 festgehalten wird.“
941 I2: „Okay, das heißt, es wurde schon quasi was geändert an der Situation, es wurde schon reflektiert,
942 das klingt gut (lacht). In Zukunft, würdest du da in ähnlichen Situationen anders vorgehen, und wenn
943 ja, wie?“
944 B3: „Mhmm, wie gesagt, dass ich mir eben wünsche, dass die Beratungsfrage schon vorher klar ist
945 und ich mich ein Stück weit auch vorbereiten kann (...).“
946 I2: „Mhmm.“
947 B3: „Sonst mache ich auch Beratungen eben in Schulen, im Bereich, der so (...), in der Praxis haben
948 wir ja die Möglichkeit, Indikationen des sozialen Umfeldes zu machen, da gehe ich dann eben, wenn
949 es einen Beratungsbedarf gibt, eben entweder in die Förderschule oder momentan bin ich im
950 Kindergarten (...). Genau, das geht ja eigentlich nur einmal im Behandlungsfall, häufig haben wir dann
951 die Möglichkeit, dass wir mit dem Arzt nochmal sprechen, eben auch, (...)
952 I2: „Jetzt ist es weg (...) Nico hörst du noch was?“
953 I1: „Nee, leider nicht.“
954 I2: Mhmm, (Personen Name)? (...) Das ist doof.“
955 I1: „Sie ist noch drin.“
956 I2: „Ja, aber offensichtlich hört sie uns auch nicht.“
957 I1: Mhmm, rufen wir nochmal an.“
958 (...)
959 B3: „Hallo.“
960 I2: „Hallo, jetzt hören wir dich wieder.“
961 B3: „Ah, okay, gut (lacht).“
962 I2: „Genau, es war einfach irgendwann zwischendrin einfach Totenstille. Genau, mhmm (...). Ja
963 genau, du hattest gesagt irgendwann mit den ähnlichen Situationen, wie du da anders vorgehen
964 würdest, wolltest du dazu noch etwas ergänzen?“
965 B3: „Eigentlich nicht.“
966 I2: „Okay, gut, dann wäre die Frage ja quasi abgehakt. Zum Abschluss von dem positiven Beispiel
967 haben wir jetzt noch direktere Fragen zu den Kompetenzen, sollen wir dir die nochmal sagen, oder
968 hast du die im Kopf präsent?“
969 B3: „Ich glaube, ich habe sie im Kopf präsent.“
970 I2: „Okay, ja, welche Kompetenzen siehst du denn da bei dir in der Situation? BERATEN hast du ja
971 schon erwähnt, gab es da noch andere Kompetenzen?“
972 B3: „Ja, also was wir immer wieder machen ist, das SCREENEN, auch wenn das ein bisschen anders ist
973 als in den Niederlanden, aber wir kriegen schon auch Kinder geschickt, wo es in die Richtung geht
974 „Mach doch erstmal eine Testung und schau ob Bedarf da ist“, dann kriegen die in der Regel drei
975 Einheiten verschrieben, wo wir erstmal das COPM machen oder in die Kids Activity Card schauen,

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 976 sind Betätigungsprobleme da und eventuell auch, wenn es nochmal eine gezieltere Fragestellung ist,
977 nochmal eine Testung. Aber in der Regel schauen wir uns das Alltagsproblem an, machen eine
978 Videoanalyse, um dann eben den Ärzten zu melden, dass Therapiebedarf gibt, genau, dann (...).“
979 I2: „Das klingt sehr modern und fortschrittlich bei dir.“
980 B3: „Ja ist es, wir gehen halt tatsächlich viel in Kontakt mit den Ärzten, ich rufe an sag „hör zu (...)\",
981 aber genauso schicke ich auch Leute wieder weg und sage ich sehe keinen ergotherapeutischen
982 Bedarf, ich sehe eher Logo oder das Kind bräuchte mal eher Physio, oder gut wäre vielleicht, eher
983 nochmal zu gucken ob es eine Schulhilfe gibt. Ja, was ich auch viel mache, ich kann den ADHSLern, die
984 haben ja die Möglichkeit Pflegestufen zu beantragen und dann sind Sachen, die die Eltern gar nicht
985 wissen (...).“
986 I2: „Mhmm.“
987 B3: „... und die Situation ist ja häufig auch schon mal entspannt, wenn es im Monat ein bisschen
988 mehr Geld gibt, dass einfach eine Betreuung möglich ist, zum Beispiel in der Schule, in die Spielkiste
989 zu gehen oder sowas, dass einfach den Familienalltag extrem entspannt und dann brauchen die keine
990 Ergo mehr, weil dann ist das Problem ein Stück weit gelöst. Ja?“
991 I2: „Ja.“
992 B3: „ Und dann kommen die dreimal, wir gucken dann, dass wir das dann in die Wege leiten und
993 dann ist es auch wieder gut und da sind die Ärzte dann ja auch dankbar, weil das dann nicht von
994 ihrem Budget abgeht, sonst wenn man da eben in der Kommunikation ist, erlebe ich es so, dass es da
995 dann auch Möglichkeiten gibt, die Kompetenzen ein Stück weit auszuweiten und was natürlich
996 immer wieder hilft, wenn man mit Studien argumentiert, wenn man sagt, ich habe da was, ich habe
997 hier nochmal in die Leitlinien geschaut, das sieht so und so aus.“
998 I2: „Mhmm, also sage ich dann mal, auch so ein bisschen ERNEuern oder FORSCHEN auch?“
999 B3: „Ja genau, oder vielleicht QUALITÄT GEWÄHRLEISTEN, einfach zu sagen, da wäre aber vielleicht
1000 mehr Therapie andererseits nochmal sinnvoll und für diesen Ansatz brauchen wir aber eben ein- bis
1001 zweimal die Woche und am Anfang vielleicht auch zwei- bis dreimal, um dann reduzieren zu können,
1002 weil einfach ja auch über eine längere Zeit ihre Motivation sinkt, zu sagen, wir ziehen das lieber
1003 schnell durch (...).“
1004 I2: „Mhmm.“
1005 B3: „... und jeder hat was davon, als wie die quälen sich ein halbes Jahr zur Ergo und jetzt sind
1006 Sommerferien, jeder hat frei, zu sagen, jetzt gucken wir doch, dass wir da die Feinmotorik,
1007 beziehungsweise das Schreiben, in den Griff kriegen und dann, wenn Schule ist, jede Woche einmal.“
1008 I2: „Mhmm.“
1009 B3: „Da schauen wir dann auch, dass ich individuell schaue, braucht das Kind einmal die Woche, bei
1010 manchen Kindern, gerade wenn es viel um Beratung geht, die Elternberatung, dass wir dann auch
1011 sagen, okay, wir sehen uns nur alle zwei Wochen oder alle drei Wochen und wenn irgendwie da was
1012 ansteht, wenn wieder ein Betätigungsproblem da ist.“
1013 I2: „Okay.“
1014 B3: „Ja, genau. Jedenfalls passt es dann gleich auch zum BEHANDELN UND BEGLEITEN, dass wir
1015 natürlich auch behandeln und begleiten und natürlich so probieren, so wie es auch passt, uns an
1016 Modellen und Leitlinien orientieren.“
1017 I2: „Ja, okay.“
1018 B3: „Genau, was ich nochmal schwierig finde, ist das UNTERNEHMERISCH TÄTIG sein in Deutschland,
1019 weil wir da halt doch einfach in der Praxis im ambulanten Bereich stark an die Verordnungen
1020 gebunden sind, dass man nicht mal einfach sagen kann, wir setzen dies und das noch auf
1021 Selbstzahlerbasis an oder so, weil man dann gleich wieder eine andere Rechtsform braucht, oder das
1022 aus einem anderen Topf finanzieren zu lassen, wie zum Beispiel vom Sozialamt eine Beratung zum
1023 Beispiel oder sowas, das ist schon eine schwierige Sache.“
1024 I2: „Ist das denn quasi so ein hemmender Faktor für das Beispiel von der BERATUNG oder ist das
1025 dann schon ein eher negatives Beispiel?“
1026 B3: „Mhmm, ist auf jeden Fall ein hemmender Faktor, ich finde, wenn man offen kommuniziert, ist
1027 das Problem eigentlich immer gelöst, auch mit dem Arzt.“
1028 I2: „Okay, ja.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 1029 B3: „Aber schön wäre zum Beispiel, wenn man einfach sagen könnte jetzt über die Sommerferien
1030 bieten wir nochmal einen Graphomotorikkurs an und wir arbeiten an dem Betätigungsziel
1031 Schreiben.“
- 1032 I2: „Mhmm, ja.“
- 1033 B3: „Das sind dann Sachen, die eben wegfallen.“
- 1034 I2: „Mhmm, ja verstehe. Nochmal ein ganz kurzer Exkurs zu dem Beispiel mit der Beratung, das hast
1035 du ja gerade schon ein bisschen angedeutet, dass es eben hemmende Faktoren aber auch fördernde
1036 Faktoren gibt in dieser Situation für diese Beratung. Was siehst du denn da als hemmend und
1037 fördernd?“
- 1038 B3: „Mhmm, kommt auch wieder auf die Situation an, aber hemmend ist auf der einen Seite ein
1039 Stück weit, das wir in Deutschland ja die Situation haben, dass es BERATUNG so im Katalog nicht gibt,
1040 oder zumindest, ich kenne es nicht. Häufig ist auch so die Vorstellung, das Kind kommt mit zur
1041 Therapie und es gibt auch Beratungssituationen, wo ich das Kind nicht dabei haben möchte. Da macht
1042 die Beratung keinen Sinn, wenn es darum geht, neue Strategien zu besprechen, wie man mit
1043 bestimmten Verhalten umgeht, oder Verstärkerpläne zu erarbeiten, oder erstmal das System
1044 den Eltern zu erklären. Halt doch einfach in der Praxis, damit sie es das dann auch vor dem Kind
1045 vertreten können, das sind Situationen, die schwierig sind, wo ich eben wieder individuell entscheiden
1046 muss.“
- 1047 I2: „Mhmm, ja, verstehe ich. Was sind fördernde Faktoren für diese Situation?“
- 1048 B3: „Fördernde Faktoren denke ich, dass wir eigentlich, wenn wir betätigungsorientiert arbeiten,
1049 dass ich relativ nah am Alltag dran bin und dann auch eben eine Beratung dazu machen können, dass
1050 die mit den Problemen zu uns kommen.“
- 1051 I2: „Mhmm, okay. Jetzt mal weit aus dem Fenster gelehnt, jetzt so die Corona Situation, war das jetzt
1052 für die Beratung auch eher ein fördernder Faktor?“
- 1053 B3: „Ja auch, wobei, ich habe vorher genauso viel gemacht, wie jetzt auch, nur die Themen waren
1054 andere.“
- 1055 I2: „Mhmm, okay. Wie sind die Themen anders? Sind die jetzt irgendwie alltagspraktischer oder
1056 trotzdem relativ gleich?“
- 1057 B3: „Also die Themen gehen viel um Tagesstrukturierung, weil die Tagesstruktur ein Stück weit
1058 weggefallen ist (...).“
- 1059 I2: „Mhm.“
- 1060 B3: „Genau, und vorher ging es häufig eher um das System Schule an sich oder wie passe ich darein?
1061 Wie kriegen wir das hin, dass das Kind trotzdem gestärkt aus der Schule rausgeht oder das
1062 mitkommt? Während Corona ging es tatsächlich eher darum, wie kriege ich hin, dass mein Kind
1063 morgens die Hausaufgaben macht? Wie kriegen wir es organisiert? Mit allem Drum und Dran.“
- 1064 I2: „Okay, ja, ich finde das war jetzt ein schönes positives Beispiel auch mit sehr aktuellem Inhalt,
1065 jetzt will ich fast gar nicht zum negativen Beispiel kommen, aber wir machen es trotzdem, hättest du
1066 denn ein negatives Beispiel aus deinem Arbeitsalltag, wo es schwer wird, die niederländischen
1067 Kompetenzen anzuwenden?“
- 1068 B3: „Ja, ja das habe ich. Tatsächlich für das UNTERNEHMERISCH TÄTIG SEIN, da fällt es drunter, wenn
1069 man nochmal Kurse irgendwie anbieten will, oder etwas ohne Rezept machen möchte, ohne
1070 Verordnung, dann ist es unglaublich schwer, jemanden zu finden, beziehungsweise, den richtigen
1071 Topf zu finden.“
- 1072 I2: „Mhmm.“
- 1073 B3: „Ja, dann rennt man von der einen Stelle zur anderen Stelle, man ruft bei der Kommune an, die
1074 sagen, ja da gibt es das Inklusionsgesetz, da können wir darüber auch laufen lassen, aber ich weiß
1075 nicht genau, wer dafür jetzt zuständig ist, da muss ich erstmal nachfragen. Dann kommt zwei, drei
1076 Wochen keine Rückmeldung, man ruft nochmal an, das ist einfach sehr zeitaufwendig, um dann
1077 rauszufinden, dass die Strukturen da nicht klar sind, und dass man von einem zum anderen
1078 weitergeleitet wird.“
- 1079 I2: „Okay.“
- 1080 B3: „Weshalb so ja viele Projekte auch einfach scheitern, weil es niemanden gibt, der sie finanziert.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 1081 I2: „Das heißt, deine Rolle in der Situation war, erstmal zu überlegen, was will ich machen? Gibt es da
1082 einen Initiator und dann weiterhin sich aber auch darum dann zu kümmern.“
- 1083 B3: „Genau, also das Initiieren ist meistens nicht das Problem, oder die Ideen zu haben, es gibt ja
1084 auch genug Konzepte, die man nutzen kann, ist es „Der Stiftprofi“, ist es das „Tatkraft“, da gibt es
1085 ja verschiedene Sachen, aber keine hat bis jetzt einen Weg gefunden, wie es außerhalb einer
1086 Verordnung finanziert werden kann.“
- 1087 I2: „Okay.“
- 1088 B3: „Oder eine individuelle Lösung, wenn man jemanden kennt, dann gibt es vielleicht einen Topf
1089 dafür, aber da ist ja auch der Berufsverband dran, auch die, ist ja jetzt relativ neu, den Fachausschuss
1090 „Prävention und Gesundheitsförderung“, die da jetzt auch gucken wollen, was für bundesweit
1091 einheitliche Struktur oder bundesweit einheitliche Strukturen gibt da, wie kommt man an diese
1092 Töpfe ran?“
- 1093 I2: „Mhmm, okay. Wie bist du da methodisch vorgegangen? Auch um dann zu versuchen quasi,
1094 unternehmerisch tätig zu werden?“
- 1095 B3: „Ja, also erstmal zu gucken, ist ein Bedarf da, das merken wir, indem wir Anmeldungen kriegen,
1096 die Zeit ist ja jedes Jahr ähnlich, so um die Herbstferien rum, wenn dann die Erstklässler in der Schule
1097 waren und man feststellt mit dem Schreiben läuft es nicht so und da ist nochmal ein Boom wo viele
1098 anrufen und fragen, mein Kind hat mit dem Schreiben so Probleme, können wir wegen der
1099 Feinmotorik oder so kommen? Ja, also wegen Feinmotorik kommen sie nicht, sondern sie kommen
1100 dann eher wegen dem Schreiben. Wir arbeiten eher betätigungsorientiert, (...)“
- 1101 I2: „Ja.“
- 1102 B3: „... aber, wenn das dann geklärt ist, da hat man andere wo man merkt, da ist Bedarf da und wir
1103 werten aus, da können wir in der Einzelsituation gar nicht alles abdecken, wenn er dann in der
1104 Woche 20 neu Anmeldungen geht nicht. Ja, oder auch im Februar ist nochmal so hoch, wenn dann
1105 die Schuluntersuchungen hier sind, dass dann eben vermehrt nochmal die Feinmotorik, ich sag jetzt
1106 mal Feinmotorik, gefragt wird und da sieht man eben, dass ein Bedarf da ist und dann ist natürlich
1107 die Frage: Okay, wie kann man es über eine Gruppe lösen, was ja aber nicht so unbedingt
1108 UNTERNEHMERISCH TÄTIG sein so ist, weil das läuft halt wieder über Verordnungen, der Preis ist
1109 festgelegt (...)“
- 1110 I2: „Mhmm.“
- 1111 B3: „Ja, genau und dann kann eben nochmal gucken, ist dann die Idee: Okay, die kommen ja alle aus
1112 dem Kindergarten, sind ja nochmal nach der Schuluntersuchung ein halbes Jahr im Kindergarten, die
1113 Kindergärten dann anzuschreiben: Hey, habt ihr Interesse an einem Feinmotorik oder „Wir machen
1114 fit für die Schule“ Kurs.“
- 1115 I2: „Ja.“
- 1116 B3: „Dann schaut man eben, was gibt's da so für Konzepte, man muss ja nicht immer alles neu
1117 erfinden, stellt es da vor, ich guck immer, dass ich eine PowerPoint auf dem Tablet habe, gehe dahin,
1118 stelle es vor, die sagen alle: Ja, finden wir super, dann geht man ins Gespräch, guckt, wie läuft es, wie
1119 kann es finanziert werden und da bleibt man meistens stecken.“
- 1120 I2: „Okay, ja.“
- 1121 B3: „Ja, wo man dann doch häufig wieder zur Verordnung zurückkommt, dass man sagt okay, die
1122 Kinder brauchen dann eben eine Verordnung und dann (...)“
- 1123 I2: „Das klingt so ein bisschen danach, als wäre das schon öfter passiert, nicht nur einmal.“
- 1124 B3: „Ja, das ist, tatsächlich, ja, das ist so. Genau, aber ich war schon in Lingen, da war das Glück noch,
1125 dass es ein Integrativkindergarten war, die haben nochmal ein anderes Budget (...)“
- 1126 I2: „Mhmm.“
- 1127 B3: „Da hatten die das dann über das Budget von den integrativen Kindern, dass auch die anderen
1128 Kinder teilnehmen konnten, aber das ist ja nicht, wie es sein soll.“
- 1129 I2: „Ja. Ja, genau, klar. Wenn dann (...)“
- 1130 B3: „Genau, hier ist es jetzt tatsächlich momentan schwierig sowas. Ja das braucht einfach, bis es
1131 genug Leute kennen und ich bin jetzt erst ein Jahr hier (...)“
- 1132 I2: „Ja, okay.“
- 1133 B3: „Ich glaube, da braucht man einfach nochmal persönliche Connections, statt Methodik.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 1134 I2: (lacht) „Also doch wieder individuell.“
- 1135 B3: „Ja. Wobei, ich bin dabei auch so ein paar Folien zu erstellen, mit Sachen, das können wir noch
- 1136 zusätzlich anbieten, da eine Kalkulation zu machen, eben zu gucken, wie viel Zeit brauche ich für die
- 1137 Vorbereitung, wie viel Zeit brauche ich vor Ort, wie viel Fahrtkosten, und dann eben ein Angebot
- 1138 machen zu können und dann muss die Kommune, der Kindergarten entscheiden, haben wir das Geld
- 1139 oder nicht?“
- 1140 I2: „Ja.“
- 1141 B3: „Ja, und das wäre natürlich schön, wenn sowas auch vom Verband oder so schon gibt, dass man
- 1142 es nicht alles individuell machen muss, sondern dass es heißt: Okay, das ist ein Programm, das
- 1143 könnte man in Kindergärten anwenden. So geht man vor, so kalkuliert man das.“
- 1144 I2: „Das ist schon fast so ein bisschen Gemeinwesen orientierte Ergotherapie.“
- 1145 B3: „Ja, genau.“
- 1146 I2: „Okay, ja. Das heißt das Ergebnis von der oder den Situationen war jetzt quasi Stagnation?“
- 1147 B1: „Genau, ja. Es wird weiterhin werden, hoffentlich.“
- 1148 I2: „Okay, aber du klingst auch so, als würdest du dran bleiben wollen, es ist dir schon wichtig.“
- 1149 B3: „Man fragt immer wieder nach, aber man muss sich drauf einstellen, dass es nichts ist wo man
- 1150 jetzt sagt, das gehe ich jetzt an und läuft jetzt vier Wochen, sondern es ist eher was, das läuft in
- 1151 einem Jahr oder in zwei Jahren, das ist natürlich alles (...) Der Schlüssel ist, wenn dann mal Geld da
- 1152 ist.“
- 1153 I2: „Okay, wie schätzt du denn da in den Situationen dein professionelles Handeln ein?“
- 1154 B3: „Schwierig (...) Schwierig, so eine Kalkulation die haben wir weder im Studium, noch in der
- 1155 Ausbildung gelernt, das sind so Sachen, da, ja (...), liest man sich so ein bisschen was an und macht so
- 1156 gut man kann. Was ich glaube, was ich gut kann, ist es dann zu verkaufen vor Ort aber professionelles
- 1157 Handeln, wie gehe ich da jetzt genau vor (...) Schwierig.“
- 1158 I2: „Und wenn du jetzt mal so an Konzept schreiben zum Beispiel denkst, das war ja der Inhalt schon
- 1159 vom Studium (...)“
- 1160 B3: „Ja, klar“
- 1161 I2: „... hat dir das geholfen?“
- 1162 B3: „Ja klar, also ohne Konzept brauche ich so nicht hingehen. Ich brauche ja auch ein Konzept, was
- 1163 ist es, wie lange brauche ich, was kostet es, was für Personal, was für Räumlichkeiten, das muss alles
- 1164 stehen. Das ist Grundvoraussetzung, vorher brauche ich nicht aus der Praxis rauszugehen und
- 1165 irgendwo anfragen.“
- 1166 I2: „Mhmm, ja klar. Genau, okay. Wie war denn die Rückmeldung von den anderen bezüglich deines
- 1167 Handelns?“
- 1168 B3: „Die Kindergärten, klar, sie haben Interesse dran, Die Finanzierung ist das Problem und das wo
- 1169 auch im Bürgerbüro da niemand genau einem sagen kann, wer wofür zuständig ist und wo man sich
- 1170 weiter hinwendet.“
- 1171 I2: „Mhmm.“
- 1172 B3: „Was wir jetzt probiert haben, ist dann über Karikative, also eine karikative Einrichtung zu gehen,
- 1173 also (...). Wann haben wir die denn angeschrieben? Ich glaube die Caritas und die Diakonie und die
- 1174 Kirche, ob die nicht Lust haben, sowas zu finanzieren.“
- 1175 I2: „Okay, und gab es schon eine Rückmeldung?“
- 1176 B3: „Noch gar nicht, ne.“
- 1177 I2: „Okay, ja, würdest du in Zukunft denn in ähnlichen Situationen denn anders vorgehen? Also ein
- 1178 anderes Vorgehen hast du ja gerade geschildert, dass ihr nach anderen Quellen quasi Finanzierungen
- 1179 sucht. Gäbe es denn sonst noch etwas, wo du dir denkst, wenn ich das nochmal mache, mache ich
- 1180 das und das anders.“
- 1181 B3: „Ich habe jetzt teilgenommen an der Fachausschusssitzung vom DVE, die ja auch gut dabei sind,
- 1182 so ein Konzept oder so ein Programm zu schreiben, so gehe ich da vor. Genau, das ist etwas, wo ich
- 1183 noch weiter dranbleiben will, das weiterverfolgen will, um einfach zu gucken, was gibt es noch? Es
- 1184 gibt mittlerweile auch eine Liste, mit allen Projekten, die anders finanziert werden, als von der
- 1185 Krankenkasse. Und da kann man dann eben mit den Leuten auch nochmal in Kontakt gehen, wie

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

- 1186 haben die das denn eigentlich gemacht, aber da habe ich jetzt auch noch nicht die Zeit dazu
1187 gefunden, das zu machen.“
- 1188 I2: „Ja, meistens ist zweites oft der Faktor.“
- 1189 B3: „Ja, Zeit, die man bezahlt kriegt.“
- 1190 I2: „Ja. (lacht) Ja.“
- 1191 B3: „Sonst ist es meistens nicht so, dass Problem. Aber alles will man ja auch nicht in seiner Freizeit
1192 machen.“
- 1193 I2: „Ja, genau, okay. Ja, dann wären wir auch schon hier wieder abschließend bei den Kompetenzen,
1194 welche Kompetenzen siehst du denn bei dir selbst in dieser Situation, die du anwenden konntest und
1195 dann auch noch, welche du angewandt hättest, wenn du die Möglichkeit gehabt hättest?“
- 1196 B3: „Mhmm, ich glaube, es kommen fast alle Kompetenzen zu tragen. Okay, also SCREENEN jetzt
1197 vielleicht nicht, obwohl auch da wählt man dann ja auch die Kinder aus, die an den Programmen
1198 teilnehmen, wobei das machen dann wahrscheinlich meistens die Erzieherinnen. Genau, auf jeden
1199 Fall das UNTERNEHMERISCH TÄTIG SEIN, QUALITÄT GEWÄHRLEISTEN in dem man irgendwelche
1200 Konzepte findet, die auch evidenzbasiert sind, so kann man da eben vorgehen. ERNEuern, indem
1201 man was Neues probiert, neue Wege geht. Klar, auch wieder ein Stück weit BERATUNG, eventuell
1202 dann, wenn das Konzept dann, oder das Programm dann startet, dass man in den Kindergärten die
1203 Erzieher mit dazu nimmt, dass man da nochmal berät, welche Übungen wären denn noch sinnvoll
1204 und wo kann man noch weitermachen? Wäre nochmal eine Möglichkeit.“
- 1205 I2: „Ja.“
- 1206 B3: „Klar, BEHANDELN UND BEGLEITEN, wobei BEHANDELN UND BEGLEITEN finde ich im
1207 Gruppenkonzept schwieriger, weil das ist finde ich, schon was sehr Individuelles, und in der Gruppe
1208 steht ja schon das Gruppenziel eher im Vordergrund.“
- 1209 I2: „Ja, das stimmt. Das ist eine andere Form des BEHANDELN UND BEGLEITEN.“
- 1210 B3: „Genau, ist eine andere Form, ja.“
- 1211 I2: „Ja, okay. Was sind denn da für hemmende und fördernde Faktoren in dieser Situation mit dem
1212 UNTERNEHMERISCH TÄTIG SEIN? Dort, finanziell hemmend haben wir gehört (...).“
- 1213 B3: „Ja. Genau, finanziell hemmend, förderlich ist das auf jeden Fall, wenn man Zeit bekommt dafür,
1214 eben, so Konzepte zu erstellen, zu erarbeiten oder zu schreiben, wenn man sich die auch während
1215 der Arbeitszeit nehmen kann ist förderlich, auf der anderen Seite ist das auch hemmend, wenn man
1216 sie nicht bekommt, dann macht man es halt nicht.“
- 1217 I2: „Okay, das heißt, du hast sie teilweise gekriegt, wenn du sagst, du würdest es nicht machen, wenn
1218 du sie nicht haben würdest?“
- 1219 B3: „Ja genau, also mittlerweile ein Stück weit schon, denn man will ja auch zufrieden sein, wenn es
1220 was ist was man machen möchte, macht man natürlich, gibt man dann natürlich auch ein bisschen
1221 was dazu (...).“
- 1222 I2: „Mhmm.“
- 1223 B3: „... aber, wenn ich da gar keine Unterstützung bekomme, dann würde ich so aufhören.“
- 1224 I2: „Mhmm, okay. Also es ist von deinem Arbeitgeber schon auch gewünscht, dass du in die Richtung
1225 denkst und weiterarbeitest?“
- 1226 B1: „Nicht unbedingt gewünscht, aber ich möchte es machen. Genau, also wir haben Teamsitzung
1227 und da kommuniziere ich das so ein bisschen auch ganz klar, dass (...) Es gibt genug offene Stellen
1228 und wenn ich nicht so arbeiten kann, wie ich will, dann gehe ich woanders hin.“
- 1229 I2: „Ja.“
- 1230 B3: „Da bin ich mittlerweile so, dass ich sage (...).“
- 1231 I2: „Mhmm, ja. Okay, dann ja, wäre es von unserer Seite der Abschluss eigentlich, wir wären soweit
1232 durch, vielen Dank für deine Antworten. Ich fand das sehr interessant, auch eben mit dem
1233 momentanen Beispiel quasi, mit der Beratung die momentan stattfindet auch und auch
1234 unternehmerisch tätig sein, das haben wir jetzt auch noch nicht so gehört, auch, was da die
1235 Schwierigkeiten für dich sind, genau. Ja, hast du denn noch Ergänzungen oder Nico, hast auch noch
1236 du Ergänzungen? Frage an beide.“
- 1237 B3: „Ich habe erstmal keine.“
- 1238 I1: „Ich bin auch wunschlos glücklich.“

Niederländische ergotherapeutische Berufskompetenzen in Deutschland

1239 I2: (lacht)
1240 I1: „Danke dir, ja.“
1241 B3: „Okay, gern.“
1242 I2: „Ja, vielen, vielen Dank. Okay, wir würden die Bachelorarbeit dann als Dankeschön zuschicken,
1243 wenn du das möchtest.“
1244 B3: „Gern, ja.“
1245 I2: „Okay, dann kannst du zwischen November und Februar darauf quasi gespannt sein.“
1246 B1: „Okay.“
1247 I2: „Ich weiß noch nicht genau, wann wir sie losschicken dürfen.“
1248 B3: „Okay gut, dann euch viel Spaß noch.“
1249 I2: „Ja Dankeschön, schönen Abend und Danke nochmal für das Interview.“
1250 B1: „Ja, Dankeschön.“
1251 I1: „Danke, Ciao.“
1252 B3: „Tschüss.“
1253
1254
1255
1256
1257
1258
1259
1260
1261
1262
1263
1264
1265
1266
1267
1268
1269
1270
1271
1272
1273
1274
1275
1276
1277
1278
1279
1280
1281
1282
1283
1284
1285
1286
1287
1288
1289
1290
1291

Anlage 12 | Vorgehen der qualitativen Analyse

Fal	S	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	Kategorien
I	5	.				
1	4	165-173	wir müssen an der Schule noch immer sehr viel Handwerk unterrichten, dadurch, dass das vom Land Niedersachsen so vorgegeben ist. Wir selber würden gerne viel weniger Handwerk machen, wir finden das Ergotherapie viel, viel mehr ist und gerade die ganzen aktuellen Entwicklungen viel mehr in den Unterricht mit rein müssten, aber wir müssen eben so eine gewisse Stundenanzahl an verschiedenen Handwerken eben durchführen, weil das gesetzlich so vorgegeben ist. Ich überlege nur gerade welche Kompetenz das wäre, genau, wahrscheinlich Behandeln und Beraten, dass eben Handwerk eigentlich in der Ergotherapie gar nicht mehr so den hohen Stellenwert hat, sondern höchstens dann in der funktionellen Behandlung dann eingesetzt wird.	Wir müssen viel Handwerk unterrichten, weil das Land Niedersachsen das vorgibt. Wir würden gerne weniger machen, wir finden das die Ergotherapie mehr kann und die aktuellen Entwicklungen mehr in den Unterricht müssen. Wir müssen aber eine gewisse Stundenanzahl Handwerk machen. Ich glaube das ist die Kompetenz Behandeln und Begleiten. Dass das Handwerk in der Ergotherapie gar nicht mehr einen hohen Stellenwert hat, sondern höchstens in der funktionellen Behandlung.	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgrund von gesetzlichen Vorgaben muss das Handwerk unterrichtet werden - Aktuelle Entwicklungen einschließen lassen - Handwerk hat keinen hohen Stellenwert mehr 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsgewährlesten
1	4	185-195	wir machen das im zweiten und dritten Ausbildungsjahr so, dass wir nicht nur eine praktische Prüfung im Handwerk machen, sondern dass die Lernenden	Im zweiten und dritten Ausbildungsjahr gibt es nicht nur eine praktische Prüfung im Handwerk, sondern die	<ul style="list-style-type: none"> - Praktische Prüfung werden mit Behandlungsplanung kombiniert. - Behandlungspräferenzen liegen nicht beim Handwerk, sondern bei alltagsorientierte/evidenzbasierte 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsgewährlesten

Anlage 13 | Rückbildung der Kategorien

Gruppe	Fall	S	Zeile	Aussage
Qualitätsgewährleisten	1	4	165-173	wir müssen an der Schule noch immer sehr viel Handwerk unterrichten, dadurch, dass das vom Land Niedersachsen so vorgegeben ist. Wir selber würden gerne viel weniger Handwerk machen, wir finden das Ergotherapie viel, viel mehr ist und gerade die ganzen aktuellen Entwicklungen viel mehr in den Unterricht mit rein müssten, aber wir müssen eben so eine gewisse Stundenanzahl an verschiedenen Handwerken eben durchführen, weil das gesetzlich so vorgegeben ist. Ich überlege nur gerade welche Kompetenz das wäre, genau, wahrscheinlich Behandeln und Beraten, dass eben Handwerk eigentlich in der Ergotherapie gar nicht mehr so den hohen Stellenwert hat, sondern höchstens dann in der funktionellen Behandlung dann eingesetzt wird
	1	4	185-195	wir machen das im zweiten und dritten Ausbildungsjahr so, dass wir nicht nur eine praktische Prüfung im Handwerk machen, sondern dass die Lernenden auch zu diesem Handwerk eine Behandlung konzipieren sollen und dazu muss jeder Kollege immer Fallbeispiele schreiben, und ich sitze da immer mit meinen Neurofallbeispielen und denke dann jedes Mal „Ja, okay, man könnte Handwerk machen, aber ich würde viel lieber, oder ich würde viel eher alltagsorientiert arbeiten oder eben mit CIMT oder so in die Richtung, weil das viel erfolgsversprechender ist als wenn ich dann einen Peddighrohrkorb flechte mit einem Schlaganfallklienten, das ist natürlich sowieso blödsinnig, aber ich finde generell in der Neuro würde ich Handwerk zu 99% nicht machen und ich muss es aber mit den Schülern durchgehen, weil es eben von der Landesschulbehörde so gefordert wird und denke jedes Mal, es wäre eigentlich schwachsinnig, das so zu machen
	1	4	205-2010	Ich muss natürlich immer schauen, dass das mit dem Handwerk zusammenpasst, dass das mit den Zielen die ich dazu schreibe zusammenpasst, dass das also ein roter Faden, eine runde Sache ist und wenn man da so eine Weile dran sitzt, dann hat man irgendwann selber nicht mehr den Blick so ganz dafür, aber da sind wir im Team zum Glück so, dass wir sagen: „Schaut du dir den Fall mal eben an? Ist das so logisch? Habe ich was übersehen?“ oder so und dann geht das auch wieder.“
	2	11	555-564	Ja, also das Universitätsklinikum (geändert) ist recht speziell, damals ging es darum, den Bereich „Berufliche Rehabilitation“ aufzubauen, in Bezug auf Adoleszenten mit Borderlineerkrankungen und das wiederum war verknüpft mit der Gemeindepsychiatrie mit den Kollegen dort, das war

Anlage 14 | Aufruf zum Membercheck



ergo kompetenzen
So, 18.10.2020 07:47

An: [Redacted]



Guten Morgen,

anbei das Transkript für den Membercheck. Falls etwas geändert werden soll, lass es uns bitte Wissen ☐

Beste Grüße
Nico & Judith

[Antworten](#) | [Weiterleiten](#)