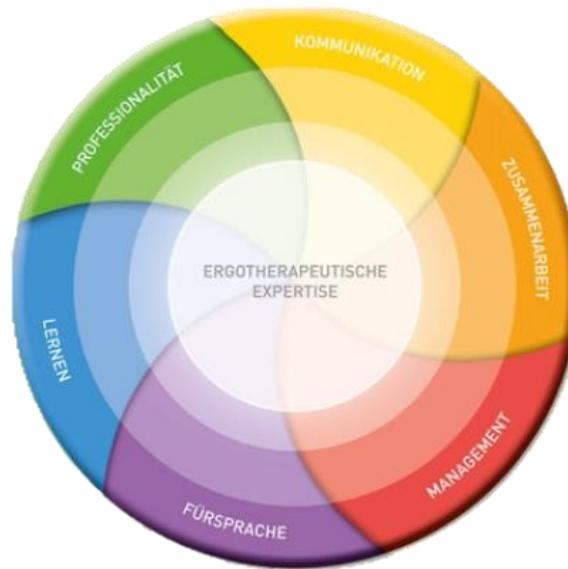


Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie  
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool



**Eine quantitative Studie zur Umsetzung der Domäne “ergotherapeutische Expertise” im  
Kompetenzprofil des DVE (2019)**

Autorenschaft:

Lisa Eisenberger 2106292

Stella Klinkenberg 2106509

Chiara Schaller 2100790

Begleiterin:

Nicole Kaldewei

September 2022



Fragestellung:

*Welche Kompetenzen der Domäne “ergotherapeutische Expertise” des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019) setzen Berufseinsteiger\_innen mit deutschem Bachelorabschluss der Ergotherapie in ihrer praktischen Tätigkeit um?*

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie

Bachelorstudiengang C15 der Zuyd Hogeschool, Heerlen

Bachelor of Science

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

# **Vorwort und Danksagung**

---

## **Vorwort**

Die vorliegende Bachelorarbeit wurde im Rahmen des Vollzeitstudiengangs zur Erlangung des Bachelor of Science an der Zuyd Hogeschool Heerlen, Niederlande, 2022 verfasst.

In einem Beruf wie dem der Ergotherapie, welcher sich bis zum heutigen, zeitgenössischen Paradigma stetig weiterentwickelt, ist den Forscherinnen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsidentität, sowie der Vertretung dieser, äußerst wichtig.

Grundlage der Forschungsarbeit stellt das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019) dar.

## **Danksagung**

Wir danken allen Ergotherapeut\_innen für die Teilnahme an unserer Studie und dem somit geleisteten Beitrag zu dieser Forschungsarbeit.

Ein herzlicher Dank gilt unserer Bachelorbegleiterin Nicole Kaldewei für die stetige Unterstützung, ihre richtungsweisenden Fragen und Zuspruch gebenden Worte während des Entwicklungsprozesses dieser Arbeit.

Ebenso sprechen wir unseren Dank an unsere Pretester\_innen, unseren Korrekturleserinnen Sina Finke und Diana Peter sowie unseren Abstract Übersetzerinnen Gaby Lauscher-Drees und Jolene Lah aus.

# **Lesehinweise**

---

## **Abkürzungen**

Fachterminologie sowie auch genannte Verbände werden bei erster Nennung ausgeschrieben. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird lediglich die Abkürzung benutzt. Alle Abkürzungen dieser Art sind alphabetisch geordnet im Abkürzungsverzeichnis zu finden.

Abkürzungen wie z.B., Bsp., bspw., bzw., etc., werden als bekannt vorausgesetzt und nicht zusätzlich ausgeschrieben sowie aufgeführt.

## **Hervorhebungen**

Fachbegriffe, Fremdwörter sowie Eigennamen werden bei erstmaliger Nennung *kursiv* geschrieben und lassen sich weiterhin im Glossar einsehen. Dies gilt auch für die Verwendung der Forschungsfrage, welche weiterhin fortlaufend in Anführungszeichen gesetzt wird.

## **Graphische Darstellungen**

Alle verwendeten Tabellen sind numerisch beschriftet und lassen sich im Tabellenverzeichnis wiederfinden. Soweit es sich um eine Tabelle ohne Quellenangabe handelt, beruht diese auf eigener Darstellung der Forscherinnen.

## **Querverweise**

Um Leser\_innen auf gezielte Stellen aufmerksam zu machen, werden Verweise auf Kapitel (Kap.), Tabellen (Tab.) oder Anlagen (siehe Anlage) mit einem Verweispfeil in Klammern gesetzt und dementsprechend abgekürzt.

→Kap. 1 – Hinweis auf Kapitel 1

→Anl. 1 – Hinweis auf Anlage 1

→Tab. 1 – Hinweis auf Tabelle 1

## **Zitate**

Zitate erfolgen in der Form des Zitationsstils nach APA 7 (American Psychological Association, 2020). Hierbei finden sich im Fließtext Kurzbelege der Fachterminologie, in denen

die Autor\_innen und das Erscheinungsjahr genannt werden. Die Angaben im Literaturverzeichnis geben die vollständig genutzte Quelle wieder.

### **Gendern**

Zur Förderung der Gleichstellung, der Vielfalt und des Einbezugs jeglichen Geschlechts werden Geschlechtsneutrale Formen wie “Teilnehmende” oder genderte Formen wie “Teilnehmer\_innen” präferiert. Hierbei dient der Unterstrich als Gender-Gap. Dabei orientieren sich die Forscherinnen am Gender Equality Plan/Gleichstellungsplan der Zuyd University of Applied Sciences (2022). Das Gendern entfällt bei zusammengesetzten Wörtern, jedoch sind auch hierbei alle Geschlechter mit einbezogen.

### **Personenbezeichnungen innerhalb der Studie**

Als Forscherinnen werden hier die Autorinnen der Bachelorarbeit benannt. Auf Genderaspekte wurde hierbei verzichtet, da sich alle Forscherinnen dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben sehen.

## Abkürzungsverzeichnis

CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COTEC	Council of Occupational Therapists for Europe Countries
DBL	Deutscher Bundesverband Logopädie e.V.
DIZ	Discovery Information Sources Zuyd
DVE	Deutscher Verband Egotherapie e.V.
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
EBP	Evidence based practice
ErgThAprV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
ErgThG	Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Egotherapeuten (Ergotherapeutengesetz)
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
FEW	Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung
FQR-ThGFB	Interdisziplinäre hochschulische Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie

HVG	Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFK	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V.
M-ABC	Movement Assessment Battery for Children
MOHO	Model of Human Occupation
OSA	Occupational Self Assessment
OT	Occupational Therapy
PASS	Peer Assisted Study Sessions
PubMed	Public Medicine
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WMA	World Medical Association

## Abstract

---

### Deutsch

**Einleitung:** Im Rahmen der angestrebten Akademisierung der Ergotherapie in Deutschland wurde das „Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE“ 2019 veröffentlicht. Die Forscherinnen stellten sich hierzu die Frage: „Welche Kompetenzen der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019) setzen Berufseinsteiger\_innen mit deutschem Bachelorabschluss der Ergotherapie in ihrer praktischen Tätigkeit um?“

**Methode:** Die Forscherinnen entschieden sich für ein exploratives, quantitatives Forschungsdesign. Hierfür wurde ein Online-Fragebogen entwickelt und über Questback veröffentlicht.

**Ergebnisse:** Die erhobenen Resultate zeigen, dass Berufseinsteiger\_innen die Mehrzahl der Kompetenzen aus der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ in ihrer beruflichen Praxis umsetzen. Ressourcen, die sich positiv auf die Umsetzung auswirken, sind ausreichende Vor- und Nachbereitungszeit, das eigene Interesse und Motivation, sowie ein gutes theoretisches Wissen.

**Schlussfolgerung:** Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass die Domäne „ergotherapeutische Expertise“ des Kompetenzprofil DVE (2019) von Berufseinsteiger\_innen in der Berufspraxis umgesetzt werden kann.

## **English**

**Introduction:** As Germany is aiming for the academization of health care professions, the “competency profile occupational therapy of the DVE” was published in 2019. The purpose of this study is to find out which competencies of the domain “occupational expertise” are implemented by newly graduated occupational therapists with a German bachelor’s degree into their daily practice.

**Method:** An explorative quantitative study design was chosen. A questionnaire was developed. The online survey was published via Questback.

**Results:** The results have shown that the majority of newly graduated occupational therapists are able to implement the individual competencies of the domain “occupational expertise” into their daily practice. Identified resources for implementation were enough preparation time, a high interest and motivation in using the competencies and a solid theoretical knowledge.

**Conclusion:** The domain “occupational expertise” of the competency profile is implemented by newly graduated occupational therapists and can be implemented into daily practice.

## **Nederlands**

**Inleiding:** In het kader van de voorgenomen academisering van de ergotherapie in Duitsland is het "Competentieprofiel ergotherapie van de DVE" 2019 gepubliceerd. Het te onderzoeken vraagstuk was: "Welke competenties van het domein "ergotherapeutische expertise" van het competentieprofiel ergotherapie van de DVE (2019) worden in hun praktijkwerk geïmplementeerd door jonge professionals met een Duits bachelordiploma ergotherapie?"

**Methode:** De onderzoekers hebben gekozen voor een exploratieve, kwantitatieve onderzoeksopzet. Daartoe werd een online-vragenlijst ontwikkeld en via Questback gepubliceerd.

**Resultaten:** Uit de resultaten blijkt dat starters in het beroep in het beroep het merendeel van de competenties uit het domein "ergotherapeutische expertise" in hun beroepspraktijk toepassen. Middelen die een positief effect hebben op de uitvoering zijn voldoende voorbereidingstijd en follow-up, de eigen belangstelling en motivatie, alsmede een goede theoretische kennis.

**Conclusie:** Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat het domein "ergotherapeutische expertise" van het competentieprofiel DVE (2019) door jonge professionals kan worden geïmplementeerd in hun beroepspraktijk.

## **Informative Zusammenfassung**

---

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Umsetzung der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ aus dem Kompetenzprofil des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V. (DVE) von 2019. Dieses gilt als erster Entwurf zur Erlangung eines Konsenses über die Kompetenzen von Ergotherapeut\_innen. Das übergeordnete Ziel ist dabei, die Kompetenzniveaus entsprechend den unterschiedlichen Anforderungen der komplexen Handlungsfelder des Berufes darzustellen (Berding et al., 2019). Das Kompetenzprofil gliedert sich in sieben Domänen: Kommunikation, Zusammenarbeit, Management, Fürsprache, Lernen, Professionalität sowie die Domäne der ergotherapeutischen Expertise. Letztere verknüpft alle umliegenden Domänen miteinander und bildet somit die Basis, welche eine Ausbildung der jeweils anderen Domänen impliziert, um somit „umfassend beruflich kompetent“ handeln zu können (Berding et al., 2019).

Ziel der Forscherinnen war es, die ergotherapeutische Expertise in ihrer Umsetzung näher zu betrachten. Durch die Kennzeichnung des Profils für Berufseinsteiger\_innen mit Bachelorabschluss (Berding et al., 2019), dienten als Zielgruppe Berufseinsteiger\_innen mit deutschem Bachelorabschluss und einer Berufserfahrung von maximal zwei Jahren. Die Studie stellt ein quantitatives Forschungsdesign dar und wurde mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mit einer Teilnehmeranzahl von n=7 und stellt sich somit als eingeschränkt repräsentativ für die gewählte Zielgruppe dar.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Erfassen von Betätigungsproblemen sowie der Ressourcen und Barrieren von Klient\_innen, die Zielsetzung, die Evaluation des Therapieprozesses und die Ausrichtung der Therapie an der Teilhabe, Lebensqualität und dem Wohlbefinden der Klient\_innen bereits umgesetzt wird. Betrachtet man die erhobenen Förderfaktoren und Barrieren, gelingt diese Umsetzung durch eine hohe Eigenmotivation der Therapeut\_innen sowie theoretisches Fachwissen über Möglichkeiten zur Umsetzung dieser Bereiche innerhalb des Therapieprozesses. Barrieren ließen sich bei der Durchführung einer ergotherapeutischen Diagnostik, der Einbeziehung von Klient\_innen in die Therapieplanung, der Anwendung des professionellen Reasonings sowie des evidenzbasierten Arbeitens feststellen. Beeinflussend wirken hierbei unzureichende Vor- und Nachbereitungszeit, die Therapeut\_in-Klient\_in Beziehung sowie institutionelle Vorgaben und die Vermittlung über die Hochschulen.

# Inhaltsverzeichnis

---

1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1 Ergotherapeutisches Paradigma .....	5
2.2 Rahmenbedingungen.....	7
2.3 Kompetenzbegriff .....	9
2.4 Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE .....	12
2.5 Domäne der ergotherapeutischen Expertise.....	14
3 Methode .....	18
3.1 Literaturrecherche .....	18
3.2 Design .....	21
3.3 Operationalisierung .....	23
3.4 Stichprobenerhebung .....	26
3.5 Datenerhebung .....	27
3.5.1 Art der Datenerhebung .....	27
3.5.2 Durchführung der Datenerhebung.....	32
3.6 Datenaufbereitung .....	33
3.7 Datenanalyse .....	35
3.8 Ethische Prinzipien .....	36
4 Resultate .....	39
5. Diskussion .....	64
6. Schlussfolgerung .....	74
6.1 Ausblick .....	74

Literaturverzeichnis .....	75
Glossar .....	85
Tabellenverzeichnis .....	91
Abbildungsverzeichnis .....	92
Anlagenverzeichnis .....	93
Anlagen.....	94

### 1 Einleitung

Ob von Klient\_innen, Freunden oder Familie - die Frage "Was machst du als Ergotherapeut\_in?" begegnet Angehörigen dieses Berufes immer wieder. Dabei führt nicht zuletzt der Paradigmenwechsel vom mechanistischen *Paradigma*, bei dem die biomedizinische Sicht und die Herstellung der Körperfunktionen im Vordergrund standen, hin zum zeitgenössischen Paradigma, bei dem der Fokus wieder auf dem holistischen Ansatz und der Betätigung liegt, zu diesen Annahmen (Scholz-Minkwitz & Minkwitz, 2013). Die Abgrenzung zu anderen Professionen erfolgt dabei durch die wissenschaftliche Begründung des methodischen Handelns (FQR-ThGFB, 2013) und die kompetente Darstellung der eigenen Fähigkeiten, vor allem innerhalb eines interprofessionellen Teams (Harms et al., 2018). Dafür greifen Ergotherapeut\_innen anderer Länder, zum Beispiel in den Niederlanden, auf die Berufskompetenzen der Ergotherapie zurück. Diese ermöglichen es ihnen, sich mittels ihrer Berufsidentität von anderen Professionen abzugrenzen (Kaldewei, 2019).

Ergotherapeut\_innen sind ein essenzieller Bestandteil des Gesundheitssystems und werden aufgrund der Zunahme an psychischen und neurologischen Erkrankungen und der steigenden Anzahl an älteren Menschen immer mehr gebraucht (Bündnis Therapieberufe, 2019). Mit der Zunahme des Bedarfs und der Komplexität der Krankheitsbilder, steigen jedoch auch die Anforderungen an das therapeutische Handeln und Wissen (Bündnis Therapieberufe, 2019). Wie auch im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert ist, muss die Patientenversorgung den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnissen entsprechen (Bündnis Therapieberufe 2020). Das therapeutische Wissen muss kontinuierlich an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden und Therapeut\_innen sollten evidenzbasiert arbeiten. Die Ausbildung zu wissenschaftlich reflektierenden Therapeut\_innen kann jedoch an Berufsfachschulen nicht gewährleistet werden (Bündnis Therapieberufe, 2019). Um somit auf lange Sicht eine qualitativ hochwertige Therapie gewährleisten zu können, benötigt es einen einheitlichen Ausbildungsstand für Therapieberufe auf Hochschulniveau, durch welchen eben diese wissenschaftlichen Kenntnisse gelehrt werden. Dafür setzt sich das „Bündnis Therapieberufe“ ein, welches sich aus dem Zusammenschluss der relevantesten Organisationen für Therapieberufe, z.B. DVE, Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG), Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten e.V. (IFK) oder deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) zusammensetzt (Bündnis Therapieberufe, 2019). Gemeinsam setzten sie

sich dafür ein, die primärqualifizierende hochschulische Erstausbildung für die Therapieberufe in Deutschland umzusetzen. Obwohl seit 2009 erprobte *Modellstudiengänge* positiv bewertet wurden, ist die Umsetzung der Vollakademisierung bisher dennoch nicht erfolgt. In der Stellungnahme des Bündnisses für Therapieberufe ist klar dargestellt, dass die Vollakademisierung der ergotherapeutischen Ausbildung notwendig ist. (Bündnis Therapieberufe, 2020). Die hochschulische Ausbildung ist nicht nur relevant, um eine einheitlich qualitativ hochwertige Behandlung in Deutschland zu gewährleisten, sondern auch, um deutschen Ergotherapeut\_innen Chancen auf dem internationalen Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Unter Betrachtung der vorliegenden Aspekte, die den Bedarf an einem einheitlichen Ausbildungsstand und der Akademisierung darstellen, gründeten Berding et al. 2017 im Rahmen der angestrebten Akademisierung die Projektgruppe „Kompetenzprofil und Modularisierung“. Die Projektgruppe beschäftigte sich mit der Erstellung eines *Kompetenzprofils* für Ergotherapeut\_innen, welches den internationalen Standards entspricht. Das Kompetenzprofil stellt dabei die Berufskompetenzen dar, die Ergotherapeut\_innen erreicht haben sollten, wenn sie in den Beruf einsteigen (Berding et al., 2019). Dabei wird der Begriff Berufseinsteiger\_innen in der Literatur unterschiedlich definiert. So legten Woick et al. (2014) fest, dass eine Evaluation der Rollenfindung von Berufseinsteiger\_innen mit maximal 1,5 Jahren Berufserfahrung stattfindet. Stickmann (2021) beschreibt Berufseinsteiger\_innen wie folgt: „Als Berufsanfänger/-in gilt man in den ersten zwei Jahren nach dem Abschluss seines Studiums oder seiner Ausbildung.“ Auch die Studie von Murray et al. (2015) orientierte sich an Studien, in denen Berufseinsteiger\_innen zwischen vier Monaten und zwei Jahren nach ihrem Studienabschluss berufstätig waren. Eine weitere Definition traf die OT Australia (1994), zitiert nach Nayar et al. (2013), die ebenfalls für ihre Studie Berufseinsteiger\_innen mit maximal zwei Jahren Berufserfahrung einbrachten. Die Forscherinnen orientierten sich für ihre Untersuchung bei der Definition von Berufseinsteiger\_innen daher an einer Berufserfahrung von bis zu zwei Jahren.

Das Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE soll auch dazu dienen, sich von anderen Professionen abzugrenzen und die eigene Berufsidentität zu stärken. Bei der Erstellung des Kompetenzprofils orientierten sie sich an internationalen Beispielen schon bestehender Kompetenzprofile. Als Grundlage für den Aufbau galten dabei die Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS), welche das Kompetenzprofil für Ärzt\_innen darstellen

und den Orientierungspunkt für andere internationale Kompetenzprofile bilden (Berding et al., 2019). Um einem internationalen Standard zu entsprechen, wurde das Kompetenzprofil Ergotherapie auf Hochschulniveau entwickelt (Berding et al., 2019). Da Deutschland mit Japan, Uganda und Malaysia eines der letzten Länder ist, in denen die Ausbildung als Ergotherapeut\_in noch nicht akademisiert ist (Berding et al., 2020), und als einziges europäisches Land keinen akademischen Abschluss zur Berufsausübung fordert (Harms et al., 2018), stellt das Erreichen eben dieser ergotherapeutischen Berufskompetenzen für deutsche Ergotherapeut\_innen aktuell eine Herausforderung dar.

Wie zuvor genannt, gibt es seit 2009 verschiedene Möglichkeiten einen Bachelorabschluss in Ergotherapie in Deutschland zu erreichen. Das Kompetenzprofil DVE (2019) bietet hierfür eine Orientierungshilfe für die Ausgestaltung und definiert somit das Einstiegsniveau für Berufseinsteiger\_innen (Berding et al., 2019). Ergotherapeut\_innen, welche die deutschen Studiengänge erfolgreich abgeschlossen haben, sollten dem Kompetenzniveau des deutschen Kompetenzprofils entsprechen.

Im Rahmen dieser Arbeit stellten die Forscherinnen sich die Frage, inwiefern die *Kompetenzen* des Kompetenzprofil Ergotherapie von Berufseinsteiger\_innen bereits umgesetzt werden. Um dies genauer zu erforschen, entschieden sich die Forscherinnen für die Untersuchung der Umsetzung der Domäne “ergotherapeutische Expertise”, welche als Schnittstelle der umliegenden sechs Domänen - Kommunikation, Zusammenarbeit, Management, Fürsprache, Lernen und Professionalität den Mittelpunkt bildet und die Kerndomäne darstellt (Berding et al., 2019). Diese Domäne wurde gewählt, da für die Nutzung dieser, die Kompetenzen der umliegenden sechs Domänen ausgebildet sein müssen (Berding et al., 2019). Als Hauptforschungsfrage wurde daher *“Welche Kompetenzen der Domäne “ergotherapeutische Expertise” des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019), setzen Berufseinsteiger\_innen mit deutschem Bachelorabschluss der Ergotherapie in ihrer praktischen Tätigkeit um?”* ausgewählt.

Hierfür wurde ein quantitatives Forschungsdesign gewählt, welches mittels eines Online-Fragebogens zur deskriptiven Auswertung der gesammelten Daten führt. Dabei erarbeiteten die Forscherinnen folgende zwei Leitfragen, um die Forschungsfrage beantworten zu können:

*Welche Faktoren beeinflussen die Umsetzung der Domäne “ergotherapeutische Expertise” und der dazugehörigen Kompetenzen positiv und welche Faktoren hindern die Umsetzung der “ergotherapeutischen Expertise” und ihrer Kompetenzen?*

*Was wird benötigt, um die zur Domäne der ergotherapeutischen Expertise zugehörigen Kompetenzen verstärkt umzusetzen?*

Um den Anforderungen an Ergotherapeut\_innen, die das Kompetenzprofil vorgibt, zu entsprechen, wählten die Forscherinnen als Zielgruppe Ergotherapeut\_innen, die ihren Bachelorabschluss an einer deutschen Hochschule erlangt haben. Die Teilnehmer\_innen sollen sich dabei in den ersten zwei Jahren ihres Arbeitslebens als Therapeut\_innen befinden, um der Definition von Berufseinsteiger\_innen gerecht zu werden (Stickmann, 2021; OT Australia 1994, zitiert nach Nayar et al, 2013).

Innerhalb des theoretischen Hintergrunds setzen sich die Forscherinnen mit beeinflussenden Aspekten des gewählten Themas auseinander. In der Vorstellung der Methode werden das grundlegende Design der quantitativen Forschung, die Vorgehensweise anhand der neun Phasen des Forschungsprozesses sowie gewählte Forschungsmittel dargestellt. Anschließend werden die quantitativen Daten analysiert und die Resultate grafisch dargestellt, um diese nachfolgend kritisch zu diskutieren. Die Forschungsarbeit endet mit einer Schlussfolgerung aus den erhobenen Daten.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund der Forschung beinhaltet alle relevanten, das Thema beeinflussenden Aspekte. Hierzu wird zunächst das aktuelle ergotherapeutische Paradigma, welches den Rahmen der ergotherapeutischen Arbeit bildet, dargestellt. Es stellt durch seine zeitgenössische Neuorientierung die Notwendigkeit einer Beschreibung der Berufskompetenzen dar (Berding et al., 2019). Dazu werden gesetzliche Rahmenbedingungen betrachtet, welche die heutige ergotherapeutische Arbeit und den Weg dorthin beeinflussen. Darunter zählen grundlegende Gesetze wie die Ergotherapeuten- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV), sowie die Auseinandersetzung mit dem Gesetz über den Beruf der Ergotherapeut\_in (ErgThG), welche beide einen Einfluss auf den Abschluss zum/zur Ergotherapeut\_in haben. Der deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) und der europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) dienen als internationale Übersetzungsinstrumente, welche eine Vergleichbarkeit von Qualifikationen gewährleisten (BMBF, o.D.) Im thematischen Zusammenhang beschäftigten sich die Forscherinnen mit dem Begriff der Kompetenzen und den spezifischen Berufskompetenzen, welche die Grundlage für das deutsche Kompetenzprofil der Ergotherapie bilden. Als entwickelnder Verband des Kompetenzprofil Ergotherapie und als Interessenvertreter aller deutschen Ergotherapeut\_innen (DVE, 2022), spielt der DVE eine wichtige Rolle und wird in diesem Zusammenhang genauer beschrieben. Das Kompetenzprofil Ergotherapie bildet die Grundlage der Forschungsarbeit, wobei der Schwerpunkt auf der zu untersuchenden Domäne der ergotherapeutischen Expertise liegt.

### 2.1 Ergotherapeutisches Paradigma

Bei der Erstellung des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019), lag das Augenmerk der jeweiligen Domäne auf der Beschreibung des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas (Berding et al., 2019).

Der Begriff *Paradigma* wurde von Kuhn (1970) eingeführt und versteht sich als Denkraum und Kern eines Berufs während einer bestimmten Zeitperiode (Satink & Van de Velde, 2019).

Das Paradigma stellt den harten Kern, das grundlegende Wissen, unsere Werte und den Zweck des Berufes "Ergotherapie" dar (Mentrup, 2013). Le Grasse (2019) beschreibt das Paradigma, zitiert nach Turpin & Iwama (2011), auch als unsere Berufsidentität. Das Berufsprofil und der Berufscodex basieren immer auf dem aktuellen Paradigma, wodurch sich die Wichtigkeit des

Paradigmas bezogen auf *Kompetenzmodelle* abbildet. Benötigte Kompetenzen- abgebildet in Kompetenzmodellen- sind immer abhängig vom aktuellen Paradigma (Le Granse, 2019). Das aktuelle Paradigma stellt wesentliche Bestandteile wie die Klientenzentriertheit und das interprofessionelle Zusammenarbeiten (Mentrup, 2013) dar, welche auch im Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE verzeichnet sind. Aus der durchgängigen Verwendung des Begriffes “Klient\_in”, resultiert eine ergotherapeutische Haltung, die den Respekt für Klient\_innen und die Kooperation mit ihnen als aktive Teilnehmer\_innen am Interventionsprozess darstellt (Berding et al., 2019).

Kielhofner (2009) benennt weiterhin drei Kernkonstrukte, welche das zeitgenössische Paradigma prägen. Hierzu gehören die Wichtigkeit von Betätigung im Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden, das Erkennen von Betätigungsproblemen oder Herausforderungen sowie die betätigungsbasierte Praxis. Innerhalb des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE ist eine klare Ausrichtung an diesen Kernkonstrukten zu erkennen. So erfolgt die Umsetzung des gesamten ergotherapeutischen Prozesses, wie er in der Domäne der ergotherapeutischen Expertise zu erkennen ist, immer mit Bezug zur Teilhabe, dem Wohlbefinden sowie der Arbeit im Kontext von Betätigung (Berding et al., 2019). Dazu können Ergotherapeut\_innen (standardisierte) betätigungsbasierte Assessments nutzen, um anstelle der Funktion die Qualität der Ausführung einer Betätigung zu messen (Fisher, 2014)

Auch die Notwendigkeit der Erstellung eines Kompetenzprofils orientierte sich an den Veränderungsprozessen des Berufswesens und dem damit verbundenen Paradigmenwechsel, der mit seiner Outcome-Orientierung eine Orientierung an Kompetenzen in Bildungsprogrammen impliziert (Berding et al., 2019). Die Ausrichtung an der Betätigung als Gegenstand der Ergotherapie ist ebenso zentral, wie die Orientierung an der Occupational Science, welche eine Erweiterung der Handlungsfelder, wie z.B. Gemeinwesen orientierte Ergotherapie darstellt (Berding et al., 2019).

Hitch et al. (2018) konstatierten weiterhin die Veränderung der Ergotherapie im neuen Jahrhundert. So muss sich der Beruf der Ergotherapie immer mehr mit den Herausforderungen der Komplexität des menschlichen Lebens auseinandersetzen. Die Vielfalt lässt sich zwar als Stärke des Berufsbildes auslegen, führt jedoch auch zu einer Inkohärenz in einem noch nicht durchgängig akzeptierten Paradigma. Dies unterstreicht noch einmal mehr die Notwendigkeit

einer Beschreibung aktueller Berufskompetenzen als Referenzrahmen und orientierenden Charakter (Berding et al. 2019).

### **2.2 Rahmenbedingungen**

Die Empfehlungen des DVE zur Einrichtung ergotherapeutischer Studiengänge machen deutlich, dass die Einführung ergotherapeutischer primärqualifizierender (berufsqualifizierender) Studiengänge und die Notwendigkeit der Akademisierung in Deutschland dringend benötigt und bereits seit einiger Zeit in der Fachöffentlichkeit diskutiert wird (DVE, 2016).

Dennoch ist die Umstellung zur hochschulischen Ausbildung bisher aufgrund mangelnder Ressourcen und fehlender Kooperationspartner für Hochschulen nicht erfolgt (Walkenhorst, 2011). Es bestehen verschiedene Möglichkeiten einen Hochschulabschluss in Ergotherapie zu erreichen. Diese beziehen sich jedoch auf additive oder ausbildungsintegrierte Studiengänge, die mit unterschiedlicher Ausrichtung und Fachqualifikationen geschlossen werden. Diese Heterogenität in den Studiengängen führt zu einem uneindeutig definierten Qualitäts- und Qualifikationsprofil (Walkenhorst, 2011). Die aktuelle Lage in der Gesellschaft und dem Gesundheitswesen stellt jedoch immer höhere Anforderung an die Qualifizierung im Gesundheitswesen, sowie den Einsatz evidenzbasierter Behandlungsmethoden (DVE, 2019). Diese Umstellung wird durch verschiedene Aspekte beeinflusst. Darunter zählt der demografische Wandel, bei dem durch die Zunahme der älteren Bevölkerung, ein erhöhter Pflege- und Betreuungsaufwand zu erwarten ist (Walkenhorst, 2011). Dadurch ergeben sich die veränderten Versorgungsstrukturen, die durch die komplexen und modifizierten Aufgaben an das Gesundheitspersonal gestellt werden (Walkenhorst, 2011).

Ergotherapeut\_innen können auf drei verschiedenen Ebenen agieren. Im Bereich der Mikroebene geht es um die Therapiegestaltung mit Klient\_innen (Weber & Hucke, 2019), was bedeutet, dass der Fokus auf dem therapeutischen Handeln und der Kommunikation mit der jeweiligen Zielgruppe liegt (Von der Heyden, 2012). So erfolgt zum Beispiel die Befähigung zum Theorie-Praxis Transfer auf Mikroebene durch die praktische Ausbildungsphase, sowie „einen handlungs- und erfahrungsorientierten Unterricht an Lernort und Schule“ (Von der Heyden, 2012). Auf der Mesoebene geht es um die Abläufe in Einrichtungen (Weber & Hucke, 2019), die Entwicklung einer einheitlichen Fachsprache und die Anwendung einheitlicher Terminologie sowie dem interdisziplinären Arbeiten (Von der Heyden, 2012). Die Makroebene beschäftigt sich mit berufspolitischer Ergotherapie (Weber & Hucke, 2019), der Darstellung

des Berufes nach außen und der Befähigung von Ergotherapeut\_innen, ergotherapeutische Leistungen zu kommunizieren und in der Gesundheitsversorgung zu positionieren (Von der Heyden, 2012).

Das Gesetz für die Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV, 1999) gibt die zu erfüllenden Grundlagen für die Ausbildung zum/zur Ergotherapeut\_in an. Durch die Zunahme der Komplexität der Behandlungsfelder sowie des medizinisch-technischen Fortschritts wurde 2009 die Modellklausel in das Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten eingeführt (Longrée & Junge, 2014). Diese ermöglicht die Erprobung primärqualifizierender Studiengänge zum Erreichen eines Hochschulgrades sowie der Berufszulassung. Um die Berufszulassung zum/zur Ergotherapeut\_in zu erreichen, müssen aktuell 2700 Stunden theoretischer Unterricht und 1700 Stunden praktischer Unterricht absolviert werden. Der Unterricht soll zudem eine ausreichende Möglichkeit bieten, praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Praxis zu entwickeln und einzuüben, welche durch Kooperationen mit Krankenhäusern oder anderen geeigneten Einrichtungen zu gewährleisten ist (ErgThAPrV, 1999, §1, Abs. 1). Die verschiedenen Praktika beziehen sich auf die ergotherapeutische Arbeit innerhalb der Berufsausbildung, die sowohl mit Kindern oder Jugendlichen als auch mit Erwachsenen und älteren Menschen durchgeführt werden soll. (ErgThAPrV, 1999, Anlage 1).

Die Erlaubnis zur Berufsausübung Ergotherapie wird bisher durch das 1976 erlassene Ergotherapiegesetz geregelt (ErgThG), welche den erfolgreichen Abschluss der dreijährigen Berufsausbildung vorschreibt (ErgThG, 1976, §2, Abs. 1). An dieser Stelle wird deutlich, dass die Berufsausbildung zur Ergotherapeut\_in in Deutschland für die Ausübung des Berufes genügt und kein akademischer Abschluss notwendig ist. Für die aus der Politik und von den Krankenkassen kommenden Forderungen zur Etablierung evidenzbasierter Praxis oder der Stärkung interdisziplinärer Klientenversorgung (Bündnis Therapieberufe, 2021b) reichen jedoch die in der Ausbildung gelernten therapeutischen Handlungskompetenzen nicht mehr aus. Vielmehr werden neue wissenschaftliche Berufskompetenzen benötigt, durch die eine wissenschaftlich fundierte Denk- und Arbeitsweise sowie evidenzbasierte Praxis (EBP) ermöglicht wird (Bündnis Therapieberufe, 2021b). Der Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen steht jedoch im Bildungsauftrag der Hochschulen und dient dazu Lehre, Forschung und Wissenschaft miteinander zu verknüpfen (Bündnis Therapieberufe, 2021b). “Ziel ist es den Herausforderungen des demographischen Wandels und des

Krankheitsspektrums zu begegnen, die Fachexpertise mithilfe eigener Forschung und Wissenschaft weiterzuentwickeln” (Bündnis Therapieberufe, 2021b).

Bereits seit einigen Jahren ist die Akademisierung der Ergotherapie in Deutschland ein zentrales Thema (Bündnis Therapieberufe, 2021). Durch die wiederholte Verlängerung der Modellklausel und den destabilisierenden politischen Maßnahmen, die durch die finanziellen Unterschiede zwischen teilweise vergüteten Berufsausbildungen und schulgeldpflichtigen Hochschulausbildungen gefördert werden, konnte die Umsetzung primärqualifizierender Studiengänge bisher noch nicht abgeschlossen werden (HVG, 2020). Unter Betrachtung der Notwendigkeit eines einheitlichen Kompetenzniveaus zur Sicherung qualitativ hochwertiger Klient\_innenversorgung, die auf einer wissenschafts-, theorie und evidenzbasierten Vorgehensweise aufgebaut ist (Walkenhorst, 2011), sowie der Anpassung an internationale Standards, wurde das Kompetenzprofil auf der Stufe 6 des DQR entwickelt (Berding et al., 2019). Der DQR dient als Einordnungsinstrument der Qualifikationen im deutschen Bildungssystem und zum Vergleich der Qualifikationen innerhalb Europas. Hierbei sind acht Niveaustufen definiert, in denen die Stufe 8 das höchste Niveau darstellt. Diese entsprechen den Niveaustufen des europäischen Qualifikationsrahmens (EQR), welcher als Übersetzungsinstrument dient (BMBF, o.D.). Das Kompetenzniveau entspricht damit dem eines Hochschulabschlusses, während der Abschluss an einer Berufsfachschule auf Stufe 4 des DQR verortet ist (Büchter et al., 2012). Somit ist festzuhalten, dass deutschen Hochschulabsolvent\_innen die Möglichkeit geboten ist, die auf DQR 6 verorteten Kompetenzen des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE umsetzen zu können, nicht aber den auf DQR 4 verorteten Berufsfachschulabsolvent\_innen.

### **2.3 Kompetenzbegriff**

Es existieren unterschiedliche Definitionen von verschiedenen Autor\_innen für den Kompetenzbegriff. Um einen Konsens herzustellen, stützen sich die Forscherinnen im Folgenden auf die Definitionsansätze nach Klieme et al. (2007). Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards werden Kompetenzen hier als Verbindung zwischen Wissen und Können angesehen. Durch Kompetenzen können Situationen oder Aufgaben erst bewältigt werden. Daher beziehen sich Kompetenzen stets auf eine Anforderungssituation, welche ein breites Leistungsspektrum umfasst. Somit ist eine Kompetenz nicht als isolierte Leistung zu erfassen,

sondern mehr als Disposition einer Person, um bestimmte Anforderungssituationen zu bewältigen (Klieme et al., 2007).

Seit Beginn der Akademisierung finden Evaluationen zum Kompetenzerwerb und/oder der Benötigung von Kompetenzen im ergotherapeutischen Berufsalltag sowohl national- als auch international statt. Die Sichtweise hierbei ist häufig multidimensional und umfasst Blickwinkel von Lehrenden, langjährig berufserfahrenen Ergotherapeut\_innen sowie den Berufseinsteiger\_innen selbst. Die daraus resultierenden Kompetenzen zeigen für das zeitgenössische Paradigma häufig benötigte Kompetenzen im Berufseinstieg auf. Studien belegen, dass besonders im Berufseinstieg des zeitgenössischen Paradigmas Kompetenzen im Bereich der Kommunikation mit Klient\_innen als wichtig zu erachten sind (AOTA, 2021; Meidert et al., 2013; Nayar et al., 2013; Rübiger et al., 2019). Zudem zeigt sich ein erhöhter Bedarf für die Anwendung evidenzbasierter Praxis (EBP). Hierzu gehört neben dem Wissen darüber, die Therapie an aktuelle Standards anzupassen, auch das Know-How einer evidenzbasierten Literaturrecherche (AOTA, 2021; Nicola-Richmond et al., 2016; Rübiger et al., 2019). Auch die Ausübung eines durchgehenden klientenzentrierten Ansatzes und das Erkennen von politischen, kulturellen und gesellschaftlichen Unterschieden im Umgang mit Klient\_innen stellen wichtige Kompetenzen für Berufseinsteiger\_innen dar (AOTA, 2021; Nayar et al., 2013; Nicola-Richmond et al., 2016). Weiterhin gehört für Berufseinsteiger\_innen das stetige Reflektieren des eigenen Verhaltens und der Praxis, sowie die Anpassung dessen als wichtige Kompetenz in den Berufseinstieg (AOTA, 2021; Rübiger et al., 2019; Nicola-Richmond et al., 2016) dazu.

Kompetenzen lassen sich im Bildungsrahmen meist domänenspezifisch in Kompetenzmodellen wiederfinden. Nach Klieme et al. (2007), sind Kompetenzmodelle als Vermittler von Bildungszielen anzusehen. Sie beschreiben das Gefüge von Anforderungen, welche von Lernenden bewältigt werden sollen. Das Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE nutzt in diesem Rahmen Domänen als Gegenstandsbereich des Handelns, in welchem die jeweiligen Kompetenzen untergeordnet sind. Eine Domäne stellt damit den Rahmen für die Beschreibung einzelner Kompetenzen dar (Berding et al., 2019). International haben sich Kompetenzprofile zur Beschreibung von Abschlusskompetenzen der akademischen Ausbildung oder Erläuterung der Kompetenzen für Ergotherapeut\_innen bereits etabliert. Darunter zählen die Niederlande, Kanada, Neuseeland oder die USA, deren Kompetenzen sich für die Einstiegsqualifikation auf Master- oder sogar Doktorniveau bewegen (Harms et al., 2018).

Damit der Theorie- Praxis Transfer der Berufskompetenzen gelingt, ist es wichtig zu ergründen, wie diese vermittelt werden. Die Vermittlung ergotherapeutischer Berufskompetenzen kann auf unterschiedlichem Wege erfolgen. Student\_innen konnten die Kompetenzen Informationssammlung, Beurteilung und Screenen beispielsweise durch Simulationstools erlernen und profitierten von dieser Vermittlungsform. Durch die realen Erfahrungen, die die Student\_innen machten, verspürten sie eine verbesserte Selbstwahrnehmung (Nicola-Richmond & Watchorn; van Vuuren, 2016). Das Vermitteln der Kompetenzen muss nicht ausschließlich über Dozenten geschehen, sondern kann auch zwischen den Studierenden erfolgen. Durch das Programm "Peer Assisted Study Sessions" (PASS) wurde von den teilnehmenden Studierenden wiedergegeben, sich besser auf die praktische Ausbildung vorbereitet zu fühlen und über eine tiefgründigere Reflektionsfähigkeit zu verfügen (Larkin und Hitch, 2018).

Das theoretisch erlernte Wissen aus der Ausbildung oder dem Studium in die Berufspraxis umzusetzen kann besonders für Berufseinsteiger\_innen eine große Herausforderung darstellen. Mit dem Einstieg in das Berufsleben wird Berufseinsteiger\_innen schnell eine hohe Verantwortung aufgetragen, die oftmals, durch die geringe Erfahrung, nicht im Einklang mit der vorhandenen ergotherapeutischen Expertise steht (Murray, 2015; Rochette et al., 2020). Nicht nur die individuellen Faktoren, wie ein gutes theoretisches Wissen als Hintergrund zur Anwendung der verschiedenen Theorien oder die vorhandene Arbeitserfahrung und Entscheidungsunsicherheiten von Berufseinsteiger\_innen wirken sich auf die Umsetzung der Kompetenzen aus (Moir et al., 2021; Murray, 2015). Verschiedene Kontextfaktoren beeinflussen die Umsetzung der Berufskompetenzen besonders. Darunter zählen die allgemeinen Strukturen und die Organisation des Arbeitsplatzes, eine gute Einarbeitung durch erfahrenere Ergotherapeut\_innen aber auch die allgemeine Team - Kultur und das Zugehörigkeitsgefühl im Team für Berufseinsteiger\_innen (Rochette et al., 2020; Moir et al., 2021). Es zeigt sich, dass besonders soziale- und Kontextfaktoren einen starken Einfluss auf die Umsetzung der Berufskompetenzen haben. So benötigen viele Berufseinsteiger\_innen Bestätigung und strukturierte Supervision zu Beginn ihrer Arbeit (Morley, 2009), wodurch wiederum die Umsetzung der evidenzbasierten Praxis (EBP) beeinflusst wird (Moir et al., 2020). Weitere Schwierigkeiten, denen Berufseinsteiger\_innen auf internationaler Basis begegnen, liegen zum Beispiel in der Kommunikation. Diese stellen nicht nur unter Kolleg\_innen bei der Anwendung verschiedener Theorien (Murray, 2015) eine

Herausforderung dar, sondern auch in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen oder Stakeholdern (Murray, 2015; Naidoo, 2017).

### **2.4 Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE**

Der deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) gilt als maßgeblicher Berufsverband aller (angehenden) Ergotherapeut\_innen. Er besteht seit mehr als 60 Jahren und hat über 12.000 Mitglieder. Im Bereich des Gesundheitswesens ist der DVE der Verhandlungs- und Gesprächspartner in der Politik, bei Behörden, bei Ministerien sowie auch bei den Krankenkassen (DVE, 2022). Ziel ist es hierbei seine Mitglieder zu vertreten und die Weiterentwicklung der Ergotherapie in Praxen, Aus- und Fortbildungen, im Studium und in der Wissenschaft voranzutreiben. Neben der stetigen Weiterentwicklung und dem Vorantreiben der Profession wirkt der DVE am Gesetzgebungsverfahren mit und trägt Anliegen an die Öffentlichkeit. Auf internationaler Ebene ist der DVE Mitglied im europäischen Verband COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries) und im Weltverband WFOT (World Federation of Occupational Therapists) vertreten (DVE, 2022).

Durch die aktive Teilnahme an dem “Bündnis Therapieberufe” unterstützt der DVE seit 2019 gemeinsam mit anderen Berufsverbänden die Vollakademisierung der Therapieberufe in Deutschland (Mischner & Borgetto, 2022). Im Positionspapier wird erläutert, dass nur durch eine Modernisierung der Ausbildungen die therapeutische Patientenversorgung nachhaltig interdisziplinär und evidenzbasiert gestaltet werden kann. (Bündnis Therapieberufe, 2021a)

Ebenso vertritt das Bündnis die Ansicht, dass Therapeut\_innen nur durch die Modernisierung auf Herausforderungen wie den demografischen Wandel und die Zunahme chronischer, psychischer und neurologischer Erkrankungen vorbereitet werden können. Der DVE sieht die zeitgemäße, moderne und international angepasste Entwicklung als eine bedeutsame Aufgabe an (DVE, 2022).

Als Berufsverband entwickelte der DVE 2019 das Kompetenzprofil der Ergotherapie mit dem Ziel, “einen Konsens über die Kompetenzen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten herzustellen” (DVE, 2022). Mit diesem Hintergrund soll es das allgemeine Einstiegsniveau von Berufsanfänger\_innen darstellen (DVE, 2022). Die Relevanz eines Kompetenzprofils besteht auch darin, die Pool- und Kernkompetenzen der jeweiligen Professionen voneinander abzugrenzen, mit dem Ziel eine Berufsidentität zu entwickeln und individuelle und

berufsübergreifende Kompetenzen darzustellen (Walkenhorst, 2011). Die Projektgruppe des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE stellt allerdings auch fest, dass dieses einen ersten Entwurf beschreibt, um den Beruf der Ergotherapie zu konturieren und in seiner Weiterentwicklung eine Notwendigkeit in der Unterscheidung von Qualifikationsniveaus besteht (Berding et al., 2019).

Zur Entwicklung des Kompetenzprofils wurden verschiedene internationale Kompetenzprofile analysiert. Ziel war es, einen Anschluss auf internationaler Ebene zu gewährleisten, als auch den Einfluss der deutschen Ergotherapie auf die Professionalisierung zu integrieren (Berding et al., 2019). Um diesen Anforderungen der Mehrdimensionalität gerecht zu werden, diente als Basis, jedoch nicht als direkte Übersetzung, das Rollenmodell der CanMEDS (Tannenbaum et al., 2009; Berding et al., 2019). Die CanMEDS sind das am weitesten verbreitete Rahmenwerk für die Ausbildung ärztlicher Kompetenzen (Royal College, 1990). Es wurde 1990 vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada entwickelt und beschreibt die Kompetenzen, welche Ärzt\_innen erreichen sollten, um auf die Gesundheitsbedürfnisse von Klient\_innen eingehen zu können (Royal College, 1990). Das Rahmenwerk besteht aus sieben Rollen, welche jeweils eigene Kompetenzen erfordern, die erreicht werden müssen, um die Rollen umsetzen zu können. Die Rolle des medizinischen Experten steht dabei im Mittelpunkt des Rahmenwerks und vereinigt die restlichen sechs Rollen miteinander (Royal College, 1990).

Angelehnt an das zuvor beschriebene CanMEDS Rahmenwerk, welches neben der Basis für das deutsche Kompetenzprofil auch die Grundlage anderer internationaler ergotherapeutischer Kompetenzmodelle bildet, z.B. dem österreichischen- oder kanadischen Kompetenzprofil (Peterko, et al., 2020; CAOT, 2012), beinhaltet das deutsche Kompetenzprofil ebenfalls sieben Domänen. Zentral innerhalb des Kompetenzmodells, welches die grafische Darstellung des Kompetenzprofils meint, und in diesem Zuge auch die verschiedenen Niveaustufen darstellt, befindet sich die Domäne der “ergotherapeutischen Expertise”. Diese ist von sechs weiteren Domänen, der “Kommunikation”, der “Zusammenarbeit”, dem “Management”, der “Fürsprache”, des “Lernens” und der “Professionalität” umgeben. Jede Domäne beinhaltet ebenfalls verschiedene Kompetenzen, die erreicht werden müssen, um die jeweilige Domäne in der Praxis umsetzen zu können (Berding et al, 2019). Durch die Wahl des Begriffs “Domäne” als Überbegriff verschiedener Kompetenzen wird die Abstufung der Domänen auf verschiedene Kompetenzniveaus ermöglicht (Berding et al., 2019). Dabei ist jedoch zu beachten, dass auch die einzelnen Domänen “nicht trennscharf voneinander abgrenzbar sind” (Berding et al., 2019).

Da die vorliegende Arbeit auf die Umsetzung der ergotherapeutischen Expertise ausgerichtet ist, wird diese im Folgenden näher betrachtet.

### **2.5 Domäne der ergotherapeutischen Expertise**

Die Domäne der ergotherapeutischen Expertise stellt den zentralen Punkt der im Kompetenzprofil verankerten Domänen der Ergotherapie dar. Grund dafür ist, dass nur die Gesamtheit der Domänen den Aufgabenbereich der Ergotherapie in der Tiefe und Breite abbildet (Berding et al., 2019). Die Basis dafür und für das Kompetenzprofil im Allgemeinen bildet die ergotherapeutische Expertise aus Enabling Occupation (Townsend & Polatajko, 2013), welche wie folgt definiert wird.

“Expert in enabling occupation. Occupational therapy practitioners use evidence-based processes that focus on occupation - including self care, productive pursuits, and leisure - as a medium for action. Practitioners take client perspectives and diversity into account. Expert in Enabling Occupation is the central role, expertise and competence of an occupational therapy practitioner. Clients may include individuals, families, groups, communities, organizations or populations (CAOT, 2007).“

Darauf aufbauend wird die Domäne der ergotherapeutischen Expertise im Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE wie folgt definiert:

“Ergotherapeut\_innen handeln als Expert\_innen für Betätigung eigenverantwortlich und selbstständig in komplexen und sich verändernden ergotherapeutischen Tätigkeitsfeldern mit dem Ziel der Förderung von Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden ihrer Klient\_innen. Sie integrieren die unterschiedlichen ergotherapeutischen Kompetenzen in ihr professionelles Denken, Verhalten und Handeln. Ergotherapeut\_innen handeln klientenzentriert auf Basis der bestehenden Berufsethik und aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse. Hierbei berücksichtigen sie gesellschaftliche, gesundheitspolitische sowie ökonomische Bedingungen.“ (Berding et al., 2019).

Wie aus dieser Definition ersichtlich wird, setzt sich die Domäne aus verschiedenen Kompetenzen zusammen, die sich auch in anderen Domänen wiederfinden. Dies betont noch einmal, dass die Domänen nicht trennscharf voneinander abzugrenzen sind (Berding et al.,

2019). Im Folgenden werden die Kompetenzen nach Berding et al. (2019) aufgeführt und verdeutlicht.

Die/Der Ergotherapeut\_in

- *“erhebt die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse im Kontext von Betätigung und Teilhabe der Klient\_innen.”* Im Zuge des Erstkontaktes werden die Werte, Überzeugungen, Annahmen sowie Erwartungen der Klient\_innen erhoben. Hierbei entsteht die Beziehung zwischen Klient\_in und Therapeut\_in. Eine Beratung der Klient\_innen/Klientensysteme und die gemeinsame Feststellung einer Indikation für eine ergotherapeutische Behandlung wird besprochen (van Hartingsveldt et al., 2019).
- *“führt die ergotherapeutische Diagnostik durch.”* Im Bereich der Diagnostik wird die ausführende Tätigkeit der Klient\_innen in der natürlichen Umwelt durch den/der Therapeut\_in betrachtet. Als Unterstützung können unterschiedliche Assessments eingesetzt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung werden interpretiert und gemeinsam mit der/dem Klient\_in validiert und formuliert (van Hartingsveldt et al., 2019).
- *“analysiert und interpretiert die Förderfaktoren und Barrieren von Betätigung und Teilhabe und erfasst die komplexe sowie sich kontinuierlich verändernde Situation der Klient\_innen.”* Zum Erheben der Förderfaktoren und Barrieren, kann der/die Ergotherapeut\_in eine Betätigungsanalyse durchführen, welche Aufschluss über die Qualität des Betätigens der/die Klient\_in gibt und darüber hinaus fördernde und limitierende Faktoren darstellt (Baarends & Speth-Lemmens, 2019).
- *“hierarchisiert gemeinsam mit den Klient\_innen deren komplexe Betätigungsanliegen.”* Zum Analysieren und Interpretieren der Förderfaktoren, Barrieren von Betätigung, Teilhabe und zum Hierarchisieren der Betätigungsprobleme können unterschiedliche und auf den/die Klient\_in passend gewählte Modelle genutzt werden, beispielsweise die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), welche von einem integrierten biopsychosozialen Modell ausgeht (Cup & Kinébanian, 2019).
- *“entwickelt gemeinsam mit den Klient\_innen ergotherapeutische Ziele unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen.”* Bei der Entwicklung der zu erreichenden

Behandlungs-, Beratungs-, oder Begleitungsziele, ist es sinnvoll die SMART(I) Kriterien als Therapeut\_in mit einzubeziehen (van der Hulst et al., 2019).

- *“realisiert gemeinsam mit den Klient\_innen den Interventionsprozess.”* Der Interventionsplan gibt die Richtung der Aktionen der/die Ergotherapeut\_in vor, beschreibt ausgewählt ergotherapeutische Perspektiven und die Art der Interventionen, welche erforderlich sind, um die Ziele der/die Klient\_in zu erreichen (Logister-Proost, 2019).
- *“evaluiert gemeinsam mit den Klient\_innen den Interventionsprozess und dokumentiert diesen systematisch.”* Das Reflektieren über die Intervention ist ein kontinuierlicher Prozess von neuerlicher Evaluation des Interventionsplanes. Hierbei wird die Effektivität des Fortschrittes hinsichtlich der festgelegten Ziele überprüft und gegebenenfalls angepasst (Logister-Proost, 2019).
- *“nutzt das Professionelle Reasoning als Basis für das eigene ergotherapeutische Handeln.”* Um Betätigungen in der Praxis zu begleiten und zu evaluieren, wendet der/die Ergotherapeut\_in das professionelle Reasoning an. Der Denkprozess und das Vorgehen des/der Ergotherapeut\_in während des Therapieprozesses spiegelt das Professionelle Reasoning wider (Daniëls & Verhoef, 2019).
- *“richtet das eigene ergotherapeutische Handeln kontinuierlich an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens von Klient\_innen aus.”* Innerhalb des Prozesses gehen Therapeut\_in und Klient\_in eine gemeinsame Bindung ein, in der der Dialog mit dem/der Klient\_in im Mittelpunkt steht (Logister-Proost & Sreensels, 2019). Der/die Klient\_in ist der/diejenige, der/die entscheidet, wie der ergotherapeutische Prozess gestaltet wird, da er/sie als Experte seines eigenen Betätigens angesehen wird (Logister-Proost & Sreensels (2019).
- *“berücksichtigt in der Gestaltung ergotherapeutischer Diagnostik, Interventionen und Evaluation fortlaufend ein breites und integriertes berufliches Wissen, einschließlich der aktuellen fachlichen Entwicklungen sowie der Berufsethik.”* Zur Sicherung eines professionellen Handelns, sollte hierbei der/die Therapeut\_in den Therapieprozess effizient, evidenzbasiert, qualitativ hochwertig, effektiv sowie zeitgemäß gestalten und auch die Berufsethik mit einbinden (Weber & Hucke, 2019).

“Nur die Gesamtheit der Domänen bildet damit die Aufgabenbereiche der Ergotherapie in der Tiefe und Breite ab” (Berding et al., 2019). So finden sich Ausschnitte der verschiedenen

Domänen in den erforderlichen Kompetenzen der ergotherapeutischen Expertise wieder. Die Forscherinnen beziehen sich auf Ausschnitte verschiedener Domänen des Kompetenzprofils, wie die der Kommunikation, bei der Ergotherapeut\_innen eine geeignete Kommunikationsstrategie wählen müssen, um die Betätigungsanliegen und Bedürfnisse von Klient\_innen zu erheben (Berding et al., 2019). Ausschnitte der Domäne der Fürsprache dienen Ergotherapeut\_innen beispielsweise dazu, strukturelle und kontextuelle Förderfaktoren und Barrieren für Betätigungen zu ermitteln, um die Teilhabe, Lebensqualität und das Wohlbefinden der Klient\_innen zu fördern (Berding et al., 2019). Ergotherapeut\_innen handeln auf der Basis von Normen und Werten sowie einer professionsethischen Grundhaltung und nutzen dabei ihr professionelles Reasoning aus der Domäne der Professionalität (Berding et al., 2019). Weiterhin werden unterschiedliche Niveaustufen definiert. Den höchsten Punkt dieser Stufen bildet die ergotherapeutische Expertise, welche die Ausbildung und Integration aller umliegenden Domänen und derer Kompetenzen erfordert (Berding et al., 2019). Limitierend ist zu erwähnen, dass die unterschiedlichen Niveaustufen bisher nicht beschrieben werden. So lässt sich zurzeit keine Einschätzung darüber treffen, auf welcher Niveaustufe der Kompetenzen Ergotherapeut\_innen verortet werden können.

### 3 Methode

Im Folgenden beschreiben die Forscherinnen ihr methodisches Vorgehen. Bei der Durchführung der Studie haben sich die Forscherinnen an den neun Phasen des quantitativen Forschungsprozesses der Sozialforschung orientiert (Döring & Bortz, 2016).

In der ersten Phase setzten sich die Forscherinnen mit verschiedenen Forschungsthematiken auseinander, bis sie das Forschungsproblem konkretisieren konnten (Döring & Bortz, 2016). Zu diesem entwickelten die Forscherinnen gezielt die Forschungsfrage sowie für das Thema relevante Leitfragen (→Kap. 1).

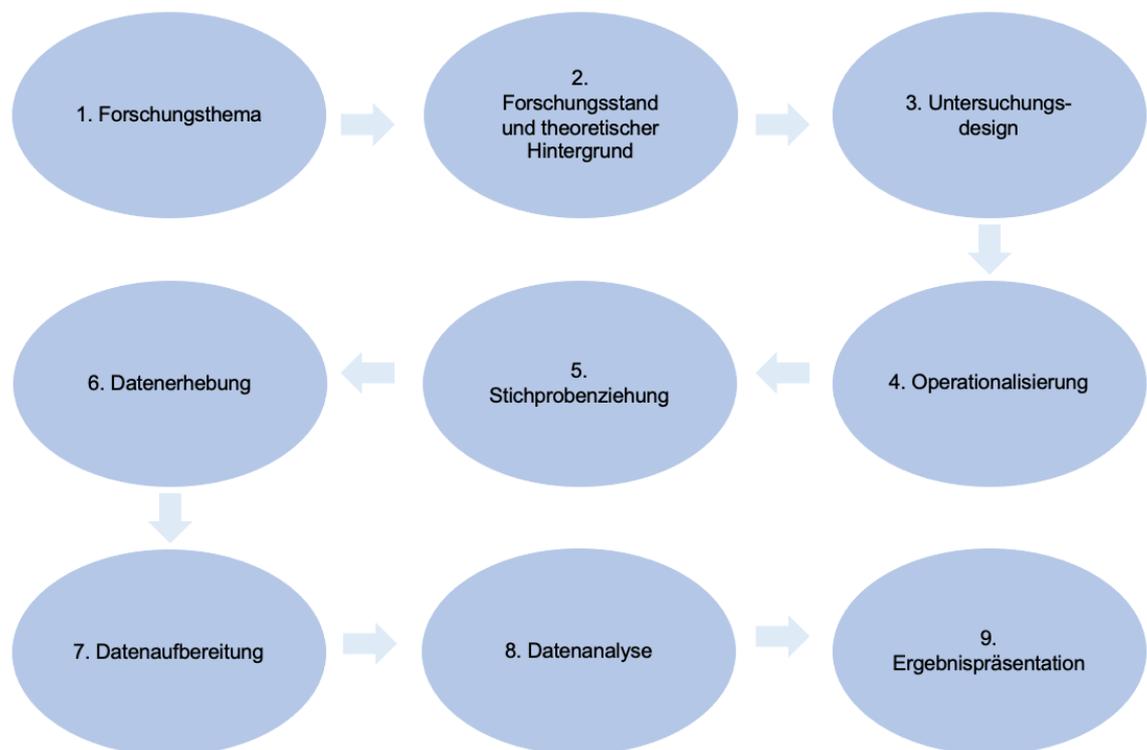


Abb. 1 Schematische Darstellung des quantitativen Forschungsprozesses nach Döring & Bortz (2016, S. 26)

#### 3.1 Literaturrecherche

Die zweite Phase des Forschungsprozesses beschäftigt sich mit der Erarbeitung des theoretischen Hintergrundes, bei dem an den bisherigen Forschungsstand angeknüpft und ein theoretischer Rahmen vorgegeben wird (Döring & Bortz, 2016). Eine intensive

Literaturrecherche diente den Forscherinnen dazu, anhand themenrelevanter PICO-Fragestellungen einen Überblick über die vorhandene Literatur zu erlangen.

Folgend wird die Literaturrecherche, welche der Forschungsarbeit unterliegt, näher ausgeführt.

Hierbei orientierten sich die Forscherinnen fortlaufend an der gewählten Forschungsfrage *“Welche Kompetenzen der Domäne ‘ergotherapeutische Expertise’ des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019), setzen Berufseinsteiger\_innen mit deutschem Bachelorabschluss der Ergotherapie in ihrer praktischen Tätigkeit um?”*

Die Fragestellung entspricht den PI(C)O-Kriterien (Ritschl et al., 2016a).

<b>P (Patient)</b>	Berufseinsteiger_innen mit deutschem Bachelorabschluss der Ergotherapie
<b>I (Intervention)</b>	Umsetzung der Kompetenzen der Domäne der „ergotherapeutische“ Expertise des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE
<b>C (Comparison)</b>	Keine untersuchte Vergleichsgruppe
<b>O (Outcome)</b>	Kompetenzen, welche in der praktischen Tätigkeit umgesetzt werden

Tab. 1: Darstellung der PI(C)O-Fragestellung

Die Literaturrecherche orientierte sich an einer themenrelevanten Schlagwörteruche sowie einem Referenzscreening ausgewählter Studien. Hierbei wurden Boolesche Operatoren wie „AND“ und „OR“, sowie datenbankspezifische Filterfunktionen, Synonyme bzw. Übersetzungen der themenrelevanten Begrifflichkeiten genutzt (→ Tab. 2). Als primäre Datenbanken dienten die Discovery Information Sources Zuyd (DiZ), die den Zugang zu relevanten Datenbanken wie CINAHL und PubMed ermöglicht, und Google Scholar. Ein beispielhafter Auszug der Literaturrecherche lässt sich in Anlage 2 einsehen.

PI(C)O-Begriff	Synonyme/ Übersetzungen
Berufseinsteiger_innen	Newly graduated Berufseinstieg Young professionals Career starters Job starters
Kompetenzen	Comptency Competencies Skills Knowledge Abilities Implementation of competencies Feasibility of competencies
Ergotherapie	Occupational therapy OT Occupational Therapist
Faktoren zur Umsetzung	Facilitators Motivators Enablers Barriers Obstacles Challenges Difficulties Issues Problems Factors

Tab. 2: Synonyme und Übersetzungen der PI(C)O-Begriffe

Während der Auseinandersetzung mit der gewählten Forschungsfragen generierten die Forscherinnen themenverwandte Fragestellungen. Hierbei wurde gezielt Literatur zu den Themen Vermittlung von Kompetenzen im Berufseinstieg und benötigter Kompetenzen sowie Barrieren bei der Umsetzung von Kompetenzen im Berufseinstieg, jeweils auf internationaler Ebene, gesucht (→ Kap. 2.3)

Relevante Studien von Meidert et al. (2013) und Rübiger et al. (2019) wurden hauptsächlich für die Darstellung benötigter Kompetenzen im Berufseinstieg genutzt (→Kap. 2.3). Zur Darstellung der Vermittlung von Kompetenzen wurde eine Studie von Nicola-Richmond & Watchhorn (2018) gewählt.

Zur Erstellung des Fragebogens dienten Studien von Rochette et al. (2020), Moir et al. (2021), Murray et al. (2015) sowie Morley et al. (2009). Die Ergebnisse beschreiben mögliche beeinflussende Faktoren in der Umsetzung von Kompetenzen im Berufseinstieg. Diese wurden von den Forscherinnen extrahiert und in den Fragestellungen des Fragebogens nach Barrieren bei der Umsetzung einer bestimmten Kompetenz als Auswahlmöglichkeit mit aufgeführt.

Die gewählten Studien wurden von den Forscherinnen nach Tomlin & Borgetto (2011) in ihrem Evidenzlevel bestimmt. Ein beispielhafter Auszug dessen lässt sich in Anlage 1 einsehen.

### 3.2 Design

Nach der Erarbeitung des theoretischen Hintergrunds folgte in der dritten Phase des Forschungsprozesses die Festlegung des Studiendesigns. Die Forscherinnen wollten die Umsetzung der Domäne “ergotherapeutische Expertise” innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe explorativ erforschen und benannten dafür als Zielgruppe Berufseinsteiger\_innen der Ergotherapie mit einem an einer deutschen Hochschule erworbenen Bachelorabschluss.

Durch die Erhebung des Verhaltens und des Erlebens der Teilnehmer\_innen in Bezug auf die Umsetzung der ergotherapeutischen Expertise, basiert die Arbeit auf einer sozialwissenschaftlichen Forschung, welche sich mit dem sozialen und humanen Sachverhalt befasst (Döring & Bortz, 2016). Diese dient dazu, auf Basis *empirischer* Daten zu (vorläufig) gültigen Ergebnissen, zu Fragen und Annahmen über soziale Sachverhalte zu kommen (Döring & Bortz, 2016).

Seit der Veröffentlichung des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019) wurden durch Heyen et al. (2021) bereits erste Erfahrungen zur Umsetzung des Kompetenzprofils in der ergotherapeutischen Praxis mittels eines qualitativen Forschungsdesigns gesammelt. Dennoch fehlen aktuell “harte Daten” (Zahlen) (Perkhofer, 2016), anhand dessen die Umsetzung des Kompetenzprofils in die ergotherapeutische Praxis gemessen werden kann. Aus diesem Grund entschieden sich die Forscherinnen, bei der Untersuchung der Domäne “ergotherapeutische

Expertise“ für ein quantitatives Forschungsdesign mit explorativem Untersuchungsdesign (Döring & Bortz, 2016). Die vorgenommene deskriptiv-statistische Auswertung “fasst die Stichprobendaten anhand von Stichprobenkennwerten (z. B. Mittelwerte, Prozentwerte etc.) zusammen und stellt diese bei Bedarf in Tabellen und Grafiken anschaulich dar” (Döring & Bortz, 2016, S. 612).

Typisch für die quantitative Forschung ist die statistische Analyse vieler Fälle (Döring & Bortz, 2016). Durch die Gegebenheit einer Analyse mehrerer Untersuchungseinheiten ist es den Forscherinnen möglich, spezifische Fragestellungen an eine breite Masse über die Umsetzung der Domäne “ergotherapeutische Expertise” und ihrer Kompetenzen zu richten und diese auszuwerten. Das Kriterium der *Replizierbarkeit* einer quantitativen Forschung ermöglicht zudem die Wiederholbarkeit der Studie zu späteren Zeitpunkten, um ggf. Veränderungen festzustellen (Döring & Bortz, 2016).

Kennzeichnende *Gütekriterien* der quantitativen Forschung sind die *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* (Perkhofer, 2016).

Das Kriterium der Validität (Gültigkeit) gibt an, ob das verwendete Messinstrument tatsächlich das misst, was gemessen werden soll (Perkhofer, 2016). Die Reliabilität stellt ein Synonym für die Zuverlässigkeit bzw. Beständigkeit eines Messinstrumentes dar. Sie zeigt an, ob wiederholende Messungen eines Gegenstandes/Substantives oder eines Vorgehens mit einem Messinstrument immer dieselben Werte liefert. Beim häufigeren Verwenden des Instrumentes mit gleichbleibendem Verhalten sollten die Ergebnisse sich ähneln, sodass das Messinstrument reliabel ist (Perkhofer, 2016). Durch das subjektive Wahrnehmen sowie die unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten weist die Reliabilität nur eine eingeschränkte Beständigkeit auf (Schönthaler, 2016).

Die Unabhängigkeit der Testergebnisse von Interviewer\_innen oder Auswerter\_innen zeigt die Objektivität an. Die Objektivität einer Untersuchung ist stark vom *Standardisierungsgrad* der Mess- oder Erhebungsmethode abhängig. Zur Erreichung eines hohen Maßes an Objektivität bei der Datenauswertung sind standardisierte Auswertungsverfahren, z.B. mathematische Operationen anzuwenden (Perkhofer, 2016).

### 3.3 Operationalisierung

#### Konzeptspezifikation

Nach der Festlegung des Studiendesigns findet in der vierten Phase des Forschungsprozesses die Operationalisierung statt. „Die Operationalisierung („operationalization“) eines theoretischen Konzepts bzw. einer latenten Variable legt fest, anhand welcher beobachtbaren Variablen (Indikatoren) die Ausprägung des theoretischen Konzepts bei den Untersuchungsobjekten festgestellt werden soll“ (Döring & Bortz, 2016, S.228). Latente Variablen sind im Gegensatz zu manifesten Variablen nicht direkt beobachtbar und ihr *theoretisches Konstrukt* ist daher erklärungsbedürftig (Döring & Bortz, 2016). In der quantitativen Forschung ist dabei wichtig, dass die theoretischen Konzepte bereits vor der Datengewinnung genau definiert werden. Um dies zu erreichen, werden Begriffe, denen keine einheitliche Definition zugrunde liegt, für den Forschungsvorgang spezifiziert. Dieser Prozess wird als Konzeptspezifikation bezeichnet und beinhaltet die präzise Definition der theoretischen Konzepte bzw. deren *Explikation*. Die Nominalexplikation beschreibt die theoretische Festlegung einer Begriffsbedeutung durch die Forscherinnen (Döring & Bortz, 2016). Für die vorliegende Arbeit erforderten folgende Variablen eine Nominalexplikation:

Um den Begriff der Berufseinsteiger\_innen messbar zu machen, entschieden sich die Forscher\_innen für die häufig genutzte Definition, in der Berufseinsteiger\_innen als Personen beschrieben werden, die nicht länger als zwei Jahre in ihrem Berufsfeld tätig sind (Stickmann, 2021; Murray et al., 2015; Nayar et al., 2013). Nach der Definition der latenten Merkmale durch die Forscherinnen, wurden die entsprechenden Indikatorvariablen sowie die *Merkmalsausprägungen* festgelegt, durch welche die Variablen messbar gemacht wurden.

Der Begriff der Kompetenz stellt ebenfalls eine *latente Variable* dar, welche durch Indikatoren (manifeste Variablen) messbar gemacht werden musste. Anhand der Definition nach Klieme et al. (2007) konnten die Forscherinnen die Merkmalsausprägung „Wissen“ und „Können“ ableiten, welche durch die Indikatorvariablen „Einflussfaktoren/ Barrieren und Ressourcen“, die das „Können“ beeinflussen, messbar gemacht wurden.

Nachdem die Indikatorvariablen für die jeweiligen latenten Variablen festgelegt waren, wurde das theoretische Konzept in Form eines Fragebogens verarbeitet.

Für die latente Variable „Berufseinsteiger\_in“ wurde die *Indikatorvariable* „Berufserfahrung“ festgelegt. Die Merkmalsausprägung zeigt sich dabei in den Monaten an Berufserfahrung, welche in diesem Fall 0-24 Monate betreffen. Innerhalb des Fragebogens nutzten die Forscherinnen eine *Verhältnisskala*, um die entsprechenden Informationen zu erfassen und messbar zu machen.

Innerhalb des Fragebogens ging es um die Messbarkeit der einzelnen Kompetenzen der Domäne „ergotherapeutische Expertise“. In diesem Fall stellte der Begriff „Kompetenz“ an sich nicht mehr die latente Variable dar, sondern die Beschreibung der entsprechenden Kompetenzen der Domäne.

Als Beispiel dient hier die Kompetenz: „führt die ergotherapeutische Diagnostik durch“ (Berding et al., 2019) als latentes Merkmal, woraus sich die Frage „Führen Sie eine ergotherapeutische Diagnostik durch?“ im Fragebogen ergibt.

Als Merkmalsausprägung mittels Likert-Skala/ Ordinalskala ergab sich hierbei folgendes:

- Nie
- Sehr selten
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Immer

Weiterhin ergaben sich folgende Indikatoren als Ersatz für eine latente Variable durch die Zusatzfrage der Ressourcen oder Barrieren „Wodurch gelingt Ihnen/ was hindert Sie daran, eine ergotherapeutische Diagnostik durchzuführen?“ mittels einer Nominalskala:

- Kollegium
- Unbezahlte Vorbereitung/ Nachbereitungszeit
- Zeitlich nicht ausreichende Vorbereitung-/ Nachbereitungszeit
- Verfügbarkeit von Material in der Praxis
- Eigene Motivation
- Institutionelle Vorgaben
- Fachwissen über Möglichkeiten der Diagnostik
- Sonstige \_\_\_\_\_

### Skalierung

Innerhalb des Fragebogens zur Erfassung der Umsetzung der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ wurden überwiegend Ordinalskalen und Likert- Skalen verwendet, mit denen die Merkmalsausprägung gemessen wurde, sowie Nominalskalen, anhand derer mittels Indikatorvariablen die Ressourcen und Barrieren in der Umsetzung der jeweiligen Kompetenz gemessen wurde. Eine Verhältnisskala diente dazu, die Berufserfahrung der Berufseinsteiger\_innen zu messen.

Eine *Nominalskala* stellt den Wert der Variablen als ein Label bzw. ein Symbol dar (Weigl, 2016b). Dabei sind bei Nominalskalen drei Ausprägungskriterien zu beachten. Zur Erfüllung des Genauigkeitskriteriums müssen die Merkmale exakt definiert sein, sodass für jedes Untersuchungsobjekt festgestellt werden kann, welche Merkmalsausprägung vorliegt. (Döring & Bortz, 2016) Durch das Exklusivitätskriterium wird darauf geachtet, dass sich die Ausprägungen gegenseitig ausschließen (Döring & Bortz, 2016). Durch das Exhaustivitätskriterium wird festgestellt, dass die Ausprägung ein Merkmal erschöpfend beschreiben muss, sodass jedes Untersuchungsobjekt einer Merkmalskategorie zugeordnet werden kann. („Kategorie Sonstiges“). Durch Nominalskalen können Untersuchungsobjekte gezählt werden, wodurch die jeweilige Ausprägung eines Merkmals definiert werden kann (Döring & Bortz, 2016).

Eine *Ordinalskala* zeichnet sich dadurch aus, dass den zu untersuchenden Objekten eines empirischen Relativs Zahlen zugeordnet werden. Bei einer Ordinalskala ändert sich an den Werten der Objekte nichts. Die Reihenfolge kann dabei von z.B. nie – selten – oft - häufig in eine logische Rangordnung gebracht werden. Der Abstand zwischen den verschiedenen Items ist jedoch nicht definiert (Weigl, 2016b). Es gibt verschiedene Möglichkeiten Ordinalvariablen anzuwenden. Darunter zählt die Likert- Skala, die genutzt wird, um die Einstellung eines Individuums zu einem Thema zu überprüfen (Weigl, 2016b).

Die *Likert- Skala* ist eine *psychometrische* Skala, die aus mehreren Aussagen besteht, die alle das gleiche Merkmal messen, wobei sie hinsichtlich des Grades der Zustimmung auf Ratingskalen einzuschätzen sind (Döring & Bortz, 2016). Die Likert- Items repräsentieren dabei unterschiedliche Intensitäten des gemessenen Merkmals (Döring & Bortz, 2016).

Das höchste Skalenniveau ist die *Verhältnisskala* (Döring & Bortz, 2016; Weigl, 2016b). Bei einer Verhältnisskala werden den Objekten eines empirischen Relativs Zahlen so zugeordnet, dass das Verhältnis zwischen den beiden Zahlen dem Verhältnis der Merkmalsausprägung der jeweiligen Objekte entspricht (Döring & Bortz, 2016). Die Verhältnisskala verfügt über einen absoluten Nullpunkt (Döring & Bortz, 2016; Weigl, 2016b).

### **3.4 Stichprobenerhebung**

Die fünfte Phase des Forschungsprozesses beschreibt die Stichprobenerhebung sowie die Rekrutierung der Untersuchungspersonen (Döring & Bortz, 2016).

Auszeichnend für die Stichprobenerhebung sind die Stichprobenart und der Stichprobenumfang. Da das Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019) das Einstiegsniveau von Berufseinsteiger\_innen in Deutschland festlegen soll, und auf Hochschulniveau entwickelt wurde (Berding et al., 2019), definierten die Forscherinnen daher als Stichprobenauswahl Berufseinsteiger\_innen, welche das Kriterium des deutschen Hochschulabschlusses sowie einer Berufserfahrung von maximal 24 Monaten, erfüllten. Dadurch ergibt sich für die Stichprobenart eine *nicht-probabilistische* Methode, bei welcher eine Anzahl von Personen erreicht werden sollte, die die oben genannte Merkmalskategorie aufweisen (Döring & Bortz, 2016). Der Stichprobenumfang definiert die Anzahl der Personen einer Stichprobe. Die Aussagekraft einer Studie wächst mit dem Stichprobenumfang (Döring & Bortz, 2016).

Die Studienteilnehmer\_innen wurden durch eine passive Stichprobenziehung mit breiter Streuung gewonnen (Döring & Bortz, 2016). Hierbei wurde der Fragebogen per E-Mail über eine speziell für die Forschungsarbeit konzipierte E-Mail-Adresse an deutsche Hochschulen und Alumni-Beauftragte gesendet. Eine aktive Stichprobenziehung war den Forscherinnen durch das Fehlen der Kontaktdaten/ E-Mail-Liste der Alumni deutscher Hochschulen nicht möglich. Weiterhin wurde der Flyer ergotherapeutischen Accounts der Social Media Plattform Instagram zum Teilen bereitgestellt, in unterschiedlichen Facebook Gruppen geteilt, dem DVE zur Veröffentlichung bereitgestellt sowie auf der Plattform ergoXchange für eine höhere Teilnehmerakquise veröffentlicht.

Die Rekrutierung der Zielgruppe wurde sowohl durch Informationen auf dem geteilten Flyer als auch durch zu Anfang gewählte Filterfragen innerhalb des Fragebogens eingegrenzt.

### **3.5 Datenerhebung**

In diesem Unterkapitel der Methode wird als sechste Phase des Forschungsprozesses auf die umfassende Datenerhebung eingegangen. Hierzu wird die Art der Untersuchung durch die Verwendung des Fragebogens erläutert, dessen Grundlagen der Erstellung sowie die anschließende Fragebogenverbreitung.

#### **3.5.1 Art der Datenerhebung**

Als Untersuchungsform wählten die Forscherinnen die Konzeption eines quantitativen Online-Fragebogens - einen sogenannten *survey research* (Weigl, 2016a) - zur Datenerhebung, welcher mittels des Online Umfrageserver Questback erstellt wurde.

Ziel dieser Art des Fragebogens ist eine zielgerichtete, systematische Generierung und Erfassung von numerischen Selbstausskünften von Befragungspersonen zu ausgewählten Aspekten ihres Erlebens und Verhaltens in schriftlicher Form (Döring & Bortz, 2016). Innerhalb der quantitativen Forschung dient der hier verwendete “survey research” besonders dazu, eine große Menge an Datensätzen zu erreichen. Die Auswahl des Online-Fragebogens ohne Face-to-Face Kontakt reduziert zusätzlich die soziale Erwünschtheit, welche das intuitive Verlangen nach einer positiven Selbstdarstellung meint (Weigl, 2016a). Dies geschieht dadurch, dass keine Beziehung zum Interviewer hergestellt - und die Antworten hierdurch nicht beeinflusst werden (Döring & Bortz, 2016).

#### Erstellung des Fragebogens

Bei der Erstellung des Fragebogens bildeten die Forscherinnen zunächst eine “theoriebasierende Konstruktion des Fragebogens” (Weigl, 2016a, S. 162). Dabei fokussierten sie sich auf die Kompetenzen der Domäne “ergotherapeutische Expertise”. Um Rückschlüsse auf die Leitfragen (→Kap. 1) als auch auf die der Studie zugrundeliegende Forschungsfrage ziehen zu können, folgte der Fragebogen fortlaufend dem Konstrukt der Abfrage der einzelnen Kompetenzen der Domäne und anschließender Fragen zu Ressourcen- oder Barrieren bei der Umsetzung dieser Kompetenz.

Der Fragebogen besteht in seiner Endversion aus 38 verpflichtenden, als obligatorisch gekennzeichneten, Fragen. Hierdurch wurde ausgeschlossen, dass diese Fragen übersprungen werden konnten, da diese zur Beantwortung der Leit- und Forschungsfrage als essenziell eingestuft wurden. Hierbei sind die drei anfänglichen Filterfragen, die Fragen, welche die

Umsetzung der jeweiligen Kompetenz mittels *Likert-Skala* erfassen sowie auch die Hinleitung zu jeweils einer der Fragen nach den Ressourcen oder Barrieren bei der Umsetzung der jeweiligen Kompetenz eingeschlossen.

Diese anschließenden nominalskalierten Fragen nach Ressourcen und Barrieren ließen eine Mehrfachauswahl der Antworten zu, da mehrere Faktoren die Umsetzung beeinflussen können. Die Einstufung auf der vorab gewählten Likert-Skala leitete zu diesen Fragen. Bei der Einstufung auf “Nie”, “Sehr selten” oder “Selten” wurden die Teilnehmer\_innen nach den Barrieren in der Umsetzung dieser Kompetenz befragt. Bei einer Einstufung auf “Oft”, “Sehr oft” oder “Immer” wurden die Teilnehmer\_innen nach Ressourcen in der Umsetzung der Kompetenz befragt (→ Anl. 7)

Die abschließende Frage 39 “Was würde Ihnen helfen, um die Kompetenzen der Domäne “ergotherapeutische Expertise” verstärkt umzusetzen?” enthielt lediglich ein Freitextfeld und wurde zur Vermeidung eines Drop-Outs am Ende der Befragung, welche zu keinerlei Übermittlung der bisherigen Daten geführt hätte, als nicht obligatorisch gekennzeichnet.

### Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen setzt sich in seiner Struktur fortlaufend in gleicher Reihenfolge zusammen und besteht aus insgesamt sechs Teilen: Fragebogentitel, einer Fragebogeninstruktion, den inhaltlichen Frageblöcken, statistischen Angaben, Fragebogen-Feedback und zuletzt der Verabschiedung (Döring & Bortz, 2016). Dieser Aufbau diente zur Orientierung.

So enthielt die Umfrage den Fragebogentitel “Fragebogen zur Umsetzung der Domäne “ergotherapeutische Expertise” aus dem Kompetenzprofil des DVE (2019)”. Die darunter folgende Fragebogeninstruktion erläuterte das Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019), dessen Erscheinungsdatum sowie Hintergrund und Ziel dieser Befragung. Zur Vermeidung der sozialen Erwünschtheit (Weigl, 2016a) wurde darauf hingewiesen, dass für die Forschung eine der Realität entsprechende, eigene Einschätzung wichtig sei. Die inhaltlichen Frageblöcke enthielten die drei Filterfragen, aus welchen die Forscherinnen gleichzeitig die notwendigen statistischen Angaben zur Zielgruppe zogen. Durch die Fragen wurden Informationen über das Vorhanden- oder Nicht-Vorhandensein eines ergotherapeutischen Bachelorabschlusses an einer deutschen Hochschule, der Berufserfahrung seit Bachelorabschluss in Monaten und der Art des Studiengangs, welcher additiv, grundständig oder gar nicht erfolgt sein konnte erfasst.

Dadurch konnten Teilnehmer\_innen selektiert werden, die nicht der Zielgruppe entsprachen. Fragen zum Alter oder Wohnort wurden bewusst nicht gewählt, da der Schwerpunkt nicht auf einer Zuordnung zu diesen Faktoren liegen sollte. Weiterhin beschreibt Weigl (2016a) als Faustregel 15-25 Fragen sowie max. 10 Minuten Zeitaufwand bei der Beantwortung. Der längste beispielhafte Pfad des Fragebogens enthält 30 Fragen und benötigt laut *Pretest* einen Zeitaufwand von 15 Minuten. Bei den Filterfragen wurde aufgrund der eventuellen Komplexität der weiteren Frageitems besonders auf die von Porst (2014) zitiert nach Weigl (2016a) festgelegten Kriterien für Einstiegsfragen geachtet. So sollten diese themenbezogen und die Person persönlich betreffend sein. Des Weiteren sollten sie technisch einfach sowie von allen Befragten zu beantworten sein. Danach folgte der Fragenblock der einzelnen Kompetenzen innerhalb der Domäne. Die Fragen nach Ressourcen und Barrieren bei der Umsetzung der jeweiligen Kompetenz wurde bewusst nicht als dritter Frageblock gewählt, sondern direkt hinter der Beantwortung der jeweiligen Likert-Skala gesetzt, sodass der Bezug zur vorherigen Frage im Gedächtnis ist. Auf ein Fragebogen-Feedback im Sinne eines Freitextfeldes als zusätzliches Item wurde verzichtet. Allerdings wurde sowohl auf dem Rekrutierungsflyer als auch im Fragebogen eine E-Mail-Adresse für Rückfragen zur Verfügung gestellt. Die Verabschiedung wurde sowohl angezeigt, wenn Teilnehmer\_innen ausschieden, da sie der Zielgruppe nicht entsprachen, als auch bei vollständiger Beendigung des Fragebogens.

### Fragebogenitems

Nach Weigl (2016a) gibt es verschiedene Punkte, welche bei der Erstellung von Fragebogen-Items zu beachten sind. Darunter fällt zum einen die Klarheit der Items, welche als nicht zu oberflächlich, als auch als nicht zu komplex gestaltet werden sollten. Die Klarheit der Items wurde deshalb auch im *Pretest* abgefragt. Bei der Anordnung der Skalen hielten sich die Forscherinnen weitestgehend an die Empfehlungen von Keller (2013), zitiert nach Weigl (2016a).

So sieht die folgende Likert-Skala beispielsweise einen Verlauf vom niedrigsten zum höchsten Wert vor:

\* Führen Sie eine ergotherapeutische Diagnostik durch?

- Nie
- Sehr selten
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Immer

Die Ratingskala wurde aufgrund von Antworttendenzen als Kontrollfrage (Döring & Bortz, 2016) ab der Hälfte des Fragebogens umgekehrt angezeigt.

Auf optische Verstärkungen wurde durchgehend verzichtet. Dies gilt auch für das Kriterium der negativ formulierten Frageitems, welche durch ihre Negationen zu Missinterpretationen führen können. Um mehrheitskonforme Antworten zu vermeiden, wurde einerseits in der Fragebogeninstruktion auf die Wichtigkeit realitätsnaher, eigener Einschätzungen hingewiesen, als auch die Anonymität durchgehend gewährleistet. Dies sollte den Teilnehmer\_innen erleichtern, auch Antworten zu geben, von denen sie glauben, dass diese nicht der Mehrheit entsprechen. Zur Vermeidung beeinflussender Fragen wurden keine subtilen Fragestellungen gewählt, in welchen die Teilnehmer\_innen nach Zustimmung oder Nicht-Zustimmung gefragt wurden (Weigl, 2016a). Das Kriterium "Überspringen von Fragen" (Weigl, 2016a) wurde nicht eingehalten. Dies stellte eine bewusste Entscheidung der Forscherinnen dar, um die Leit- und Forschungsfrage ausreichend beantworten zu können. Lediglich die Frage 39 "Was würde Ihnen helfen, um die Kompetenzen der Domäne "ergotherapeutische Expertise" verstärkt umzusetzen?", welche auch als einzige Frage nur ein Freitextfeld beinhaltete, konnte aufgrund der Drop-Out-Gefahr übersprungen werden, um die bis zu diesem Punkt erhaltenen Daten sichern zu können.

Neben der sozialen Erwünschtheit, welcher durch einen Instruktionssatz sowie Anonymität entgegengewirkt werden soll, beschreibt Weigl (2016a) auch die Tendenz zur Mitte. Bei einer ungeraden Anzahl wird daher häufig die Tendenz beobachtet, sich für die Mitte zu entscheiden. Die Forscherinnen wählten daher eine gerade Anzahl innerhalb der Likert-Skala, um eine zu häufige Einordnung in der Mitte zu vermeiden.

Die Art der Fragestellung innerhalb eines quantitativen Fragebogens kann sowohl geschlossen als auch offen gewählt werden (Döring & Bortz, 2016; Weigl, 2016a). Die geschlossene Struktur stellt die empfohlene Variante dar und benötigt durch die Vorgabe von Antwortmöglichkeiten ein umfangreiches theoretisches Hintergrundwissen (Weigl, 2016a). Die Antwortmöglichkeiten leiten sich daher durch die von den Forscherinnen durchgeführte Literaturrecherche ab und bringen Ergebnisse von Studien als mögliche Auswahl mit ein. So fanden Rochette et al. (2020) und Morley et al. (2021) heraus, dass verschiedene Kontextfaktoren, wie eine gute Einarbeitung durch Kolleg\_innen sowie allgemeine Strukturen des Arbeitsplatzes, die Umsetzung von Berufskompetenzen beeinflussen können. Dies wurde u.a. in folgender Fragestellung berücksichtigt:

\* Wodurch gelingt Ihnen das Einbeziehen der Klient\_innen in die Therapieplanung?  
(Mehrfachantwort möglich)

- Therapeut\_in - Klient\_in Beziehung
- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Motivation
- Einarbeitung durch Kolleg\_innen
- Theoretisches Hintergrundwissen
- Sonstiges (Freitextfeld)

Für die Frage der Umsetzung des professionellen Reasonings stützten sich die Forscherinnen auf die Definitionen von Feiler (2002), welche den Teilnehmer\_innen im Rahmen einer Erklärung oberhalb der Fragestellung transparent gemacht wurde.

\* Welche Reasoningform nutzen Sie am häufigsten? (Mehrfachantwort möglich)

- Prozedurales Reasoning
- Narratives Reasoning
- Konditionales Reasoning
- Scientific Reasoning
- Pragmatisches Reasoning
- Ethisches Reasoning

Zusätzlich zur geschlossenen Fragestellung dient das Anbieten eines offenen Antwortfeldes als Möglichkeit, Informationen zu erhalten, die evtl. nicht durch die vorgegebene Auswahl

abgedeckt wurden (Weigl, 2016a). Hierfür fügten die Forscherinnen stellenweise das Antwortfeld “Sonstiges” bei Nominalskalen ein. Auf weitere gänzlich offene Fragestellungen wurde aufgrund des hohen Aufwandes der Quantifizierung dieser Daten verzichtet. Lediglich die abschließende Frage 39 stellt die einzig völlig offene Fragestellung dar: „Was würden Sie benötigen, um die zur Domäne der ergotherapeutischen Expertise zugehörigen Kompetenzen verstärkt umsetzen zu können? Beschreiben Sie dies stichpunktartig.“

### 3.5.2 Durchführung der Datenerhebung

#### Pretest

Ein Pretest ist die Präsentation des Fragebogens an nicht involvierte Personen (Weigl., 2016a). Dies ermöglicht den Forscherinnen Feedback zum Ablauf des Fragebogens, Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit. Um inhaltliches Feedback der Pretester\_innen zu den genannten Aspekten zu erhalten, erstellten die Forscherinnen einen Pretest-Flyer (→ Anl. 4). Die Pretest-Phase umfasste fünf Tage und endete mit einem schriftlichen Feedback durch die Pretester\_innen. Daraufhin wurde erneut Rücksprache mit der Bachelorbegleitung gehalten, alle externen Meinungen mit eingearbeitet und der Fragebogen somit feedbackgerecht angepasst, bevor er zwei Tage später veröffentlicht wurde. (→ Anl. 6 und 7)

Die Pretester\_innen wurden durch persönliche Ansprache im Umfeld der Forscherinnen ausgewählt. Als Kriterien für Pretester\_innen waren für die Forscherinnen ein ergotherapeutischer Akademisierungsgrad - welcher nicht zwingend in Deutschland erreicht werden musste – sowie analytische Fähigkeiten Voraussetzung.

	Pretester_in 1	Pretester_in 2
Bundesland	Bayern	Bayern
Höchster ergotherapeutischer Abschluss	Bachelor of Science	Bachelor of Science
Fachrichtung	Pädiatrie	Neurologie, Pädiatrie
Arbeitssetting	Praxis	Praxis
Arbeitserfahrung	Berufseinsteiger_in (1-24 Monate)	Berufseinsteiger_in (1-24 Monate)

Tab. 3: Daten der Pretester\_innen

### Verbreitung des Fragebogens

Als Umfragetool nutzten die Forscherinnen den Umfrageserver *Questback*, welcher den Fragebogen durch einen generierten Link sowie einen QR-Code für alle internetfähigen Endgeräte bereitstellte.

Der erstellte Fragebogen wurde mittels eines Online-Flyers (→ Anl. 3) vom 14.07.2022-02.08.2022 veröffentlicht. Der Flyer wurde neben einem Teilnahmelink aufgrund der Veralltäglichsung der Mobilkommunikation (Döring & Bortz, 2016) weiterhin mit einem QR-Code für mobile Endgeräte versehen.

Durch die generierte E-Mail für die Bachelorarbeit wurde der Flyer mit einem zusätzlichen Anschreiben per E-Mail an alle deutschen Hochschulen mit ergotherapeutischen Studiengängen versendet. Hierbei wurden, wenn möglich, neben den allgemeinen Kontaktadressen der Hochschulen auch sogenannte Studiengangsbeauftragte angeschrieben. Über die tatsächliche Weiterleitung an Alumni der letzten 24 Monate kann keine Einschätzung getroffen werden, da keine Antwort seitens der Hochschulen zu verzeichnen ist. Die Hochschulen erhielten einen Reminder am 23.07.2022. Für eine höhere Teilnehmerakquise wurden zudem ergotherapeutische Accounts der Social Media Plattform Instagram mit großer Reichweite angefragt, den Flyer öffentlich zu teilen. Fünf von sechs angefragten Accounts teilten den Flyer. Weiterhin wurde der Flyer in bekannten ergotherapeutischen Gruppen der Social-Media Plattform Facebook geteilt. Zusätzlich wurde ein Aufruf zur Teilnahme an der Umfrage auf der Website des DVE und im Forum ergoXchange veröffentlicht (→ Anl. 5). Der Beitrag wurde bis zum 02.08.2022 von 125 Mitglieder\_innen des Forums ergoXchange gesehen. Am 29.07.2022 wurde der Aufruf auf ergoXchange wiederholt. Die Umfrage lief ursprünglich bis zum 29.07.2022 und wurde wegen zu geringer Anzahl an Teilnehmer\_innen zweimal, bis einschließlich 02.08.2022 verlängert. Somit war der Fragebogen 19 Tage online. Bis zum 02.08.2022 hatten 54 Teilnehmer\_innen den Fragebogen begonnen.

### **3.6 Datenaufbereitung**

In diesem Unterkapitel wird die Datenaufbereitung als siebte Phase des Forschungsprozesses erläutert. Hierbei handelt es sich um das Aufbereiten der gesammelten Rohmaterialien, um vollständige, fehlerfreie Datensätze für die anschließende Datenanalyse zu erlangen (Döring & Bortz, 2016).

Somit wurde das Material einer systematischen *Datenbereinigung* unterzogen. In der deskriptiven Statistik finden sich unterschiedliche Möglichkeiten zur Beschreibung der Daten. Die Forscherinnen entschieden sich hierbei für Microsoft Excel. Die Dateneingabe in das Tabellenkalkulationsprogramm erfolgte automatisch durch den Umfrageserver Questback durch den Export der Werte.

In den Zeilen der so entstandenen Datenmatrix wurden somit 54 Teilnehmer\_innen verzeichnet. Die einzelnen Antwortpfade wurden durch das Datum, an dem der Fragebogen ausgefüllt wurde, in Excel kenntlich gemacht. So konnten die Forscherinnen die verschiedenen Antwortpfade einsehen und nachvollziehen. Die folgenden Spalten hatten jeweils die der Frage zugehörigen Antwortmöglichkeiten als Überschrift. Die Antworten wurden mittels Excel kodiert.

Nicht plausible Werte konnten lediglich in der Option "Sonstiges" erwartet werden oder in der abschließenden, gänzlich offenen Frage des Fragebogens. Bei der Dateninspektion wurde die Option "Sonstiges" insgesamt 4-mal ausgewählt. Hierbei wurden keine nicht-plausiblen Werte erfasst. Gleiches gilt für die offene Frage am Ende des Fragebogens, welche 4 der 7 Teilnehmer\_innen beantworteten. Die Bereinigung in Excel und das Ausscheiden von Teilnehmer\_innen wurden dabei tabellarisch festgehalten (→Tab. 4)

Die erste Filterfrage stellt eine Nominalskalierung dar und wurde durch Excel mit den Werten 1 für "ja" und 2 für "nein" kodiert. Bei einem Wert von 2 war den Teilnehmer\_innen eine weitere Beantwortung nicht möglich. In Excel wurde dieser Wert bei der Bereinigung ebenfalls aus der Datenmatrix gelöscht.

Die zweite Fragestellung mittels Verhältnisskala wurde über die Werte 1, 2 und 3 kodiert. Bei einem Wert von 3 war eine weitere Beantwortung nicht möglich, weshalb von diesen Teilnehmer\_innen auch keine weiteren Daten vorhanden waren. Die Forscherinnen bereinigten diese Werte.

Die dritte Filterfrage zur Art des Studiengangs (additiv, grundständig, kein ergotherapeutisches Studium) wurde ebenfalls mit den Werten 1, 2 und 3 hinterlegt. Bei einem Wert von 3 (kein ergotherapeutisches Studium) wurden diese ebenfalls aus der Datenmatrix entfernt.

Filterfrage	Anzahl	Verlust	Verbleibend
Deutsche Hochschule	54	30	24
Berufserfahrung	24	10	14
Et-Studium	14	3	11
Unvollständig ab 2. Frage	11	4	7

Tab. 4: Datenbereinigung

Weitere Datensätze mussten von den Forscherinnen gelöscht werden, da Teilnehmer\_innen nach den Filterfragen eigenständig den Fragebogen beendeten und somit keine weiteren Werte vorlagen.

Nach der beschriebenen Datenbereinigung standen den Forscherinnen für das weitere Vorgehen sieben Datensätze zur Verfügung.

Im Zuge der vorangegangenen Phase der Operationalisierung wurden latenten Merkmalen jeweils manifeste Indikatorvariablen (numerische Messwerte zu den beobachteten Ausprägungen (Döring & Bortz, 2016)) zugeordnet.

Bei der *Umpolung* von Variablen werden den Merkmalsausprägungen von Ordinal-, Intervall- und Verhältnisskala Messwerte zugeordnet. So wurde z.B. die Frage „Häufigkeit der Durchführung einer Diagnostik“ mittels Likert-Skala dargestellt und die folgenden Messwerte (1-6) wurden den erhaltenen Antworten zugeordnet.

- Nie (1)
- Sehr selten (2)
- Selten (3)
- Oft (4)
- Sehr oft (5)
- Immer (6)

### 3.7 Datenanalyse

In der achten Phase des Forschungsprozesses geht es um die Analyse der erhobenen Daten (Döring & Bortz, 2016). Die quantitative Datenanalyse kann mittels verschiedener computergestützter Programme durchgeführt werden, wobei die Analyse vom Untersuchungstyp abhängig ist (Döring & Bortz, 2016).

Dazu werden die interessierenden Variablen, Zusammenhänge und auffällige Verteilungen mittels verschiedener Säulen- und Kreisdiagramme graphisch dargestellt. Für die Darstellung von Ordinalskalen wurden Kreisdiagramme verwendet. Zur Darstellung der Nominalskalen dienten Säulendiagramme. Abhängig von der gewählten Skalierung werden verschiedene zentrale Tendenzen, wie der Modalwert oder Mittelwert berechnet. Durch den Modalwert kann die Häufigkeitsverteilung einer Antwort dargestellt werden (Ritschl et al, 2016b). Dies wird vor allem bei Nominalskalen angewendet, um zu zeigen, welche Antwort am meisten gewählt wurde. Die Filterfragen wurden bereits in der Datenbereinigung dargestellt (→ Tab. 4). In den Resultaten finden sich weiterhin ordinal- und nominalskalierten Fragestellungen. Bei diesen wurde jeweils der Modalwert (Modus) angegeben, da der Median durch den geringen Stichprobenumfang keine repräsentativen Ergebnisse lieferte, entschieden sich die Forscherinnen dazu, die Ergebnisse mittels des Modalwerts darzustellen.

Die Abfrage der Kompetenzen der Domäne lässt eine gewisse Kategorisierung in dieser zu. Jede dieser Fragen/Variablen wurde durch die Forscherinnen deskriptiv-statistisch analysiert und anschließend durch Verwendung von Visualisierungstechniken durch Questback grafisch dargestellt.

### **3.8 Ethische Prinzipien**

„Wissenschaft dient der Gewinnung neuer Erkenntnis und hat damit notwendigerweise Auswirkungen auf die Gesellschaft“ (RatSWD, 2017). Bei der Durchführung einer Forschung ist es jedoch wichtig, sich an forschungsethische Grundsätze zu halten, durch die die eigene Praxis kritisch reflektiert werden kann (RatSWD, 2017). Unter Forschungsethik versteht man alle ethischen Richtlinien, welche bei einer Forschungsarbeit zu beachten sind (Döring & Bortz, 2016). 1964 wurde die Deklaration von Helsinki (Declaration of Helsinki) durch den Weltärztebund (World Medical Association, WMA) entwickelt. Diese beinhaltet eine konkrete Stellungnahme der ethischen Prinzipien in der medizinischen Forschung und inkludiert dabei sowohl die Forschung am, als auch identifizierbares Material und Daten von Menschen (Perkhofer & Tucek, 2016). Die Einhaltung ethischer Richtlinien auf Basis der Helsinki-Deklaration muss bei der Einreichung von Publikationen in medizinischen (gesundheitsassoziierten) Journalen bestätigt und bei Bedarf nachgewiesen werden (Perkhofer & Tucek, 2016). Da die Richtlinien der Helsinki-Deklaration den ethischen Standard für die

medizinische Forschung bilden (WMA, 2018), sind sie auch für die vorliegende Arbeit von großer Bedeutung.

Innerhalb der Bioethik, die sich als Teil der Philosophie mit dem Wert des Lebens und der Moral und somit mit den menschlichen Sichtweisen und dem menschlichen Miteinander auseinandersetzt (Moskopp, 2009), gibt es vier Säulen bzw. Grundprinzipien, die als Basis eines einheitlichen Standards zu sehen sind (Druml, 2010 zitiert nach Perkhofer & Tucek, 2016). Da medizinischer Fortschritt auf Grundlage von Forschung basiert, muss die Zusammenarbeit mit Menschen stattfinden (WMA, 2018). Im Folgenden werden die vier Grundprinzipien, die für die Zusammenarbeit mit Menschen gelten, dargestellt und in den Bezug zur vorliegenden Forschungsarbeit gesetzt.

*Autonomie* steht für Aufklärung (mit verständlicher Information) und Einwilligung der Proband\_innen (Druml, 2010 in Perkhofer & Tucek et al., 2016). Der Verantwortungsvolle Umgang mit Proband\_innen ist ein zentraler Aspekt der Forschungsethik. Dabei werden Proband\_innen auf verständliche Weise gemäß der Ethikrichtlinien der deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs, 2004) über das Forschungsthema, die Dauer, die freiwillige Teilnahme und Gewährleistung von Anonymität aufgeklärt und haben die Möglichkeit, Fragen zum Forschungsvorhaben zu stellen (Döring & Bortz, 2016).

Die Grundpfeiler des Datenschutzes sind laut Perkhofer & Tucek (2016) die Anonymität sowie die Verschwiegenheit. Unter dem Begriff „Anonymisierung“ wird das Verändern der personenbezogenen Daten verstanden, sodass die Daten nicht mehr den einzelnen Personen zugeordnet werden können. Durch den erstellten Flyer zur Teilnehmerekrutierung, in denen die Eckdaten der Forschung kurz zusammengefasst wurden und dem darin enthaltenen Link, wurden Personengruppen über die Forschungsarbeit informiert/aufgeklärt und konnten auf freiwilliger Basis teilnehmen. Beim Folgen des Links gelangten die Teilnehmer\_innen zum Fragebogen, welcher mit Hilfe von Questback erstellt wurde. Die Anonymisierung der Teilnehmer\_innen wurde somit während des gesamten quantitativen Forschungsprozesses gewährleistet.

*Wohltun* steht für die Verpflichtung von Forschenden, für das Wohl der in die Studie aufgenommenen Proband\_innen Sorge zu tragen (Druml, 2010 in Perkhofer & Tucek, 2016). Durch die Anonymisierung der Daten wurde dieses Risiko für Proband\_innen der vorliegenden Forschung ausgeschlossen. Durch die vorliegende survey research waren Teilnehmer\_innen

terminlich nicht gebunden. Durch die Option „Zurückzuspringen“, konnten Teilnehmer\_innen sich in Ruhe mit den Fragen beschäftigen und diese bei Bedarf erneut ansehen.

*Nicht-Schaden* steht für die Vermeidung von Schäden und erfolgt hierbei durch eine vorherige Nutzen- Risiko-Abwägung (Druml, 2010 in Perkhofer & Tucek, 2016). Dies bedeutet, dass Personen, die zum Beispiel ihre Zeit, ihre Daten oder ihre Erzählungen zur Verfügung stellen, keinen Schaden durch die Forschung erfahren dürfen. Dabei sollte nicht nur auf das körperliche und psychische Wohlbefinden geachtet werden, sondern auch auf mögliche sozial- und wissenschaftswirtschaftliche Folgen (RatSWD, 2017). Durch die Anonymisierung der Daten bestand für Teilnehmer\_innen kein direktes Risiko für eventuelle körperliche oder psychische Schäden. Als Risiko galten die Ergebnisse des Fragebogens, da sie den aktuellen Stand der Umsetzung der Berufskompetenzen von Berufseinsteiger\_innen darstellten. Dennoch tragen die Ergebnisse in hohem Maße zur Sicherung der Qualität und der Professionalisierung der Ergotherapie bei, da sie entweder den Bedarf der fachhochschulischen Ausbildung darstellen oder aber den Nutzen dieser für die ergotherapeutische Praxis repräsentieren.

*Gerechtigkeit* bezieht sich auf eine gerechte Lasten - Risiko -Verteilung von Studien sowie die Möglichkeit, dass alle Personen einer Gesellschaft gleichermaßen von einem medizinischen Fortschritt profitieren (Druml, 2010 in Perkhofer & Tucek, 2016). Für diese Forschung wurden keine vulnerablen Gruppen befragt und die Teilnahme erfolgte auf anonymer und freiwilliger Basis. Eine gerechte Lasten - Risiko – Verteilung wurde eingehalten (Heinrichs, 2017). Des Weiteren tragen die Ergebnisse zur Weiterentwicklung der ergotherapeutischen Praxis und der Qualität der Klient\_innen - Versorgung bei und haben somit einen Nutzen für die Allgemeinheit (RatSWD, 2017).

## 4 Resultate

In diesem Kapitel werden die Resultate der durchgeführten Studie erläutert und visuell dargestellt. Die Umsetzung der Kompetenzen innerhalb der Domäne der ergotherapeutischen Expertise bei Berufseinsteiger\_innen mit deutschem Hochschulabschluss wird grafisch wiedergegeben. Insgesamt nahmen 54 Teilnehmer\_innen an der Umfrage teil. Hiervon schieden 45 aufgrund von fehlendem ergotherapeutischen Studium, deutschen Hochschulabschluss oder einer Berufserfahrung über 24 Monate aus. Zwei Teilnehmer\_innen beendeten den Fragebogen nach den Filterfragen. Die zugehörigen Schritte der Datenbereinigung lassen sich in Kapitel 3.6 wiederfinden. Die Resultate beziehen sich daher im Folgenden auf eine Teilnehmeranzahl von n=7. Der Modalwert wurde berechnet und in der Darstellung als häufigster Wert kenntlich gemacht. Bei Kreisdiagrammen befindet sich die Frage oberhalb der Abbildung. Bei Säulendiagrammen wird die Frage innerhalb der Abbildung aufgeführt. Für die Resultate wurden die aussagekräftigsten Ergebnisse dargestellt. Fragestellungen, die in den Resultaten nicht aufgeführt werden, können in Anlage 7 eingesehen werden.

### Frage 4:

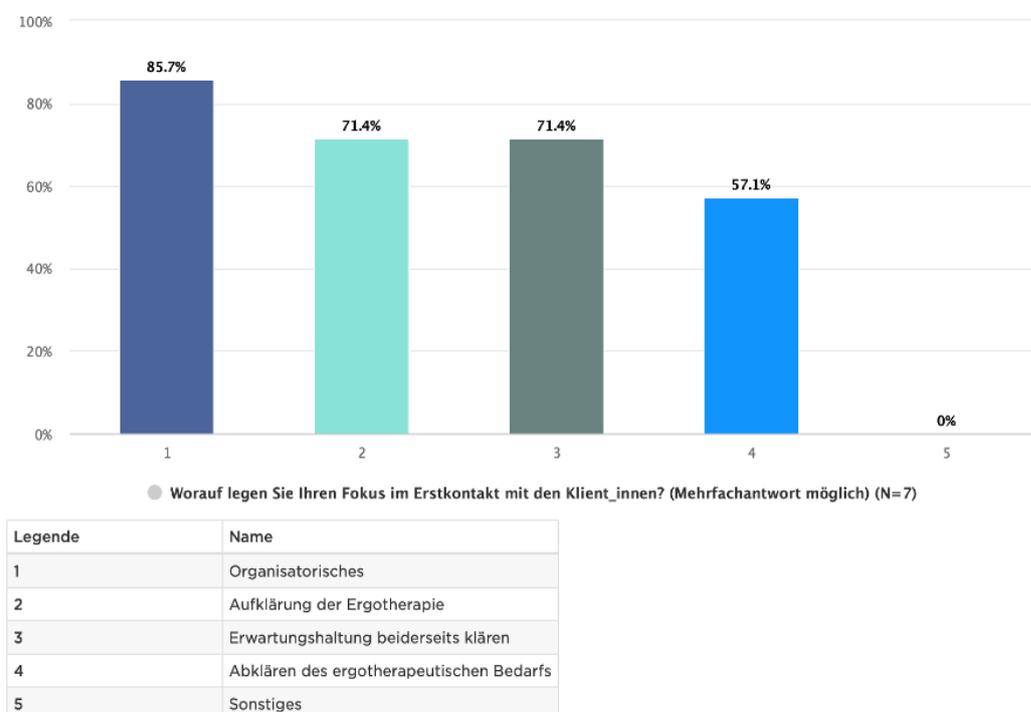


Abb. 2 Fokus im Erstkontakt

Die Kompetenz der Gestaltung des Erstkontakts mit Klient\_innen wurde durch die oben dargestellte 5-fach gestufte Nominalskala erfragt. Bei der Mehrfachantwortauswahl stellt der häufigste Wert mit 85,7% den Fokus auf die Organisation dar. Den niedrigsten Wert stellt hierbei die Abklärung des ergotherapeutischen Bedarfs dar.

Frage 5: Führen Sie eine ergotherapeutische Diagnostik durch?

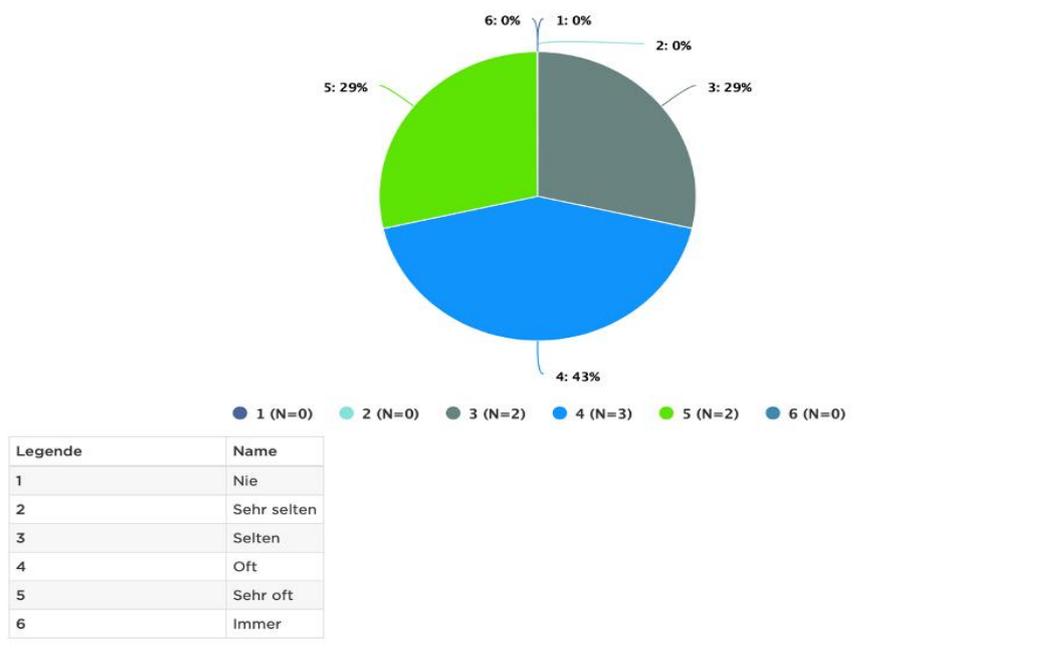


Abb. 3 Durchführung einer ergotherapeutischen Diagnostik

Die Ordinalskalen des Fragebogens sind jeweils 6-fach gestuft. Für die Kompetenz der Durchführung einer ergotherapeutischen Diagnostik, liegt der häufigste Wert mit n=3 auf der Ausprägung „Oft“. Keine\_r der Befragten gab an, „Immer“, „Nie“ oder „Sehr selten“ eine Diagnostik durchzuführen.

Frage 6:

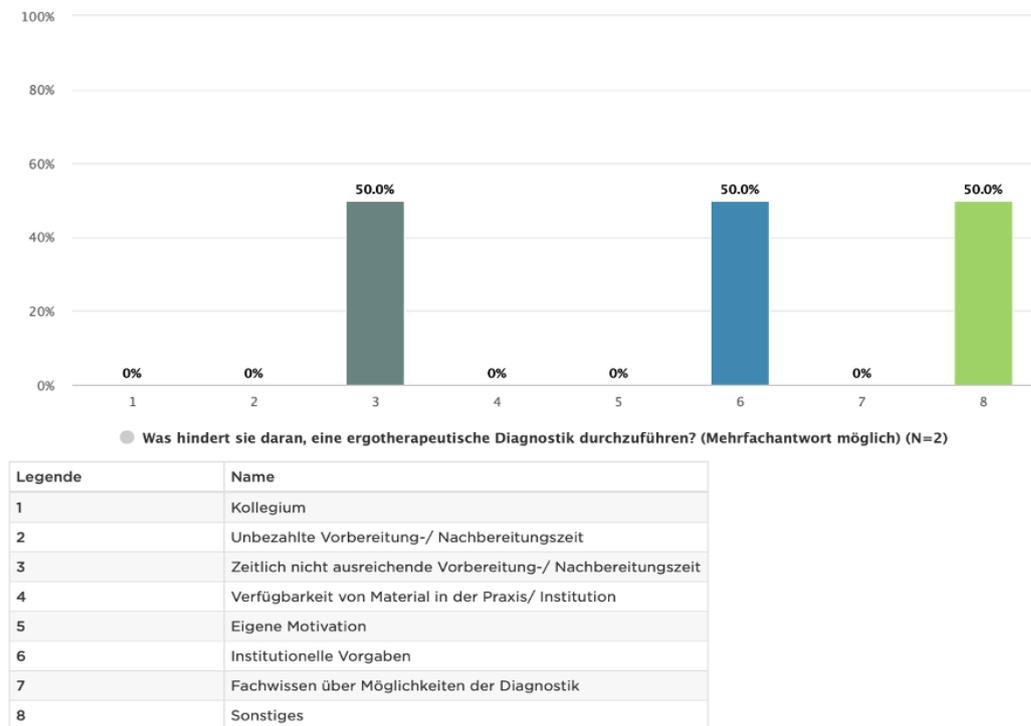
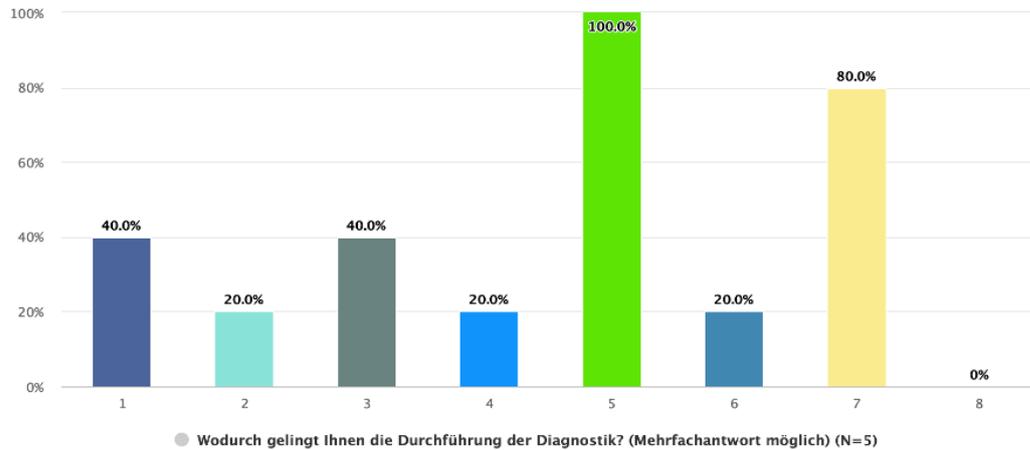


Abb. 4 Hindernisse zur Durchführung eine ergotherapeutische Diagnostik

Zwei der Teilnehmer\_innen gaben an, „Selten“ eine Diagnostik durchzuführen. Diese Antwort führte sie im Anschluss zur Frage der Barrieren in der Umsetzung der Diagnostik. Die häufigsten Werte liegen gleichermaßen auf den Faktoren „Zeitlich nicht ausreichende Vorbereitungs/-Nachbereitungszeit“, „Institutionelle Vorgaben“ sowie dem Punkt „Sonstiges“ lag. Ein\_e Teilnehmer\_in beschrieb hierbei Diagnostikverfahren als „nicht immer hilfreich in der Behandlung“ (Zitat).

Frage 7:



Legende	Name
1	Kollegium
2	Bezahlte Vorbereitung-/ Nachbereitungszeit
3	Zeitlich ausreichende Vorbereitung- / Nachbereitungszeit
4	Verfügbarkeit von Material in der Praxis
5	Eigene Motivation
6	Institutionelle Vorgaben
7	Fachwissen über die Möglichkeiten der Diagnostik
8	Sonstiges

Abb. 5 Förderfaktoren zur Durchführung einer ergotherapeutischen Diagnostik

Die Mehrheit der Teilnehmer\_innen berichtete eine Diagnostik durchzuführen, wodurch diese zu den Förderfaktoren geleitet wurden. Alle Teilnehmer\_innen benannten hierbei als Faktor die „eigene Motivation“. Als weiterer Faktor konnte ebenfalls mit 80% das „Fachwissen über die Möglichkeiten der Diagnostik“ erhoben werden.

Frage 8:

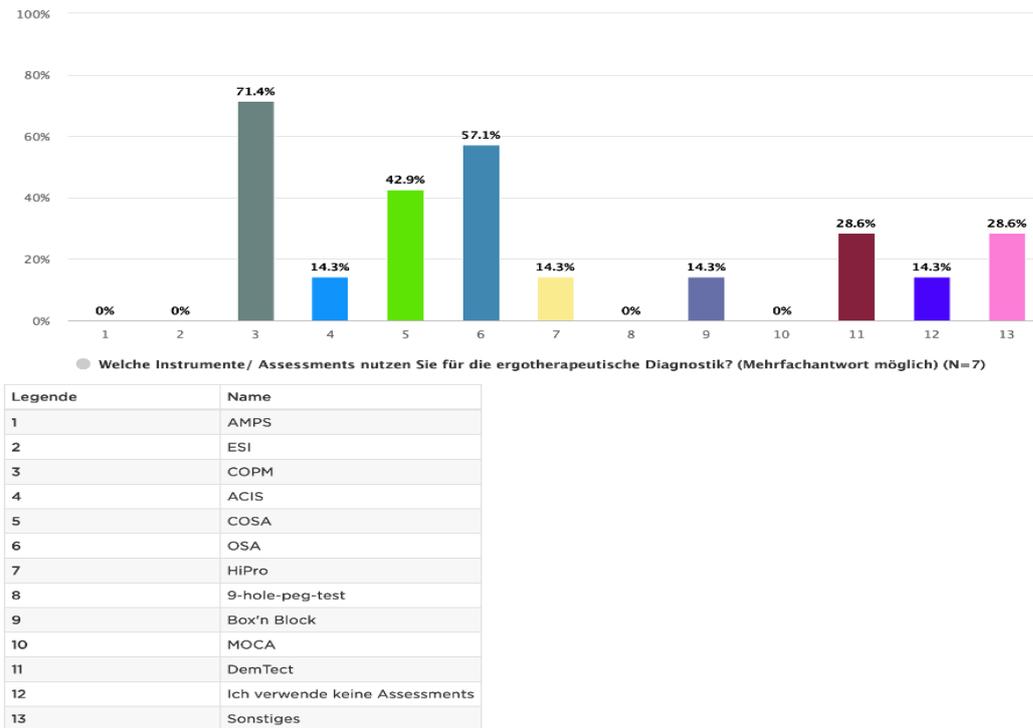
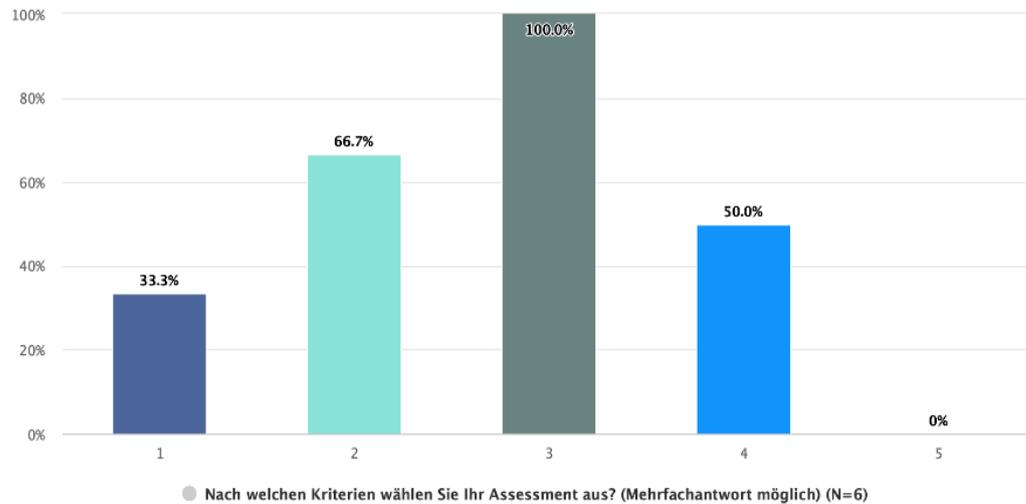


Abb. 6 Nutzung von Instrumenten/ Assessments

71,4% der Teilnehmer\_innen gaben an, für die Durchführung der Diagnostik das COPM zu nutzen. Ein\_e Teilnehmer\_in gab an, keine Assessments zu nutzen. Weiterhin lässt sich ersehen, dass hauptsächlich betätigungsorientierte und weniger funktionsorientierte Assessments genutzt werden. Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurden zusätzlich Assessments wie „M-ABC“, „Theachh (sic)“, „few (sic)“, „FEW-2“ oder „copm a Kids (sic)“ angegeben.

## Frage 9:

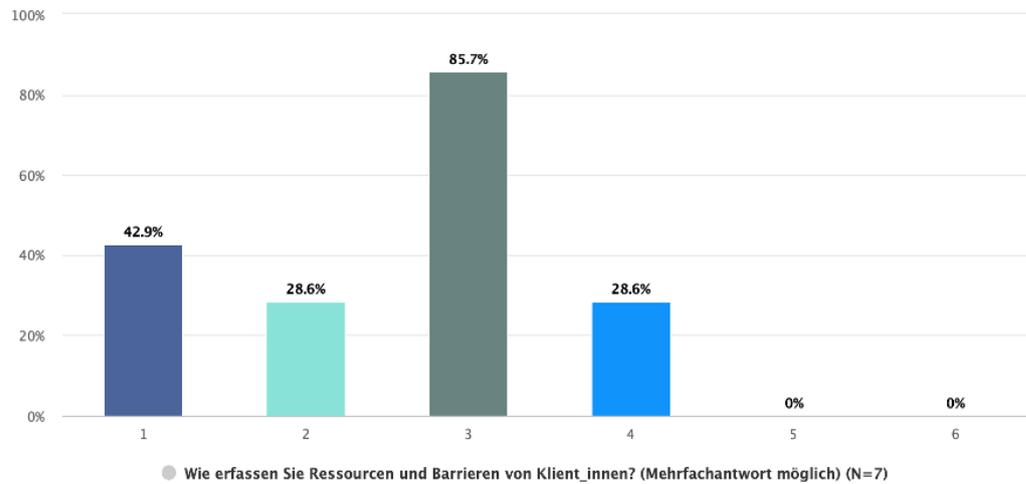


Legende	Name
1	Vorgeschrieben durch die Institution
2	Eigene Präferenz
3	Individuell und klientenzentriert
4	Vorhandenes Fachwissen über verfügbare Assessments
5	Sonstiges

Abb. 7 Kriterien zur Auswahl der Assessments

Assessments innerhalb der Diagnostik wählten Teilnehmer\_innen am häufigsten „individuell und klientenzentriert“ aus. Am wenigsten ist die Auswahl abhängig von Vorschriften durch die Institution.

Frage 10:



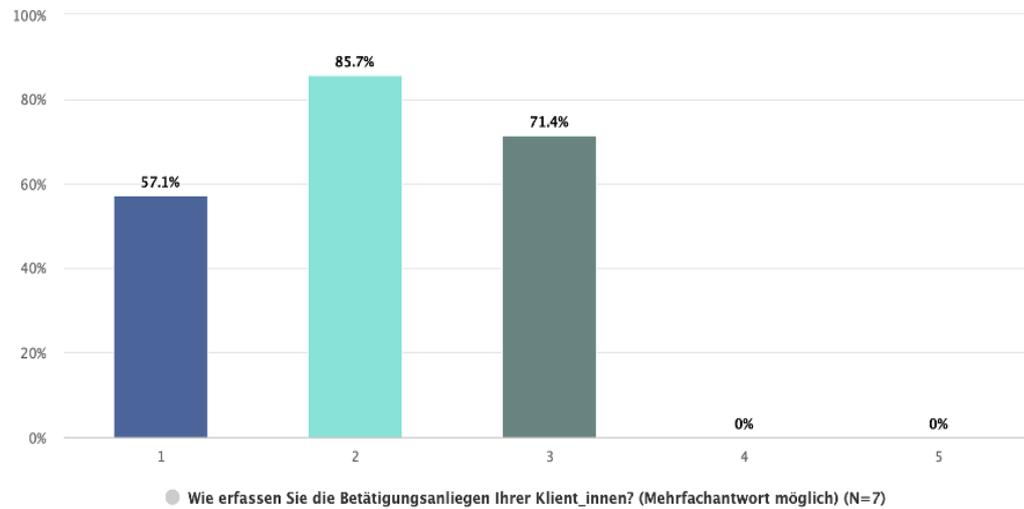
Legende	Name
1	Mittels modellgeleiteter Betrachtung
2	Anhand einer institutionell vorgegebenen Struktur
3	Offene Befragung von Klient_innen
4	Befragung des Klient_innen Systems
5	Erfasse ich nicht
6	Sonstiges

Abb. 8 Erfassen der Ressourcen und Barrieren

Die Kompetenz der „Erfassung von Ressourcen und Barrieren“ bei Klient\_innen wird von den Teilnehmer\_innen mit 85,7% am häufigsten durch eine „Offene Befragung von Klient\_innen“ gewährleistet. Des Weiteren wurde die Antwort „Mittels modellgeleiteter Betrachtung“ von Teilnehmer\_innen gewählt. Bei der Auswahl dieser Antwortmöglichkeit wurden die jeweiligen Teilnehmer\_innen gebeten, die hierfür verwendeten Modelle anzugeben (→ Anl. 7, Frage 11). Der am häufigsten genannte Wert lag hier gleichermaßen bei „CMOP-E“ und „MOHO“

Als förderlicher Faktor bei der Erfassung von Ressourcen und Barrieren der Klient\_innen wurde bei der anschließenden Frage 12 (→ Anl. 7) mit 85,7% am häufigsten die „Motivation“ als auch „Theoretisches Wissen und Verständnis ergotherapeutischer Theorien“ als Einfluss hierauf benannt. „Vorhandenes Material“ und „Institutionelle Vorschriften“ wurden im Vergleich weniger als einflussreich betrachtet.

## Frage 14:



Legende	Name
1	Assessment
2	Offene Befragung
3	Therapeutische Beobachtung
4	Ich erfasse Betätigungsanliegen nicht
5	Sonstiges

Abb. 9 Betätigungsanliegen erfassen

Eine weitere Kompetenz der ergotherapeutischen Expertise beschreibt die Erfassung von Betätigungsanliegen der Klient\_innen. Alle Teilnehmer\_innen geben an, Betätigungsanliegen zu erfassen. Dazu wird am häufigsten die „Offene Befragung“ genutzt.

Frage 15:

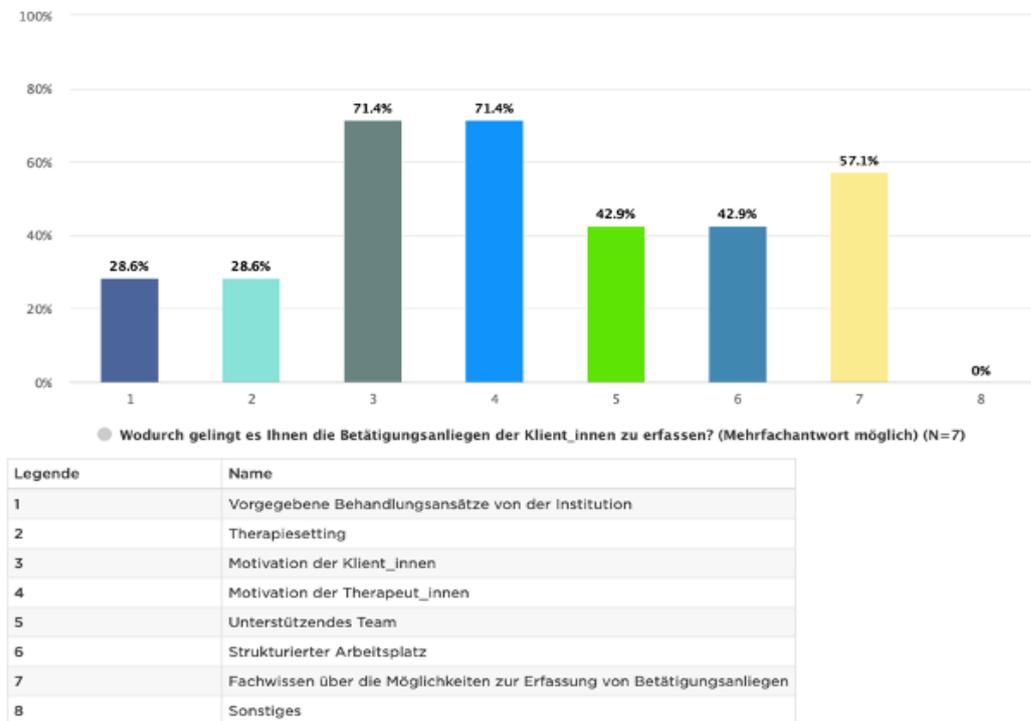
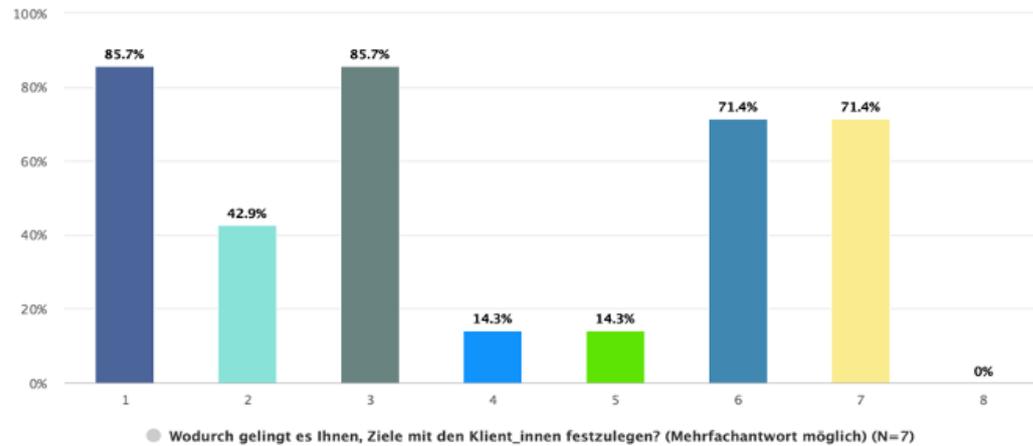


Abb. 10 Förderfaktoren zur Erfassung der Betätigungsanliegen

In dieser Darstellung wird verdeutlicht, dass das Erfassen von Betätigungsanliegen der Klient\_innen am besten durch die Motivation der Klient\_innen und durch die Motivation der Therapeut\_innen gelingt. Zusätzlich wurde die Antwortmöglichkeit “Fachwissen über die Möglichkeiten zur Erfassung von Betätigungsanliegen” mit 57,1% häufig gewählt.

In Frage 17 (→ Anl.7) wurde danach gefragt, wer festlegt, welches Betätigungsanliegen zuerst in der Therapie behandelt wird. Die Antworten “Klient\_in” und „Gemeinsam“, wurden mit jeweils 57,1% gleichwertig durch die Teilnehmer\_innen angegeben. 28,6% der Teilnehmer\_innen wählten das „Klientensystem“.

Frage 18:



Legende	Name
1	Therapeut_in - Klient_in Beziehung
2	Genügend Zeit
3	Motivation
4	Wurde in der Hochschule vertieft behandelt
5	Kolleg_innen als Vorbild
6	Eigenständige Auseinandersetzungen mit Zielformulierungsstrategien
7	Wissen über verschiedene Zielformulierungsstrategien
8	Sonstiges

Abb. 11 Förderfaktoren zur Festlegung der Ziele

In Frage 18 gaben die meisten der Teilnehmer\_innen an, die Zielformulierung nach SMART(I) durchzuführen. Weiterhin nutzten Teilnehmer\_innen die COAST Methode. In Frage 19 (→ Anl.7) wählten die meisten Teilnehmer\_innen, dass ihnen die „Therapeut\_in-Klient\_in Beziehung“ sowie die „Motivation“ als Ressourcen für das Festlegen von Zielen dienen. Des Weiteren wählten Teilnehmer\_innen die „Eigenständige Auseinandersetzung mit Zielformulierungsstrategien“ sowie das „Wissen über verschiedene Zielformulierungsstrategien“ als hilfreiche Ressource.

Frage 21: Beziehen Sie Klient\_innen in die Therapieplanung mit ein?

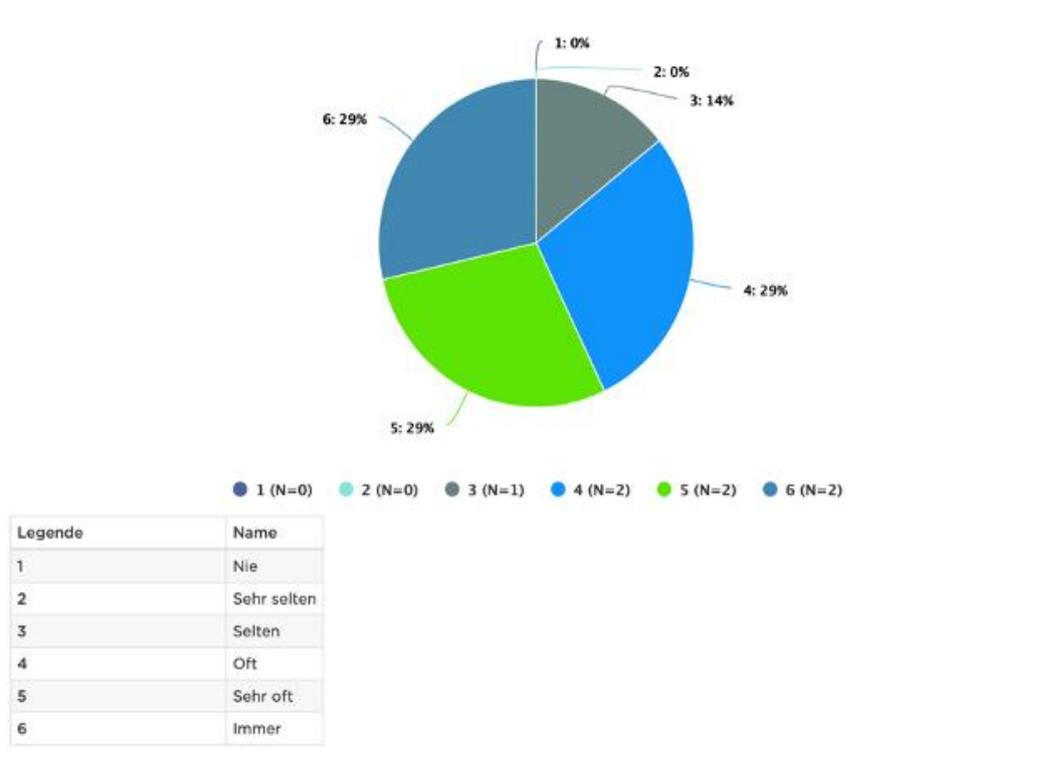


Abb. 12 Einbezug der Klient\_innen in die Therapieplanung

Bei der Einbeziehung von Klient\_innen in die Therapieplanung, gaben die Teilnehmer\_innen an, dies „Immer“ (n=2), „Sehr oft“ (n=2) oder „Oft“ (n=2) zu tun. Ein\_e Teilnehmer\_in gab an, Klient\_innen „Selten“ mit in die Therapieplanung einzubeziehen, wodurch diese zu den anschließend aufgeführten Barrieren in der Umsetzung geleitet wurde.

Frage 22:

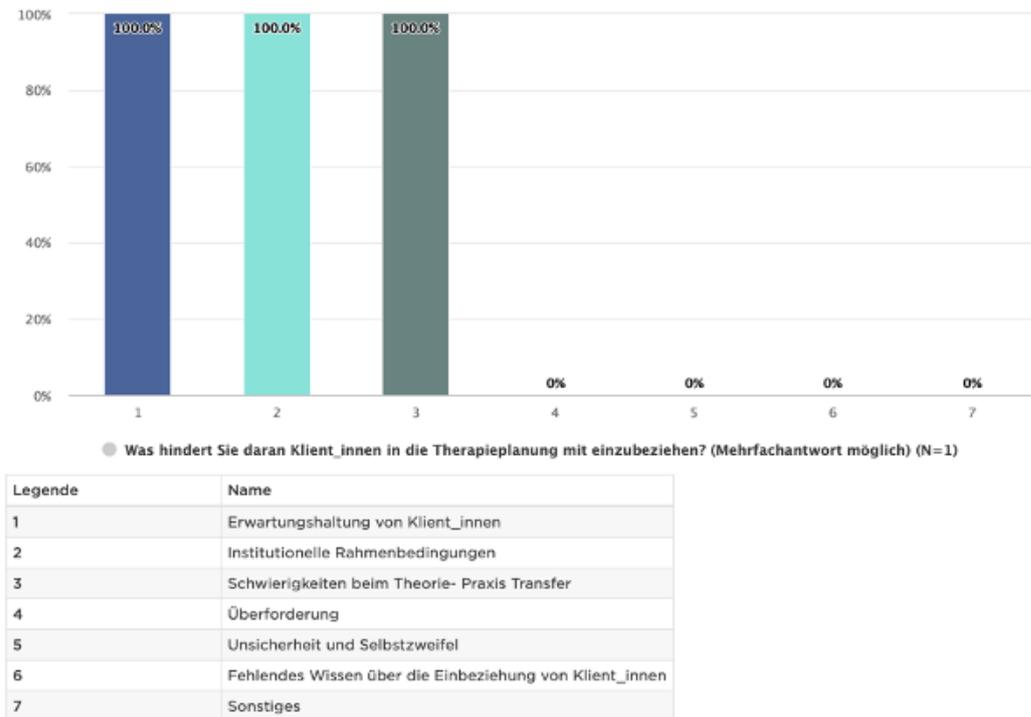


Abb. 13 Hindernisse beim Einbezug der Klient\_innen in die Therapieplanung

Zur Frage 22 wurde nur ein\_e Teilnehmer\_in geleitet. Diese\_r gab die „Erwartungshaltung von Klient\_innen“, die „Institutionellen Rahmenbedingungen“ sowie „Schwierigkeiten beim Theorie-Praxis Transfer“ als Hindernisse bei der Umsetzung dieser Kompetenz an.

Frage 23:



Legende	Name
1	Therapeut_in - Klient_in Beziehung
2	Institutionelle Rahmenbedingungen
3	Motivation
4	Einarbeitung durch Kolleg_innen
5	Theoretisches Hintergrundwissen
6	Sonstiges

Abb. 14 Förderfaktoren beim Einbezug der Klient\_innen in die Therapieplanung

Alle Teilnehmer\_innen gaben an, dass ihnen die Einbeziehung der Klient\_innen in die Therapieplanung durch “die Therapeuten\_in - Klient\_in Beziehung” gelingt. Als weitere Ressourcen wählten die Teilnehmer\_innen die Motivation (83,3%), sowie das „Theoretische Hintergrundwissen“ (66,7 %) als Antwort aus.

Frage 24:

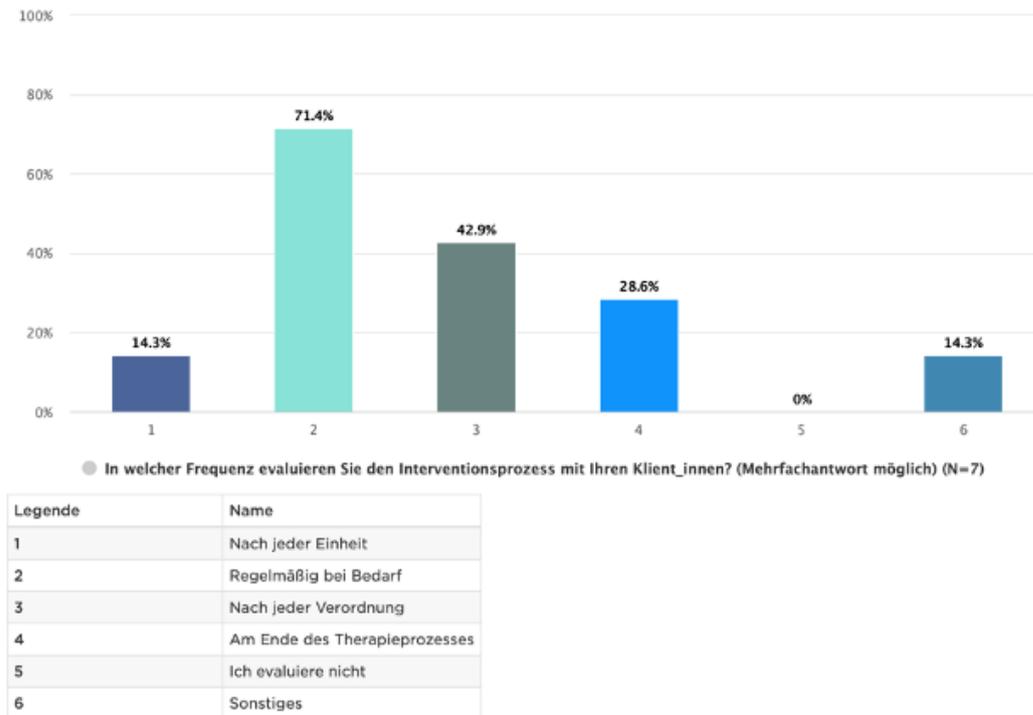


Abb. 15 Frequenz der Evaluation im Interventionsprozess

Bei der Betrachtung der Frage, in welcher Frequenz der Interventionsprozess evaluiert wird, wurde die Antwort „Regelmäßig bei Bedarf“ zu 71,4 % gewählt. „Nach jeder Verordnung“ wurde von den Teilnehmer\_innen mit 42,9% angegeben und mit dem Prozentwert von 28,6% gaben die Teilnehmer\_innen an, am Ende des Therapieprozesses zu evaluieren. Unter dem Reiter „Sonstiges“, beschrieben Teilnehmer\_innen folgendes: „Bei Langzeitpatienten, die es in der Praxis leider oft gibt, seltener“ (Zitat).

Frage 25:

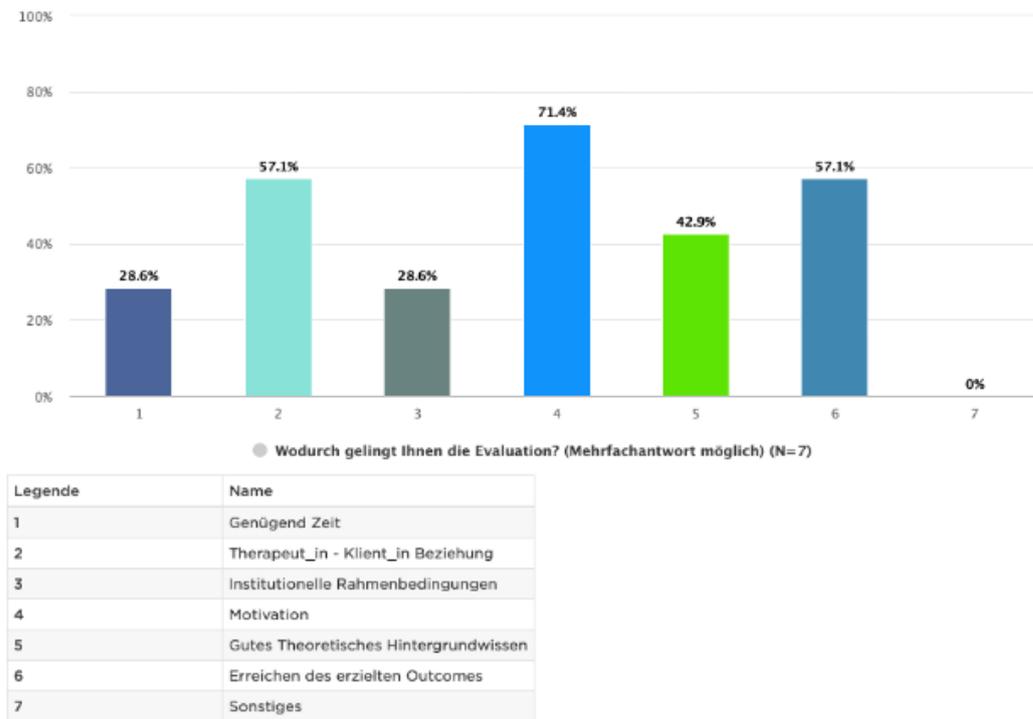


Abb. 16 Förderfaktoren Evaluation

Auf die Frage zu den Förderfaktoren der Evaluation gab die Mehrheit „Motivation“ an. Darauf folgten „Therapeuten-Klienten Beziehung“ mit 57,1% und „Erreichen des erzielten Outcomes“ mit 42,9%.

Frage 27 (→ Anl. 7) erfasste, wie die gesammelten Daten festgehalten werden. Alle Teilnehmer\_innen gaben an, diese durch „Arztberichte“ sowie „Schriftlich im Dokumentationssystem“ festzuhalten.

Frage 28: Bringen Sie das professionelle Reasoning in ihren Behandlungsprozess mit ein?

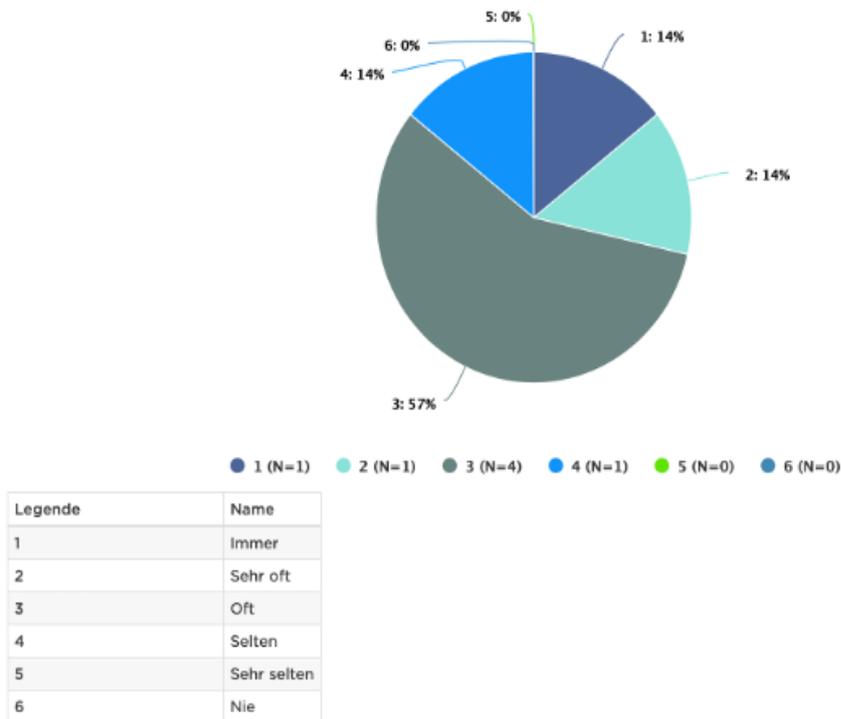
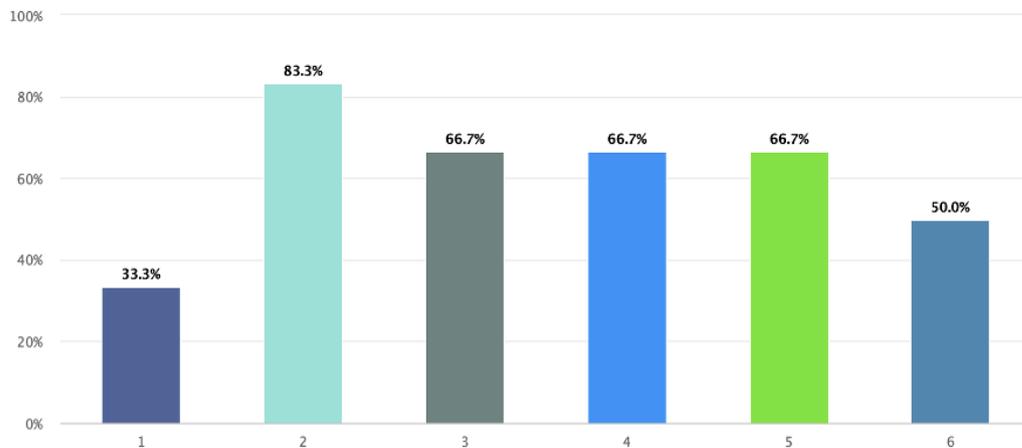


Abb. 17 Einbezug des professionellen Reasonings

Ob das professionelle Reasoning in der ergotherapeutischen Praxis angewendet wird, beantworteten 57% (n=4) Teilnehmer\_innen mit “Oft”. Ein\_e Teilnehmer\_in beantwortete die Frage mit “Selten”.

Frage 29:



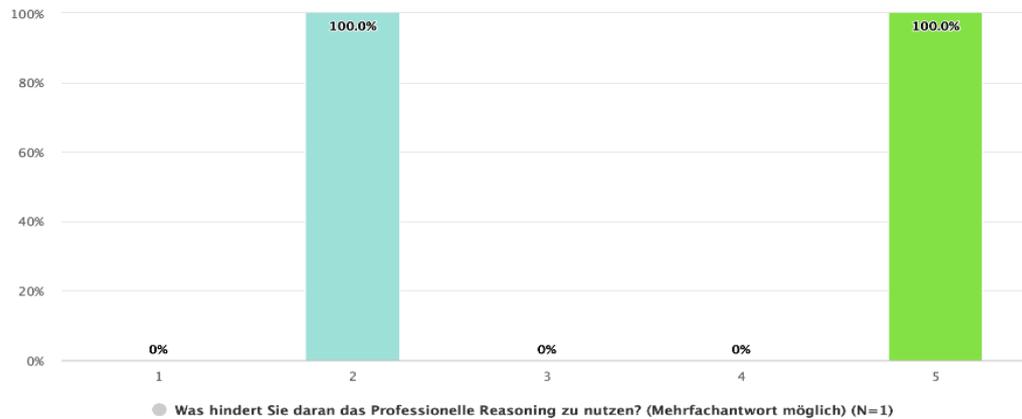
● Welche Reasoningform nutzen Sie am häufigsten? (Mehrfachantwort möglich) (N=6)

Legende	Name
1	Prozedurales Reasoning
2	Narratives Reasoning
3	Konditionales Reasoning
4	Scientific Reasoning
5	Pragmatisches Reasoning
6	Ethisches Reasoning

Abb. 18 Nutzung der Reasoningformen

Die am häufigsten genutzte Reasoningform stellt das „Narrative Reasoning“ dar. Weitere häufig genutzte Formen sind das konditionale-, scientific- und pragmatische Reasoning. Die Abbildung zeigt, dass diese Reasoningformen relativ ausgewogen in der ergotherapeutischen Praxis angewendet werden.

Frage 30:



Legende	Name
1	Wurde in der Hochschule nicht behandelt
2	Wurde in der Hochschule wenig behandelt
3	Damit habe ich mich noch nicht ausreichend beschäftigt
4	Die verschiedenen Reasoningformen sind mir nicht bekannt
5	Sonstiges

Abb. 19 Hindernisse zur Nutzung des professionellen Reasonings

Eine Barriere in der Umsetzung des professionellen Reasonings ist die nicht ausreichende Behandlung der verschiedenen Reasoningformen in der Hochschule, wodurch das Wissen über die Anwendung in der ergotherapeutischen Praxis fehlt. Der/Die Teilnehmer\_in nutzte zudem die Antwortmöglichkeit "Sonstige". Dies geschah ohne eine genauere Beschreibung.

Frage 31: Richten sie Ihr therapeutisches Handeln vorwiegend an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens aus?

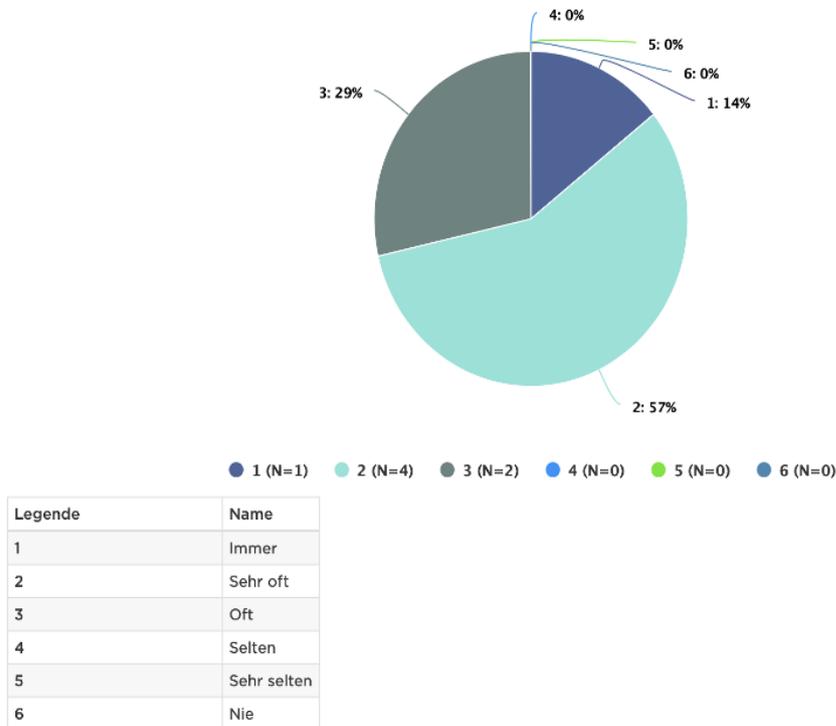
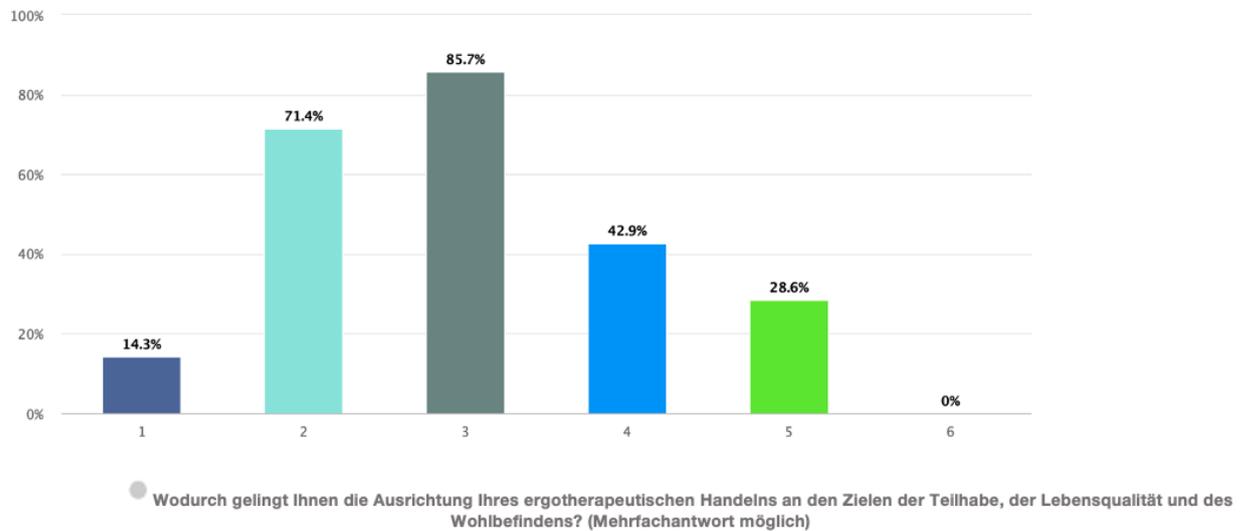


Abb. 20 Ausrichtung des therapeutischen Handelns

Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden stehen im Vordergrund der ergotherapeutischen Behandlung. Dies bestätigt sich dadurch, dass 57% der Teilnehmenden (n=4) die Frage 31 mit “Sehr oft” beantworteten weitere 29% (n=2) beantworteten die Frage mit “Oft”.

Frage 33:



Legende	Name
1	Institutionelle Rahmenbedingungen
2	Erwartungshaltung der Klient_innen
3	Therapeutische Motivation
4	Adäquate Vor- und Nachbereitungszeit
5	Theoretisches Hintergrundwissen
6	Sonstiges

Abb. 21 Gelingen der Ausrichtung des ergotherapeutischen Handelns

Die in Abbildung 23 dargestellte Kompetenz, die die Ausrichtung des ergotherapeutischen Handelns an den Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens beschreibt, gelingt am häufigsten durch die „Therapeutische Motivation“ sowie durch die „Erwartungshaltung von Klient\_innen“.

Frage 34: Berücksichtigen Sie in der Gestaltung der ergotherapeutischen Diagnostik, Intervention und Evaluation fortlaufend ein breites und integriertes berufliches Wissen, einschließlich der aktuellen fachlichen Entwicklung sowie die Berufsethik?

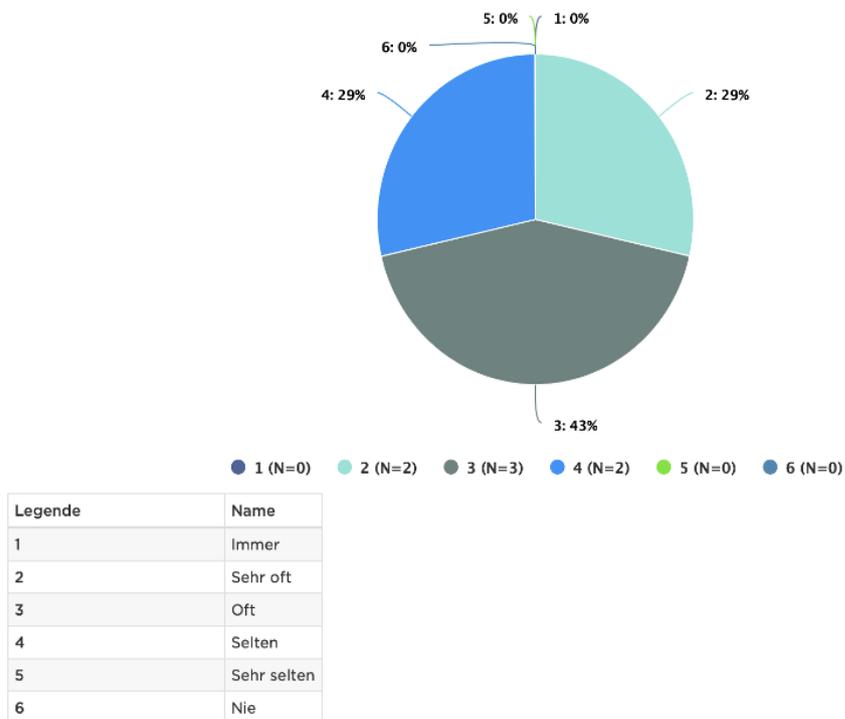


Abb. 22 Berücksichtigen der fachlichen Entwicklung und Berufsethik

Die Umsetzung der Kompetenz, die Diagnostik, Intervention und Evaluation an dem beruflichen Wissen, der fachlichen Entwicklung sowie der Berufsethik zu orientieren, wird durch die häufigste Antwort „Oft“ von 43% (n=3) bestätigt. Jeweils 29% beantworteten die Frage mit „Selten“ (n=2) oder „Sehr oft“ (n=2).

Frage 35: Würden Sie von sich behaupten, dass sie evidenzbasiert arbeiten?

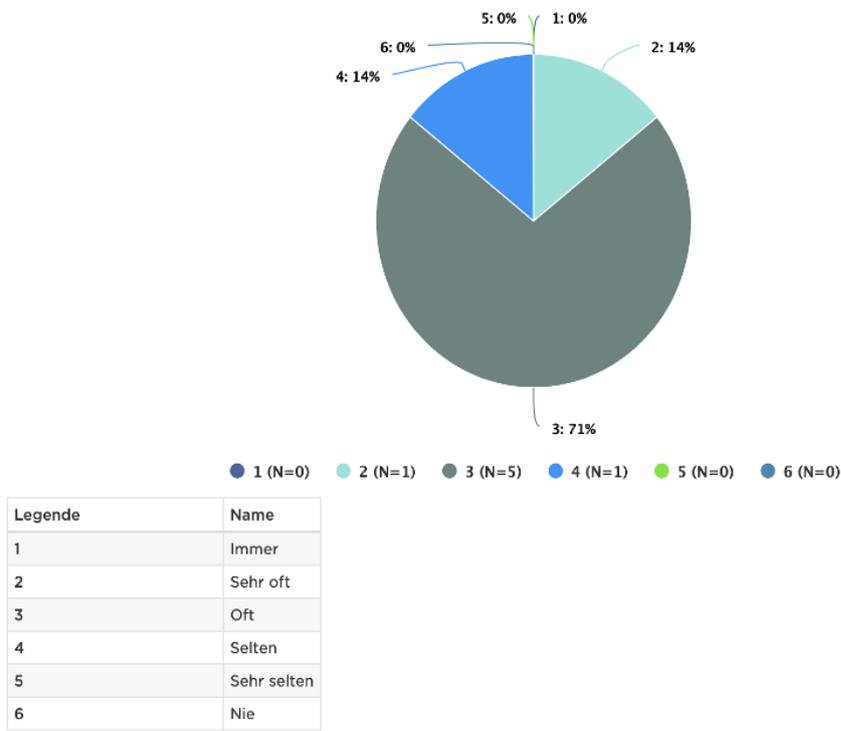


Abb. 23 Evidenzbasiert arbeiten

Ob Teilnehmer\_innen evidenzbasiert arbeiten wurde von 71% (n=5) am häufigsten mit „Oft“ beantwortet. Ein\_e Teilnehmer\_in beantwortete diese Frage mit „Selten“, wodurch diese\_r zu Frage 38 (→ Anl. 7) weitergeleitet wurde, die zum Ziel hat, die Barrieren, die die Umsetzung beeinflussen, herauszufinden.

Als Barrieren stellten sich hierbei Zeitmangel, fehlender Zugriff auf wissenschaftliche Datenbanken sowie fehlende Nutzungs- und Anwendungsmöglichkeiten heraus.

Frage 36:

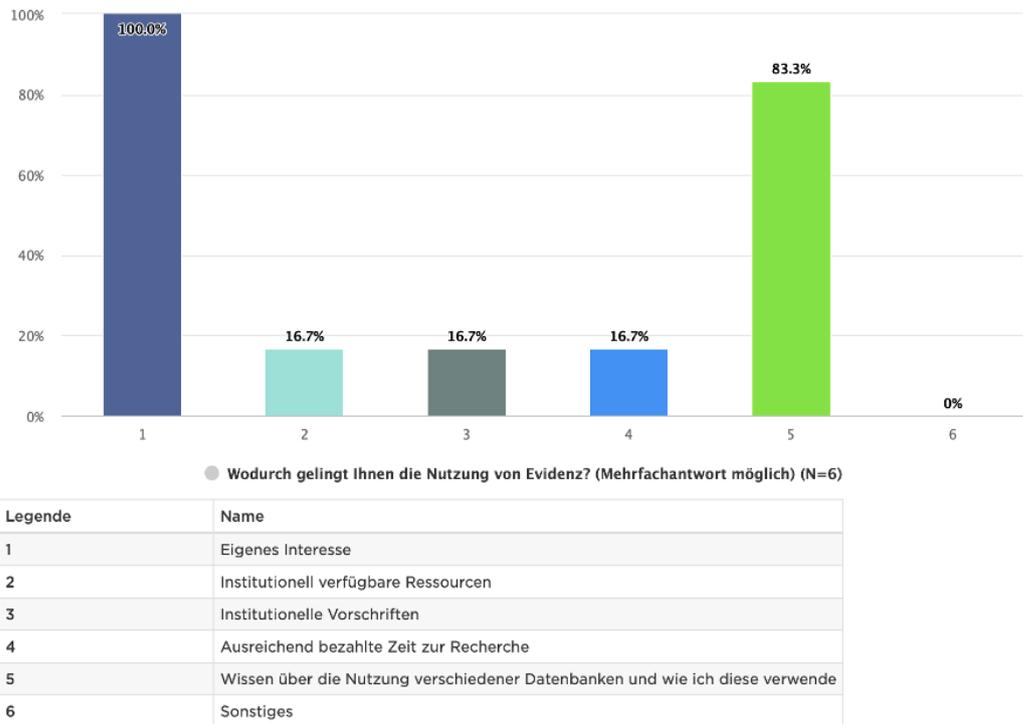
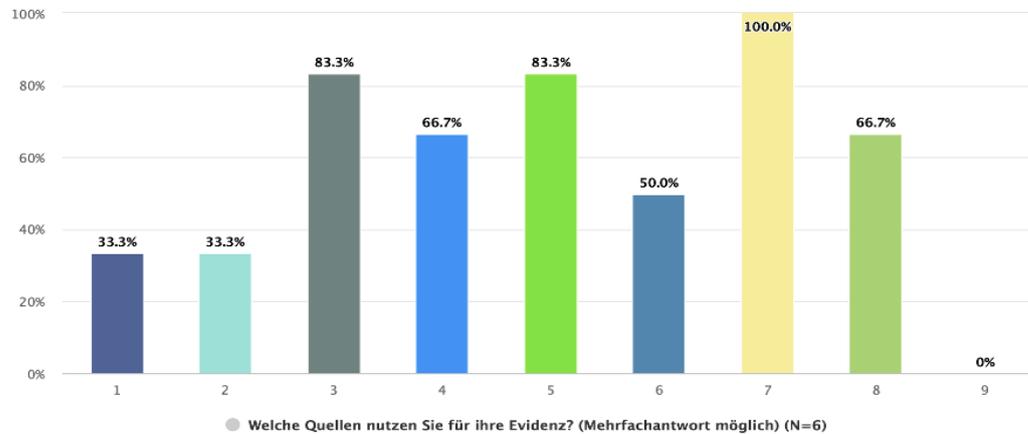


Abb. 24 Förderfaktoren zur Nutzung von Evidenz

Ressourcen zur Umsetzung von evidenzbasierten Arbeiten sind am häufigsten geprägt durch das „Eigene Interesse“, gefolgt vom Wissen über wissenschaftliche Datenbanken und der Verwendung dieser.

Frage 37:



● Welche Quellen nutzen Sie für ihre Evidenz? (Mehrfachantwort möglich) (N=6)

Legende	Name
1	Rücksprache mit Kolleg_innen
2	Institutionell verfügbare Ressourcen
3	Wissenschaftliche Datenbanken
4	Fachzeitschriften
5	Fachbücher
6	Allgemeine Internetquellen
7	Fortbildungen
8	Wissen und Erfahrungen von Klient_innen
9	Sonstiges

Abb. 25 Quellen für Evidenz

Als Quelle für die Nutzung von Evidenz gaben alle Teilnehmer\_innen “Fortbildungen” an. Wissenschaftliche Datenbanken, Fachbücher und das Wissen und die Erfahrungen von Klient\_innen stellten sich als ebenfalls relevant dar.

Frage 39:

TEXT

---

Vor- und Nachbereitungszeit, Motivation der Klient\*innen

---

Wissen darüber der Institution

---

Mehr Dokumentationszeit

---

Ein Allgemeingültiges Vorgehen dazu, das ohne viel Zeitaufwand genutzt werden kann. Gleiche Voraussetzungen/Vorgehen bei Kolleginnen, Einbindung in die Arbeitszeit

---

- mehr Material (Assessments etc.) welches vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt wird

Abb. 26 Benötigung zur Umsetzung der ergotherapeutischen Expertise

In der letzten Frage wurden die Teilnehmer\_innen gebeten, stichpunktartig zu beschreiben, was sie benötigen würden, um die Kompetenzen der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ verstärkt in ihrer Praxis umsetzen zu können. Die Frage wurde nicht von allen Teilnehmer\_innen beantwortet. Die Ergebnisse werden in Abbildung 28 dargestellt. Eine quantitative Inhaltsanalyse ist aufgrund der geringeren Anzahl der Antworten nicht erfolgt. In der Diskussion nehmen die Forscher\_innen allerdings Bezug zu den Ergebnissen.

## 5. Diskussion

Im folgenden Kapitel setzen sich die Forscherinnen intensiv mit den Zusammenhängen der Forschungsergebnisse auseinander. Diese werden näher beschrieben, reflektiert sowie in Bezug zu vorhandener Literatur und den zu erreichenden Kompetenzen des ergotherapeutischen Kompetenzprofil des DVE gestellt. Die ausgewerteten Ergebnisse der Studie werden zuerst mit den gestellten Leitfragen- und anschließend mit der Forschungsfrage verknüpft und von den Forscherinnen beantwortet. Im Anschluss daran, werden die Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit kritisch analysiert.

Die Forscherinnen gestalteten den Aufbau des Fragebogens nach den einzelnen erforderlichen Kompetenzen des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE, wobei Teilnehmer\_innen je nach gewählter Antwort zu den Barrieren oder Ressourcen, die die Umsetzung der entsprechenden Kompetenz beeinflussen, weitergeleitet wurden.

*Diskussion Leitfrage 1: Welche Faktoren beeinflussen die Umsetzung der Domäne “ergotherapeutische Expertise” und der dazugehörigen Kompetenzen positiv und welche Faktoren hindern die Umsetzung der “ergotherapeutischen Expertise” und ihrer Kompetenzen?*

Im Zuge des Erstkontaktes mit Klient\_innen lag der ausgewählte Fokus der Teilnehmer\_innen zu Beginn der Behandlung auf der Abklärung des Organisatorischen. Die Antwortoption “Abklärung des ergotherapeutischen Bedarfs” wurde mit der geringsten Prozentzahl gewertet. Rückschließend gehen die Forscherinnen davon aus, dass aufgrund des § 3 Abs. 1 Heilm-RL des GKV, indem die Verordnung durch einen Vertragsarzt vorausgehen muss (Deutscher Bundestag, 2022), die Abklärung des ergotherapeutischen Bedarfs den Teilnehmenden weniger wichtig erschien und dieser aufgrund der Heilmittelverordnung in den Hintergrund rückt. Therapeut\_innen, die die Leistungen erbringen, sind dabei grundsätzlich an die Verordnung gebunden (Deutscher Bundestag, 2022). Im Gegensatz dazu würde ein Direktzugang Ergotherapie die Verpflichtung mit sich bringen, zu Beginn der Behandlung den ergotherapeutischen Bedarf abzuklären, und mittels der fachlichen Kompetenz „Red- flags“ auszuschließen (Konrad et al., 2015).

Die Umsetzung der Kompetenz “ergotherapeutische Diagnostik” beinhaltet das Betrachten der Betätigungsanliegen von Klient\_innen in ihrer Ausführung innerhalb des natürlichen Umfelds.

Dabei können Ergotherapeut\_innen Assessments nutzen, die sie bei der Erhebung von Betätigungsanliegen unterstützen (van Hartingsveldt et al., 2019). Die Ergebnisse zeigen, dass viele der Teilnehmer\_innen die Durchführung einer Diagnostik in ihrer praktischen Tätigkeit bestätigen. Zur Unterstützung wählten sie am häufigsten Assessment, wie das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) und das Occupational Self Assessment (OSA). Beide Assessments dienen zur Erhebung aktueller Betätigungsanliegen von Klient\_innen sowie dazu, Veränderungen in der Ausführung einer Betätigung und der Partizipation von Klient\_innen zu messen (Enemark Larsen et al., 2018; Kielhofner et al., 2010). Die Resultate zeigen ein allgemeines klientenzentriertes und individuelles Vorgehen der Teilnehmer\_innen. Innerhalb der Kategorie „Sonstiges“ wurden weitere Assessments genannt, darunter das Movement Assessment Battery for Children (M-ABC) oder der Frostig Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW) für den Fachbereich Pädiatrie. Hierbei wurde ersichtlich, dass speziell für die Pädiatrie funktionelle Assessments angegeben wurden, da sich die Assessments auf Körperfunktionen, wie die motorischen Fähigkeiten und die visuelle Wahrnehmung richten (Jaiaw, R.& Satiansukpong, N., 2019; Renner et al., 2021). Barrieren, denen Teilnehmer\_innen bei der Umsetzung der Kompetenz „ergotherapeutische Diagnostik“ begegnen, sind fehlende Vor- und Nachbereitungszeit sowie institutionelle Vorgaben. Der Vertrag über die Versorgungen mit Leistungen der Ergotherapie (§125, Absatz 1, SGB V), legt eine 15-minütige Vor- und Nachbereitungszeit pro Behandlungseinheit, neben der erbrachten Therapiezeit, fest (GKV Spitzenverband, 2022). Dass die Vor- und Nachbereitungszeit von den Teilnehmer\_innen als Barriere angegeben wird, kann daran liegen, dass diese Zeit bisher nicht gleichermaßen von Arbeitgeber\_innen angeboten oder entsprechend vergütet wird. Als Ressourcen bei der Umsetzung der Diagnostik konnten Faktoren wie die eigene Motivation und das Fachwissen über die Möglichkeit der Diagnostik ausgemacht werden. Dies bestätigen die erhobenen Ressourcen der im theoretischen Hintergrund aufgegriffenen Studienergebnisse von Rochette et al. (2020) und Murray et al. (2015).

Weitere ausschlaggebende Einflussfaktoren begegneten den Teilnehmer\_innen bei der Umsetzung der Kompetenz „Erfassen von Ressourcen und Barrieren“. Einige der Teilnehmer\_innen gaben an, diese mittels modellgeleiteter Befragungen zu erfassen, wobei Inhaltsmodelle wie das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) oder das Model of Human Occupation (MOHO) genutzt wurden. Dennoch wurde in den Ergebnissen sichtbar, dass Teilnehmer\_innen eine offene Befragung von Klient\_innen

bevorzugen. Bereits 2008 wurden das Canadian Model of Occupational performance (CMOP), welches das Vorgängermodell des CMOP-E ist, sowie das MOHO, als die bekanntesten Inhaltsmodelle in Deutschland und der Schweiz anerkannt (Köller, 2008). Dass viele Teilnehmer\_innen sich vorzugsweise für eine offene Befragung entschieden, könnte daran liegen, dass die Umsetzung des modellgeleiteten therapeutischen Handelns in Deutschland aufgrund verschiedener interner und externer Faktoren generell nur langsam vorangeht (Bühler & Mohr, 2019). Erneut wirken sich jedoch die Faktoren Motivation und ein gutes theoretisches Wissen positiv auf die Umsetzung aus.

Auch für die Umsetzung der Kompetenz „Erfassen von Betätigungsanliegen“ präferierten die Teilnehmer\_innen die offene Befragung der Klient\_innen sowie die therapeutische Beobachtung. Klient\_innen und Therapeut\_innen Motivation sowie eine gute wissenschaftliche Kenntnis über Möglichkeiten zur Erfassung von Betätigungsanliegen dienten auch hier als Ressourcen für die Umsetzung der Kompetenz.

Für die Kompetenz der Zielfestlegung wurden am häufigsten Zielformulierungsstrategien wie SMART(I) und COAST verwendet. Hierbei gaben alle Teilnehmer\_innen an, Ziele mit ihren Klient\_innen zu vereinbaren. Dabei wählten Klient\_innen einzeln oder mit den Therapeut\_innen gemeinsam aus, welches Betätigungsanliegen zuerst behandelt wird. Als Ressourcen konnten die Therapeut\_in/ Klient\_in Beziehung, Motivation, die eigenständige Auseinandersetzen mit Zielformulierungsstrategien sowie das Wissen über die verschiedenen Zielformulierungsstrategien identifiziert werden. Der Erfolg einer ergotherapeutischen Intervention ist in großem Maß von der Zielformulierung abhängig (Mayor et al., 2014), da das Erreichen des erzielten Outcomes nicht nur die Motivation der Klient\_innen beeinflusst (Mayor et al., 2014), sondern auch die der Therapeut\_innen (Murray, 2015). Die von den Teilnehmer\_innen gewählten Zielformulierungsstrategien lassen dabei auf eine betätigungszentrierte Praxis schließen, was die Umsetzung der Kompetenzen, entsprechend dem ergotherapeutischen Paradigma der Partizipation befürwortet (Mentrup, 2013). Die Anwendung der entsprechenden Zielformulierungsstrategien gelingt den Teilnehmer\_innen besonders durch die eigene Motivation, der Therapeut\_in/ Klient\_in Beziehung und dem Wissen über Zielformulierungsstrategien sowie der eigenständigen Auseinandersetzung mit diesen. Die Zielsetzung zeigt sich demnach abhängig von der Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut\_innen und Klient\_innen (Mayor et al., 2014).

Ob Klient\_innen in die Therapieplanung mit einbezogen werden, wurde durch die Teilnehmer\_innen anhand der Antworten „Sehr oft“ und „Oft“ bestätigt. Die Ressourcen zur Umsetzung dieser Kompetenz werden auch hier durch die Therapeut\_in/ Klient\_in Beziehung beeinflusst. Rückschließend geht daraus hervor, dass sich die gemeinsame Therapieplanung bei einer unzureichend entwickelten Therapeut\_in/ Klient\_in Beziehung schwieriger gestalten lässt. Michalak und Schulte (2002) beschreiben, dass eine Unstimmigkeit eine negative Auswirkung zeigt, bzw. mit einem Defizit in der Therapiemotivation und damit auch im Therapieverlauf einhergeht. Laut Schulte (2014) ist die aktive Teilnahme der Patient\_innen notwendig, um Veränderungen zu bewirken. Dies gelingt Therapeut\_innen dann, wenn der Patient die Indikationsangebote nicht voller Misstrauen betrachtet und gegebenenfalls Widerstand zeigt (Schulte, 2014).

Die Evaluation wird von den Teilnehmer\_innen im Therapieprozess mit 71,4% „Regelmäßig nach Bedarf“ durchgeführt. Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem der Frage 10, bei der 42% Ressourcen und Barrieren der Klient\_innen mittels „modellgeleiteter Betrachtung“ gewählt haben, lässt sich daraus schlussfolgern, dass Modelle zwar zu Beginn der Intervention zur Erfassung von Ressourcen und Barrieren genutzt, jedoch während des Therapieprozesses, besonders gegen Ende zur Evaluation, nicht mehr mit eingebunden werden und in den Hintergrund rücken. Ressourcen, die die Evaluation des Therapieprozesses begünstigen, sind hierbei Motivation, die Therapeut\_in-Klient\_in Beziehung und das Erreichen des erzielten Outcomes. Diese Ergebnisse stimmen überein mit den erhobenen Ressourcen durch Murray et al. (2015).

Eine weitere Kompetenz beschreibt die Anwendung des professionellen Reasonings während des gesamten Interventionsprozesses. Am häufigsten gaben Teilnehmer\_innen an, das narrative Reasoning zu nutzen. Daraus schließen die Forscherinnen, dass unter anderem die Domäne der Kommunikation des Kompetenzprofils gut ausgeprägt sein muss, um an die erforderlichen Informationen zu kommen. Teilnehmer\_innen gaben weiter an, das konditionale-, scientific- und pragmatische Reasoning häufig zu nutzen. Dies zeigt, dass Ergotherapeut\_innen in ihrer Praxis verschiedene Denkweisen anwenden und ihr therapeutisches Handeln begründen können.

Teilnehmer\_innen, die das professionelle Reasoning nicht in der ergotherapeutischen Praxis anwendeten, begründeten dies damit, dass die verschiedenen Formen in der Hochschule nicht ausreichend behandelt wurden.

Die Frage, ob Therapeut\_innen ihr Handeln an der Lebensqualität, der Partizipation und dem Wohlbefinden der Klient\_innen ausrichten, wurde mit „Sehr oft“ bestätigt. Dieses Ergebnis entspricht dem Kerngedanken der Ergotherapie, dass Betätigung zum Wohlbefinden des Menschen beiträgt und die Teilhabe an der Gesellschaft fördert (Mentrup, 2013). Gleichzeitig bestätigt es, dass die Kompetenzen der Teilnehmer\_innen dem zeitgenössischen Paradigma entsprechen. Als Ressource zur Umsetzung können erneut die Faktoren der therapeutischen Motivation, sowie die allgemeine Erwartungshaltung von Klient\_innen ausgemacht werden, die den Prozess beeinflussen. Eine weitere wichtige Ressource, die die Umsetzung beeinflusst, liegt in einer ausreichenden Vor- und Nachbereitungszeit sowie in theoretischen Hintergrundwissen. Diese Faktoren wurden bereits durch Murray et al. (2015) als wichtige Ressourcen erhoben.

Die Frage nach der Kompetenz zur Integration des beruflichen Wissens, der fachlichen Entwicklung und der Berufsethik beantwortete die Mehrheit der Teilnehmer\_innen mit „Oft“. Da jedoch diese Frage nach Weigl (2016a) als beeinflussende Frage gekennzeichnet ist und den Effekt der sozialen Erwünschtheit verstärkt, können die Ergebnisse nicht auf die Berufspraxis bezogen werden. Zusätzlich fällt sie unter das Kriterium der „doubled-barreled questions“ wodurch die Forscherinnen nicht identifizieren konnten, welche der drei gefragten Bereiche tatsächlich umgesetzt werden.

Die Kompetenz der evidenzbasierten Praxis wurde von der Mehrheit als „Oft“ in ihrer Umsetzung beantwortet. Demnach sind besonders die eigene Motivation sowie das Wissen über die Verwendung und Nutzung von Datenbanken als Ressourcen wichtig, um evidenzbasiert arbeiten zu können. Rochette et al. (2020) identifizierten, dass der gemeinsame Zugriff auf wissenschaftliche Datenbanken, in der Institution als Ressource für evidenzbasiertes Arbeiten gelten. Diese Ergebnisse sind kongruent mit den durch den Fragebogen identifizierten Barrieren, die sich auf den Zeitmangel sowie das fehlende Wissen über die Nutzung und Anwendung wissenschaftlicher Datenbanken bezogen. Als häufigste Quellen zur Umsetzung der evidenzbasierten Praxis gaben Teilnehmer\_innen wissenschaftliche Datenbanken,

Fachbücher sowie Fortbildungen an. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmer\_innen die Domäne des „Lernens“ des Kompetenzprofils berücksichtigen.

Um die Leitfrage 1 zu beantworten, kann schlussfolgernd gesagt werden, dass sowohl die Motivation von Therapeut\_innen und Klient\_innen, eine gute Therapeut\_in-Klient\_in Beziehung sowie das theoretische Fachwissen als Ressource ausgemacht werden. Barrieren, die die Umsetzung der Domäne erschweren, sind mangelnde Vor- und Nachbereitungszeit, die Erwartungshaltung von Klient\_innen und unzureichendes theoretisches Hintergrundwissen.

Diskussion der Leitfrage 2: *Was wird benötigt, um die zur Domäne der ergotherapeutischen Expertise zugehörigen Kompetenzen verstärkt umzusetzen?*

Die Forscherinnen entschieden sich dazu, am Ende des Fragebogens eine offene Frage zu integrieren. Hierbei wurden die Teilnehmer\_innen gefragt, was Sie benötigen würden um die Kompetenzen der Domäne verstärkt in ihrer Berufspraxis umsetzen zu können. Da die letzte Frage nicht obligatorisch war, verringerte sich die Antwortrate um weitere zwei Teilnehmer\_innen. Aufgrund der geringen Teilnehmerquote entschieden sich die Forscherinnen gegen eine quantitative Inhaltsanalyse. Im Folgenden werden die Ergebnisse der letzten Frage (→ Abb. 28) in Bezug zu den zuvor ermittelten Ressourcen und Barrieren gesetzt, um die zweite Leitfrage zu beantworten.

Aus den in der Tabelle abgebildeten Antworten konnten die Forscherinnen ableiten, dass drei der fünf Teilnehmer\_innen mehr Vor- und Nachbereitungszeit, welche die Dokumentations- und Einarbeitungszeit beinhaltet, benötigen würden, um die einzelnen Kompetenzen besser umsetzen zu können. Ein\_e andere\_r Teilnehmer\_in nennt die Erwartungshaltung von Klient\_innen, die sich auf die Umsetzung der Kompetenz auswirken. Auch der Wunsch nach einem allgemeingültigen Vorgehen, nach dem alle Kolleg\_innen in gleichem Maße arbeiten und welches als Orientierung für Ergotherapeut\_innen genutzt werden kann, wurde geäußert. Ein\_e Teilnehmer\_in wünscht sich mehr Material (z.B. Assessments), das von der Institution bereitgestellt wird, um die Umsetzung zu unterstützen.

Diese Ergebnisse spiegeln den Einfluss der bereits erhobenen Ressourcen und Barrieren der Umfrage wider. Demnach wirken sich unzureichende Vor- und Nachbereitungszeit und die Erwartungshaltung von Klient\_innen negativ auf die Umsetzung der einzelnen Kompetenzen aus. Das dies beeinflussende Faktoren sind, wurde bereits in der Studie von Moir et al. (2021)

festgestellt. Die von Rochette et al. (2020) erhobenen Ressourcen, dass eine gute Arbeitsplatzorganisation und ein Team, welches offen für neue Ansätze ist, einen positiven Einfluss auf die Umsetzung von Berufskompetenzen haben, ist kongruent mit den erfassten Wünschen der Teilnehmer\_innen über ein allgemeines Vorgehen und Wissen der Institution über das Kompetenzprofil sowie dessen Umsetzung. Die Behandlungsausrichtung und Philosophie einer Institution beeinflussen die Umsetzung von Erneuerungen (Mohr et al., 2021). worunter Berufskompetenzen nach dem zeitgenössischen Paradigma und modellgeleitetes Arbeiten zählen.

Forschungsfrage: *“Welche Kompetenzen der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ des DVE Kompetenzprofil (2019), setzen Berufseinsteiger\_innen mit deutschem Bachelorabschluss der Ergotherapie in ihrer praktischen Tätigkeit um?“*

Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit erwähnt, stellt die Domäne „ergotherapeutische Expertise“ die Basis der umliegenden sechs Domänen des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE dar, da sie sich aus verschiedenen Kompetenzen zusammensetzt, die auch in den anderen Domänen auffindbar sind (Berding et al., 2019). Welche der Kompetenzen der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ bereits gut umgesetzt werden können, spiegelt demnach auch wider, welche der anderen Domänen bereits gut in den Berufsalltag integriert sind und bei welchen die Umsetzung noch erschwert ist. Die Forscherinnen entschieden sich dazu, alle erfragten Kompetenzen, bei denen keine Teilnehmer\_innen zur Frage nach den Barrieren geleitet wurde, als gut umsetzbar zu werten. Dagegen schlussfolgerten sie, dass aktuell noch Schwierigkeiten in der Umsetzung einer Kompetenz bestehen, wenn Teilnehmer\_innen zu Fragen nach Barrieren weitergeleitet wurden.

Zu den Kompetenzen, die Berufseinsteiger\_innen in der ergotherapeutischen Praxis anwenden, gehören das Erfassen der Ressourcen und Barrieren von Klient\_innen, das Erfassen von Betätigungsanliegen, das Festlegen von Zielen, die Evaluation des Therapieprozesses und die Ausrichtung an der Teilhabe, Lebensqualität und dem Wohlbefinden von Klient\_innen. Betrachtet man die erhobenen Förderfaktoren und Barrieren, gelingt diese Umsetzung besonders durch eine hohe Eigenmotivation der Therapeut\_innen sowie theoretisches Fachwissen.

Weitere Kompetenzen, wie die Durchführung einer ergotherapeutischen Diagnostik, die Einbeziehung der Klient\_innen in die Therapieplanung, die Anwendung des professionellen Reasonings und das evidenzbasierte Arbeiten, werden ebenfalls überwiegend umgesetzt.

Dennoch wurden einige Teilnehmer\_innen zur Frage nach Barrieren in der Umsetzung weitergeleitet, was darauf schließen lässt, dass in diesen Bereichen noch Schwierigkeiten in der Umsetzung bestehen.

### **5.1 Stärken und Limitationen der Studie**

#### Stärken der Studie

Der erste Entwurf des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE erschien 2019. Durch die vorangegangene, ausführliche Literaturrecherche der Forscherinnen, welche auszugweise in Anlage 2 dargestellt ist, ließ sich als Schritt des quantitativen Forschungsprozesses eine Aktualität und inhaltliche Relevanz für das Thema, sowie eine Forschungslücke im quantitativen Design ausmachen. Das Forschungsthema wurde in der ersten Phase des Forschungsprozesses (Döring & Bortz, 2016) gewählt.

Aufgrund des Schwerpunktes auf der Domäne „ergotherapeutische Expertise“, als zentraler Punkt der umliegenden Domänen (Berding et al., 2019), war es den Forscherinnen möglich, diese mittels eines Online-Fragebogens in ihrer Umsetzung und zugehörigen Ressourcen und Barrieren detailliert zu erfassen. Hierbei orientierten sie sich an den zugehörigen Kompetenzen der Domäne und formulierten diese jeweils als Fragestellung. Aufgrund der zeitlichen Aspekte sowie der organisatorischen Umsetzbarkeit zeigte sich der Online-Fragebogen als ein adäquates Mittel zur Beantwortung der Leit- sowie auch der Forschungsfrage. Mittels des Fragebogens wurden die Fragen der Forscherinnen beantwortet, sodass die Daten messbar gemacht wurden, die die Forscherinnen erfassen wollten. Innerhalb der Validität beschreiben Döring & Bortz (2016) weiterhin vier Typen. Hierbei konnten die Forscherinnen die Konstruktvalidität durch die exakte Definition theoretischer Konstrukte einhalten. Durch den Nutzen von deskriptiv-statistischen Verfahren wurde die statistische Validität eingehalten (Döring & Bortz, 2016). Der Vorteil des Online-Fragebogens als anonymes Datenerhebungsinstrument und der durch Questback und Excel durchgeführten quantitativen Auswertung bot weiterhin die Einhaltung des Gütekriteriums der Objektivität (Perkhofer, 2016a). Die festgelegten ethischen Prinzipien wurden durch die Anonymisierung der Teilnehmer\_innen (keine Speicherung der IP- Adressen und persönlichen Daten) sowie die dem Fragebogen vorausgegangene Aufklärung der Teilnehmer\_innen eingehalten. Die E-Mailadresse “Kompetenzprofil.ergotherapie@gmx.de” diente den Forscherinnen als einheitliche, professionelle Anlaufstelle für Rückfragen von Teilnehmer\_innen als auch für Interessenvertreter\_innen. Zusätzlich wurde diese auch genutzt,

um diverse Universitäten in Deutschland zu kontaktieren. Des Weiteren diente sie zur Veröffentlichung von Aufrufen zur Teilnahme an der Umfrage auf unterschiedlichen Internetplattformen. Der Fragebogen wurde von zwei Pretester\_innen in Bezug auf die Items sowie den Zeitaufwand eingeschätzt. Innerhalb des Fragebogens kam es zu keinem Abbruch während der inhaltlichen Items. Dies zeugt von passender Länge und ausreichender Niederschwelligkeit der Fragebogen-Items (Weigl, 2016a). Weiterhin wurden die Phasen des quantitativen Forschungsprozesses nach Döring & Bortz (2016) stets eingehalten.

### Limitationen der Studie

Die Repräsentativität der *Stichprobe* in der fünften Phase des Forschungsprozesses zeigt sich als gering. Für die Forscherinnen lagen zum Zeitpunkt der Durchführung keine statistischen Angaben über die Zusammensetzung der gewählten Population vor, um eine probabilistische Stichprobe zu erhalten (Döring & Bortz, 2016). Durch die bekannten Studiengänge der Hochschulen war von einer deutlich höheren Stichprobe auszugehen, als erzielt wurde. Daher gehen die Forscherinnen von einer Verzerrung durch Nichtbeantwortung, einem Nonresponse-Fehler aus (Döring & Bortz, 2016). Die Rücklaufquote konnte nicht bestimmt werden, da es sich um eine offene Befragung handelte und nicht festzustellen war, ob die Umfrage von den Hochschulen weitergeleitet wurde. Die Verbreitung auf Social Media lässt ebenfalls keine Bestimmung der Rücklaufquote zu. Der geringe Stichprobenumfang beeinflusst die Teststärke und somit die statistische Validität (Döring & Bortz, 2016). Des Weiteren besteht eine geringe Reliabilität aufgrund der limitierten Teilnehmeranzahl, weshalb nicht auszuschließen ist, dass kommende Forscher\_innen zu anderen Ergebnissen gelangen (Döring & Bortz, 2016).

Innerhalb der Datenerhebung wurde ein strukturierter Online-Fragebogen mittels Fragebogen-Items erstellt. Bei der Datensichtung wurde festgestellt, dass das Fragebogen-Item der Vermeidung von *double-barreled-questions* nicht immer eingehalten wurde. So enthält die erste Fragestellung „Haben Sie ihren Bachelorabschluss in "Ergotherapie" an einer deutschen Hochschule absolviert?“ zwei Themen, lässt allerdings nur eine Antwort zu (Weigl, 2016a). In Frage 3 wurde zusätzlich noch einmal angeboten, explizit anzugeben, dass man kein Studium der Ergotherapie absolviert habe. Diese Fragestellungen könnten bei Teilnehmer\_innen zu Unklarheiten geführt haben. Die Frage 34 des Fragebogens “Berücksichtigen Sie in der Gestaltung der ergotherapeutischen Diagnostik, Intervention und Evaluation fortlaufend ein breites und integriertes berufliches Wissen, einschließlich der aktuellen fachlichen Entwicklung

sowie die Berufsethik?“ bildet eine Kompetenz als Fragestellung umformuliert ab. Diese ist nach Weigl (2016a) als beeinflussende Frage zu werten und könnte die soziale Erwünschtheit verstärken. Sie bildet ebenfalls eine double-barreled question ab, wodurch nicht gesagt werden kann, ob tatsächlich allen Faktoren der Frage zugestimmt wurde.

## **6. Schlussfolgerung**

Im Folgenden Kapitel werden die in der Diskussion entstandenen Auffassungen dargelegt und ein Ausblick über weitere zukünftige Forschungsmöglichkeiten gegeben.

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Mehrheit der einzelnen Kompetenzen der Domäne “ergotherapeutische Expertise” von Berufseinsteiger\_innen mit einem in Deutschland erworbenen, ergotherapeutischen Bachelorabschluss im Berufsalltag umgesetzt werden. Dies gelingt durch verschiedene ausschlaggebende Ressourcen, die sich in der Beziehung zwischen Therapeut\_in und Klient\_in, dem eigenen Interesse an Weiterbildung, vorhandenem theoretischen Wissen und der eigenen Motivation zusammenfassen lassen. An diesen Ressourcen wird noch einmal der Bezug zu den umliegenden und die ergotherapeutische Expertise beeinflussenden Domänen, wie die der Kommunikation und des Lernens ersichtlich. Die Forscherinnen schlussfolgerten aus den Ergebnissen, dass die Domäne der “ergotherapeutischen Expertise” in ihrer Gesamtheit bei den befragten Berufseinsteiger\_innen bekannt ist und in die Berufspraxis integriert wird.

### **6.1 Ausblick**

Die vorliegende Forschungsarbeit verdeutlicht, dass sich ein Großteil der Kompetenzen in der ergotherapeutischen Praxis etabliert.

Durch die junge Entwicklung des Kompetenzprofils konnten bisher nur wenige Forschungen auf dieser Grundlage durchgeführt werden. Aufgrund der sehr geringen Teilnehmeranzahl geben die Ergebnisse der Studie zwar einen Einblick, können jedoch die Umsetzung der Domäne nicht repräsentativ darstellen. Die Forscherinnen empfehlen daher weitere Studien zu dem entwickelten Forschungsthema über einen längeren Zeitraum durchzuführen, um zu einem repräsentativen Ergebnis zu kommen und eine höhere Teilnehmeranzahl erreichen zu können.

Weiterer Forschungsbedarf besteht auch für die Anwendung und Nutzung der restlichen sechs Domänen des Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019). Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit kann die Anwendung einiger Domänen, wie die der Kommunikation oder des Lernens aus der Beschreibung der Ressourcen, die die Umsetzung der ergotherapeutischen Expertise fördern, abgeleitet werden. Da die Erforschung aller Domänen jedoch den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte, empfehlen die Forscherinnen die Untersuchung der restlichen sechs Domänen für weitere Forschungsarbeiten.

## Literaturverzeichnis

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten  
(Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV). (1999).  
<https://www.gesetze-im-internet.de/ergthaprv/BJNR173100999.html>
- Baarends, E. & Speth-Lemmens, I. (2019). Betätigungsanalyse. In M. le Granse, V. M. Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. 534–548). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163235>
- Berding, J.; Flotho, W.; Flottmann, S.; Dr. von der Heyden, R.; Junge, I.; Longrée, A.; Ovesiek, C.; Wendt, P. & Wöber, J. (2019). *Kompetenzprofil der Ergotherapie*. Deutscher Verband der Ergotherapeuten
- Berding, J.; Dehnhardt, S.; Salomon, A.; Röse, K., Krus, E., Marotzki, U., Eschenbeck, P., Postert, C. & Oltman, R. (2020). *Ergotherapie in Deutschland, ein Beruf in der Sackgasse? Offener Brief von Professor\_innen zum Welttag der Ergotherapie*.
- Bündnis Therapieberufe. (2021a). *Wahlprüfsteine des Bündnisses zum Wahljahr 2021*. <https://buendnis-therapieberufe.de/buendnispositionen/> [stand: 07.08.2022]
- Bündnis Therapieberufe. (2021b). *Stellungnahme des Bündnisses*. <https://buendnis-therapieberufe.de/buendnispositionen/> [stand: 07.08.2022]
- Bündnis Therapieberufe. (2019). *Für eine nachhaltige, zukunftsfeste Ausbildung der Therapieberufe in Deutschland* [Positionspapier]. [https://buendnis-therapieberufe.de/wp-content/uploads/2020/10/Positionspapier\\_Therapieberufe.pdf](https://buendnis-therapieberufe.de/wp-content/uploads/2020/10/Positionspapier_Therapieberufe.pdf) [stand: 21.06.2021]
- Bündnis Therapieberufe (2020). *Stellungnahme zu den Eckpunkten "Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe der Bund-Länder-Arbeitsgruppe"*. [https://buendnis-therapieberufe.de/wp-content/uploads/2020/11/Stellungnahme\\_Buendnis\\_Therapieberufe-Eckpunktepapier.pdf](https://buendnis-therapieberufe.de/wp-content/uploads/2020/11/Stellungnahme_Buendnis_Therapieberufe-Eckpunktepapier.pdf)

- Bühler, S. Mohr, S. (2019). *Gemeinsam auf dem Weg: Umstellungsprozesse zu Modellgeleiteten Arbeiten in ambulanten Ergotherapiepraxen*. HBO Kennisbank abgerufen 06.08.2022 von [https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit\\_zuyd:oi:surfsharekit.nl:0430d0b4-fd90-48b0-904b-4f750edc32b0?has-link=yes&q=Gemeinsam+auf+dem+Weg&c=0](https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_zuyd:oi:surfsharekit.nl:0430d0b4-fd90-48b0-904b-4f750edc32b0?has-link=yes&q=Gemeinsam+auf+dem+Weg&c=0)
- Büchter, K.; Dehnpostel, P. & Hanf, G. (2012). *Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR): Ein Konzept zur Erhöhung von Durchlässigkeit und Chancengleichheit im Bildungssystem?* Bundesinstitut für Berufsbildung. Bertelsmann Verlag
- CanMEDS Role. Health Advocate: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.* (1990). Royal College. Abgerufen am 21. Februar 2022, von <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-health-advocate-e>
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2012). *Profile of practice of occupational Therapists in Canada*. CAOT.
- Cup, E. & Kinébanian, A. (2019). Internationale Klassifikationen in der Gesundheitsfürsorge. In Y. Heerkens, M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. 161–179). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163235>
- Der deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen* (o.D.) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). <http://www.dqr.de/dqr/de/home/home/node.html>
- Der Verband*. (o. D.). Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE). Abgerufen am 06.05. 2022, von <https://dve.info/der-dve/der-verband>
- Deutscher Bundestag. (2022, 21. Februar). *Direktzugang zu Heilmittelerbringern*. Abgerufen am 5. August 2022, von <https://www.bundestag.de/services/suche?suchbegriff=Direktzugang>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). (2016). *Empfehlungen des deutschen Verbandes der Ergotherapeuten zur Einrichtung primärqualifizierender ergotherapeutischer Studiengänge*. <https://dve.info/resources/pdf/aus->

weiterbildung/empfehlungen/2338-empfehlungen-zur-einrichtung-von-studiengaengen/file

- DGPs (Deutsche Gesellschaft für Psychologie) (2004). *Revision der auf die Forschung bezogenen ethischen Richtlinien*. Abgerufen am 22. April 2022. [https://www.dgps.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/Berichte/ethikr12004.pdf](https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/Berichte/ethikr12004.pdf)
- Daniëls, R. & Verhoef, J. (2019). Professionelles Reasoning. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. 502–518). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163235>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). Phasen des quantitativen Forschungsprozesses im Überblick [Tabelle]. In *Forschungsmethode und Evaluation in einer sozialen Humanwissenschaft* (5. Aufl., S. 24–25).
- Schönethaler, E. (2016). Gütekriterien, psychometrische Eigenschaften, Messeigenschaften. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (1. Aufl. 2016 Aufl., S. 253–258). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Enemark Larsen, a. Rasmussen, B. & Christensen, J.R. (2018). Enhancing a client-centered Practice with Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*. Vol. 2018, 5956301. <https://doi.org/10.1155/2018/5956301>
- Gender Equality Plan. Zuyd University of Applied Sciences* (2022). Zuyd.nl. Abgerufen am 22. April 2022, von <https://www.zuyd.nl/binaries/content/assets/zuyd-en/about-zuyd/gender-equality-plan-eng.pdf>
- Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz - ErgThG)* (1976). <http://www.gesetze-im-internet.de/bearbthg/ErgThG.pdf>
- GKV Spitzenverband (2022). *Anlage 1 Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung*. (2022). [gkv-heilmittel.de](https://www.gkv-heilmittel.de). Abgerufen am 8. August 2022, von <https://www.gkv-heilmittel.de>

heilmittel.de/media/dokumente/heilmittel\_vertraege/vertraege\_ergotherapie/anlagen\_3/20211222\_Anlage\_1\_Leistungsbeschreibung\_Ergotherapie\_bf.pdf

- Fisher, A. G., (2014). *Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. (B. Dehnhardt, Übersetz.) (2. Aufl.). Idstein: Schulz- Kirchner Verlag.
- Harms, W., Schneider, J., Hoppstädter, W., & Eschenbeck, P. (2018). Entwicklung eines Kompetenzprofils für Absolventen eines grundständigen Bachelorstudiengangs Ergotherapie in Deutschland. *Ergoscience*, 13(4), 136–145. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2018-54020180401>
- Heyen, T., Linsmayer, J., Schröder, J. & Weyhrich, P. (2021). *Das Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2019)*. HBO Wissensbank. Abgerufen am 20. Juli 2022, von [http://www.hbo-wissensbank.nl/details/sharekit\\_zuyd:oai:surfsharekit.nl:8ec660b4-173d-45a5-9b81-2671111d7e8f?uploadId=sharekit\\_zuyd:oai:surfsharekit.nl:8ec660b4-173d-45a5-9b81-2671111d7e8f](http://www.hbo-wissensbank.nl/details/sharekit_zuyd:oai:surfsharekit.nl:8ec660b4-173d-45a5-9b81-2671111d7e8f?uploadId=sharekit_zuyd:oai:surfsharekit.nl:8ec660b4-173d-45a5-9b81-2671111d7e8f)
- Heinrichs, B. (2017). *Forschung am Menschen. Bioethik*. Bundeszentrale für politische Bildung. Abgerufen am 11. Juli 2022, von <https://www.bpb.de/themen/umwelt/bioethik/257445/forschung-am-menschen/>
- Hitch, D., Pepin, G., & Stagnitti, K. (2018). The pan occupational paradigm: development and key concepts. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(1), 27–34. <https://doi.org/zuyd.idm.oclc.org/10.1080/11038128.2017.1337808>
- Jaikaew, R. & Satiansukpong, N. (2019). Movement Assessment Battery for Children (MABC2): Cross-Cultural Validity, Content Validity and Interrater Reliability in Thai Children. *Occupational Therapy International*. Vol. 2019, 4086594, <https://doi.org/10.1155/2019/4086594>
- Kaldewei, N. (2019). Was Ergotherapie ausmacht. *Ergopraxis*. Vol. 12(2). pp. 8-9. Georg-Thieme Verlag. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/a-0770-3229>
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4. Aufl.). F.A. Davis Company.

- Kielhofner, G.; Dobria, L. Forsyth, K. & Kramer, J. (2010). The Occupational Self Assessment: Stability and Change over Time. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 30(1), 11–19. <https://doi.org/10.3928/15394492-20091214-03>
- Klieme, E., Avenrius, H., Blum, W., Döbrich, P., Gruber, H., Prenzel, M., Reiss, K., Riquarts, K., Rost, J., Tenorth, H-J., Vollmer, H-J. (2003). *Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards*. Eine Expertise. Berlin
- Konrad, M., Krohn, C. & Matuschek, K. (2015). Der Direktzugang aus der Perspektive Berufsangehöriger der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. *Ergoscience*, 10(3), 116–125. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-54020150304>
- Köller, B. (2008). Anwendbarkeit ergotherapeutischer Modelle bei Klienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund: Eine Befragung von Ergotherapeuten in Deutschland und der Schweiz. *Ergoscience*. 3(4). 156-165. DOI: 10.1055/s-2008-1027830
- Larkin, H. & Hitch, D. (2018). Peer Assisted Study Sessions (PASS) preparing occupational therapy undergraduates for practice education: A novel application of a proven educational intervention. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(1), 100–109. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12537>
- Logister-Proost, I. & Steensels, M. (2019). Methodisches Handeln. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. 474–501). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163235>
- Longrée, A. & Junge, I. (2014). Das DVE-Bildungskonzept. *ET & Reha*. Vol. 12. pp. 32-35
- Mayor, C., Roos, K., Petrig, A., Rossini, E., & Meyer, S. (2014) *Empfehlungen zur Formulierung von ergotherapeutischen Zielen*. Bern: evs-ErgotherapeutInnen Verband Schweiz. Heruntergeladen vom ErgotherapeutInnen Verband <http://www.ergotherapie.ch> [stand: 06.08.2022]
- Michalak, J. & Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(3), 213–219. <https://doi.org/10.1026/0084-5345.31.3.213>

- Mischner, J. M. & Borgetto, B. (2022). Die Ausbildung der Therapieberufe muss zukunftsfest sein: Kampagne zur Akademisierung. *Ergopraxis*, 15(06), 8–9. <https://doi.org/10.1055/a-1768-9186>
- Meidert, U., Treusch, Y., & Becker, H. (2013). Befragung der ersten Absolventen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zürcher Fachhochschule Winterthur. *Ergoscience*, 8(3), 101–109. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.2443/skv-s-2013-54020130302>
- Mentrup, C. (2015). Das ergotherapeutische Paradigma: Was hat unser Beruf mit Steinobst zu tun? In: E. Scholz-Minkwitz & K. Minkwitz (Hrsg.), *Ergotherapie sucht Topmodelle. Theorie und Praxis aktuell. Herbsttagung 2013 DVE Fachausschuss Neurologie* (S. 9 – 16). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Moir, E.M.A.; Turpin, M.J. & Copley, J.A. (2021). *The Clinical Challenges Experienced by New Graduate Occupational Therapists: A Matrix Review*. Vol. 88(3). Pp. 200-213. DOI: 10.1177/00084174211022880
- Morley, M. (2009). Contextual factors that have an impact on the transitional experience of newly qualified occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*. Vol. 72(11). Pp. 507- 514. DOI: 10.4276/030802209X1257761653 8753
- Moskopp, W. (2009). *Einführung: Der Ort der Bioethik in der Philosophie*. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb).
- Murray, C., Turpin, M., Edwards, I. & Jones, M. (2015). A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 534–546. <https://doi.org/10.1177/0308022615586786>
- Naidoo, D.; Van Wyk, J. & Waggie, F. (2017). Occupational therapy graduates’ reflections on their ability to cope with primary healthcare and rural practice during community service. *South African Journal of Occupational Therapy*. Vol. 47 (3): 39-45 DOI:<http://dx.doi.org/10.17159/2310-3833/2017/v47n3a7>
- Nayar, S., Gray, M., & Blijlevens, H. (2013). The competency of New Zealand new graduate occupational therapists: Perceived strengths and weaknesses. *Australian Occupational*

*Therapy Journal*, 60(3), 189–196. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/1440-1630.12027>

Nicola-Richmond, K. M., Pépin, G., & Larkin, H. (2016). Transformation from student to occupational therapist: Using the Delphi technique to identify the threshold concepts of occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(2), 95–104. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/1440-1630.12252>

Nicola-Richmond, K. & Watchorn, V. (2018). Making it real: The development of a web-based simulated learning resource for occupational therapy students. *Australasian Journal of Educational Technology*, 34(5). <https://doi.org/10.14742/ajet.3196>

Oldenburg, E. (2015). Weichenstellung–Evaluation der Modellstudiengänge. *Physiopraxis*, 13(09), 12-14.

Perkhofer, S. (2016). Was ist quantitative Forschung? In V.Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S.138). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>

Perkhofer, S. & Tucek, G. (2016). Forschungsethik im Gesundheitswesen. In V.Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben, Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S.27-29). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>

Peterko, Y.K.; Unterweger, M.K.; Wagner, C.; Stoffer-Marx, M.; Dürauer, J.; Lettner-Hauser, K.; Manolopoulos, N.; Nienhusmeier, B. & Garstenauer, C. (2020). *Das Kompetenzprofil der Ergotherapie*. Ergotherapie Austria – Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs.

Questback (2022, 11. Mai). *Experience Management Software*. Questback. Abgerufen am 11. Juli 2022, von <https://www.questback.com/de/>

Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten. (2017). *Forschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften*. Bundesministerium für Bildung und Forschung. [https://www.konsortswd.de/wp-content/uploads/RatSWD\\_Output9\\_Forschungsethik.pdf](https://www.konsortswd.de/wp-content/uploads/RatSWD_Output9_Forschungsethik.pdf)

- Räbiger, J., Rottenecker, J., Lauer, N., Warnke, A., Hansen, H., Wasner, M., & Blümke, C. (2019). Therapeuten mit berufsqualifizierendem Studienabschluss: Berufseinmündung und Erfahrungen im Berufsalltag - Ergebnisse einer Absolventenbefragung. *Ergoscience*, 14(4), 147–155. <https://doi.org.zuyd.idm.oclc.org/10.2443/skv-s-2019-54020190402>
- Renner, G., Cordero Donoso, P. & Schroeder, A. (2021). *Testinformation zum FEW-3. Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung – 3.* (Dia-Form Verfahrensinformationen 010-01). Ludwigsburg: Pädagogische Hochschule Ludwigsburg.
- Ritschl, V.; Stamm, T. & Unterhumer, G. (2016a). Wissenschaft praktisch- evidenzbasierte Praxis. In Ritschl, V., Weigl, R. & Stamm, T. (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 291-303). Springer.
- Ritschl, V. & Stamm, T. (2016c). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (1. Aufl. 2016 Aufl., S. 61–67). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Ritschl, V.; Neururer, S. Weigl, R. & Stamm, T. (2016b). Auswertung quantitativer Daten. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (1. Aufl. S. 193-197). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Rochette, A.; Brousseau, M. Vachon, B.; Engels, C.; Amari, F. & Thomas, A. (2020). What occupational therapists' say about their competencies' enactment, maintenance and development in practice? A two-phase mixed methods study. *BMC Medical Education*. Vol. 20. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02087-4>
- Satink, T. & van de Velde, D. (2019). Kerndomänen der Ergotherapie (5. Aufl., S. 74-95). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie*. Thieme.
- Schönthaler, E. (2016). Gütekriterien, psychometrische Eigenschaften, Messeigenschaften. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit)* (1. Aufl. 2016 Aufl., S. 253–263). Springer.

- Scholz-Minkwitz, E. & Minkwitz, K. (2013). *Ergotherapie sucht Topmodelle: Theorie und Praxis aktuell*. DVE Fachausschuss Neurologie. Schulz-Kirchner Verlag
- Schulte, D. (2014b). Widerstand. *Therapiemotivation: Widerstände analysieren – Therapieziele klären – Motivation fördern* (1. Auflage 2015 Aufl., S. 1–19). Hogrefe Verlag.
- Standards of Practice for Occupational Therapy. (2021). *American Journal of Occupational Therapy*, 75(Sup3), 1–7. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.5014/ajot.2021.75S300>
- Stickmann, P. (2021, 24. Februar). *Berufseinstieg: Alles über den Karrierestart*. UNICUM Karrierezentrum. Abgerufen am 2. August 2022, von <https://karriere.unicum.de/berufseinstieg/berufseinstieg#Definition>
- van Hartingsveldt, M. & Ammeraal, M. (2019). Strukturwandel im Gesundheitssystem. In M. le Granse, V. M. Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. 116–117). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163235>
- Van Hartingsveldt, M., Piskur, B. & A. (2019). Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E) und Canadian Practice Process Framework (CPPF). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. 378–394). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163235>
- van der Hulst, P., Ollevier, A. & Wouda, P. (2019a). Formulierung von Zielen und Kriterien. In M. le Granse, V. M. Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. 575). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163235>
- Van der Hulst, P.; Ollevier, A. & Wouda, P. (2019b). Versorgungsqualität, Rahmen und Begrifflichkeiten. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. 565). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163235>
- Van Vuuren, S. (2016b). Reflections on simulated learning experiences of occupational therapy students in a clinical skills unit at an institution of higher learning. *South African Journal of Occupational Therapy*, 46(3). <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2016/v46n3/a13>

- Verhoef, J. & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie: Een toekomstgerichte beschrijving van het gewenste eindniveau van de opleiding tot ergotherapeut* (Tweede druk). Boom Lemma uitgevers.
- Von der Heyden, R. (2012). *Bildungsprozesse kompetenzorientiert gestalten- am Beispiel der Ergotherapie*. In Marzinzik, K.; Nauerth, A. & Stricker, M (Hrsg.). *Kompetenzentwicklung basisnah. Forschungsprojekte im Gesundheits- und Sozialbereich*. (1. Auflage, S. 149-152). Lit. Verlag
- Weber, B. & Hucke, B. (2019). Qualitätsmanagement (QM) in der deutschen Ergotherapie. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. 579–582). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163235>
- Weigl, R. (2016a). Fragebogen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 160-182). Springer
- Weigl, R. (2016b). Forschungsprozess. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 9-24). Springer
- Walkenhorst, U. (2011). *Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe- Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang*. Hochschule für Gesundheit Bochum. [https://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst\\_ft10-ht2011.pdf](https://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf)
- Woick, G., Larsen-Vefring, L., Litwa, T., & Zillhardt, C. (2014). Rollenfindung von Berufseinsteigern in der Ergotherapie: Anpassungsstrategien, Ressourcen und Barrieren. *Ergoscience*, 9(3), 108–117. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2014-54020140303>
- World Federation of Occupational Therapists. (2021, 19. Oktober). *About*. WFOT. Abgerufen am 11. Juli 2022, von <https://www.wfot.org/about>
- World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki- ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

## Glossar

Berufseinsteiger_in	Als Berufsanfänger_in gilt man in den ersten zwei Jahren nach dem Abschluss seines Studiums oder seiner Ausbildung. (Stickmann, 2021)
Datenbereinigung	“Sortierung, Bereinigung um Fehler, Anonymisierung etc.). Nach der Datenbereinigung stehen vollständige, fehlerfreie und kommentierte Datensätze zur Verfügung” (Döring & Bortz, 2016)
Domäne	“Als Domäne wird in diesem Zusammenhang ein Gegenstandsbereich des Handelns verstanden, in dem Kompetenzen abbildbar sind” (Berding et al., 2019)
Double-barreled question	Beschreibt eine Frageform, die mehrere Themen umfasst, die jedoch nur durch eine Antwortmöglichkeit beantwortet werden können (Weigl, 2016a)
Ergotherapeutische Expertise	Beschreibt die Kerndomäne des Kompetenzprofil DVE, in der die Verknüpfung aller Domänen dargestellt wird (Berding et al., 2019)
Empirisch	Auf Erfahrung beruhend, durch (systematische) Beobachtung, erfahrungsgemäß (experimentell) beobachtet/ermittelt

	<a href="https://www.duden.de/rechtschreibung/empirisch">https://www.duden.de/rechtschreibung/empirisch</a>
Evidenz	“wissenschaftlicher Beweis aus entsprechenden qualitativ hochwertigen Studien” (Ritschl et al., 2016a)
Explikation	Beschreibt die Präzisierung eines theoretischen Begriffs (Döring & Bortz, 2016)
Friendly Reminder	Freundliche Erinnerung (hier: Für die Teilnahme an der Umfrage)
Gütekriterien	Gütekriterien sind synonyme Bezeichnungen und Überbegriffe für jene Kriterien, die für die Beurteilung der Qualität eines Assessments herangezogen werden (Schönthaler, 2016).
Indikatorvariable	Durch Indikatorvariablen werden latente Variablen messbar gemacht (Döring & Bortz, 2016).
Kompetenz	Beschreibt bestimmte kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Individuums, welches dieses dazu befähigt, Probleme zu lösen sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Fähigkeiten (Weinert, 2001, zitiert nach Klieme et al., 2007)
Kompetenzprofil	Ein Kompetenzprofil bietet Orientierungshilfe für die Gestaltung von Ausbildungsprogrammen in der Ergotherapie und definiert damit das

	Einstiegsniveau von Berufsanfänger_innen (DVE, 2019)
Likert-Skala	Wird genutzt, um die Einstellung eines Individuums zu einem Thema zu überprüfen. Dazu wird oftmals ein Statement genutzt und die Zustimmung/nicht- Zustimmung des Individuums abgefragt (Weigl, 2016b)
Latente Variable	Eine latente Variable kann nicht direkt beobachtet werden und ist daher nicht direkt messbar. Auf sie kann nur durch bestimmte Indikatorvariablen rückgeschlossen werden, durch die die latente Variable messbar gemacht wird. (Weigl, 2016b)
Merkmalsausprägung	Beschreibt verschiedene Werte, die ein Merkmal annehmen kann. Für alle Untersuchungsobjekte muss festgelegt sein, welche jeweilige Merkmalsausprägung vorliegt (Döring & Bortz, 2016)
Modellstudiengänge	Dienen zur Erprobung einer Ausbildung auf Hochschulniveau in den Gesundheitsfachberufen in Deutschland (Oldenburg, 2015)
Nominalskala	Der Wert einer Variable wird anhand einer Bezeichnung ausgemacht. Die Bezeichnungen haben keine Wertigkeit, sondern nur einen Symbolcharakter (Weigl, 2016b)

Objektivität	Beschreibt die Anwenderunabhängigkeit (Schönthaler, 2016)
Operationalisierung	Beschreibt in der quantitativen Forschung die präzise Erarbeitung theoretischer Konzepte durch die Auswahl vorhandener und die Entwicklung eigener standardisierter Messverfahren (Döring & Bortz, 2016)
Ordinalskala	Auf einer Ordinalskala wird der Wert einer Variable anhand einer Bezeichnung ausgemacht. Die Antwortmöglichkeiten können in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht werden (Weigl, 2016b)
Paradigma	Ein Paradigma ist eine Weltanschauung, der Verbund aus Normen, Werten und Verhaltensweisen oder die Brille, durch die man schaut (van Hartingsveldt & Ammeraal, 2019)
Pretest	Präsentation, vor der Veröffentlichung, des Fragebogens an Personen zur Ermöglichung eines Feedbacks (Weigl, 2016a)
Probalistisch	Beschreibt, dass bei einem Stichprobenverfahren, jede Person innerhalb einer Population die gleiche Wahrscheinlichkeit hat, für die Stichprobe herangezogen zu werden (Ritschl & Stamm, 2016c)

Psychometrisch	Beschreibt eine Skala der Operationalisierung eines theoretischen Konstrukts im Rahmen eines reflektierenden Messmodells (Döring & Bortz, 2016)
Questback	Umfrageserver zum Feedbackmanagement <a href="https://www.questback.com/de/ueber-uns/">https://www.questback.com/de/ueber-uns/</a>
Reliabilität	Zuverlässigkeit der Untersuchung (Schönthaler, 2016)
Replizierbarkeit	Wiederholbarkeit einer Studie (Döring & Bortz, 2016)
Standardisierungsgrad	Sagt aus, dass alle Indikatoren derselben Maßeinheit zugeschrieben werden, um diese messbar zu machen (Döring & Bortz, 2016)
Stichprobe	Bezeichnet eine Auswahl von Fällen (Döring & Bortz, 2016)
Survey-Research	Umfrageforschung (Döring & Bortz, 2016)
Theoretische Konzepte	Beschreibt Begriffe, die in der empirischen Forschung mit der beobachtbaren Erfahrungswirklichkeit verknüpft werden müssen (Döring & Bortz, 2016)
Umpolung	Merkmalsausprägungen werden Messwerten zugeordnet (Döring & Bortz 2016).
Validität	Der Testwert misst das Merkmal, das er laut Testbezeichnung bzw. Testbeschreibung zu messen beansprucht

	und primär kein anderes (Döring & Bortz, 2016)
Verhältnisskala	Beschreibt eine Skala, deren Antwortmöglichkeiten eine Reihenfolge abbilden, wobei der Abstand zwischen den Werten gleichbleibend ist. Zusätzlich besitzt sie einen absoluten Nullpunkt (Weigl, 206b)

## Tabellenverzeichnis

---

Tab. 1: Darstellung der PI(C)O-Fragestellung	S.19
Tab. 2: Synonyme und Übersetzungen der PI(C)O-Begriffe	S.20
Tab. 3: Daten der Pretester_innen	S.32
Tab. 4: Datenbereinigung	S.35

## Abbildungsverzeichnis

---

Abb. 1 Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2019)	Deckblatt
Abb. 2 Zuyd Hogeschool Logo	Deckblatt
Abb. 3 Schematische Darstellung des quantitativen Forschungsprozesses nach Döring & Bortz (2016, S. 26)	18
Abb. 4 Fokus im Erstkontakt	39
Abb. 5 Durchführung einer ergotherapeutischen Diagnostik	40
Abb. 6 Hindernisse zur Durchführung eine ergotherapeutische Diagnostik	41
Abb. 7 Förderfaktoren zur Durchführung einer ergotherapeutischen Diagnostik	42
Abb. 8 Nutzung von Instrumenten/ Assessments	43
Abb. 9 Kriterien zur Auswahl der Assessments	44
Abb. 10 Erfassen der Ressourcen und Barrieren	45
Abb. 11 Betätigungsanliegen erfassen	46
Abb. 12 Förderfaktoren zur Erfassung der Betätigungsanliegen	47
Abb. 13 Förderfaktoren zur Festlegung der Ziele	48
Abb. 14 Einbezug der Klient_innen in die Therapieplanung	49
Abb. 15 Hindernisse beim Einbezug der Klient_innen in die Therapieplanung	50
Abb. 16 Förderfaktoren beim Einbezug der Klient_innen in die Therapieplanung	51
Abb. 17 Frequenz der Evaluation im Interventionsprozess	52
Abb. 18 Förderfaktoren Evaluation	53
Abb. 19 Einbezug des professionellen Reasonings	54
Abb. 20 Nutzung der Reasoningformen	55
Abb. 21 Hindernisse zur Nutzung des professionellen Reasonings	56
Abb. 22 Ausrichtung des therapeutischen Handelns	57
Abb. 23 Gelingen der Ausrichtung des ergotherapeutischen Handelns	58
Abb. 24 Berücksichtigen der fachlichen Entwicklung und Berufsethik	59
Abb. 25 Evidenzbasiert arbeiten	60
Abb. 26 Förderfaktoren zur Nutzung von Evidenz	61
Abb. 27 Quellen für Evidenz	62
Abb. 28 Benötigung zur Umsetzung der ergotherapeutischen Expertise	62

## Anlagenverzeichnis

---

Anlage 1 - Beispielhafte Einordnung der Evidenz der genutzten Studien nach Tomlin & Borgetto (2011)	S.93
Anlage 2 – Auszug Literaturrecherche	S.95
Anlage 3 – Flyer zur Rekrutierung	S.99
Anlage 4 – Flyer für Pretestende	S.100
Anlage 5 – Veröffentlichungen in den sozialen Medien	S.101
Anlage 5.1 Instagram Profil	S.101
Anlage 5.2 Facebook Gruppen	S.102
Anlage 5.3 Website des DVE	S.104
Anlage 6 – Fragebogen vor Durchführung des Pretests	S.105
Anlage 7 – Fragebogen finale Version	S.118
Anlage 8 - Ehrenwörtliche Erklärung	S.132

## Anlagen

### Anlage 1 - Beispielhafte Einordnung der Evidenz der genutzten Studien nach Tomlin & Borgetto (2011)

Titel der Studie	Evidenzlevel nach Tomlin & Borgetto (2011)
<p>Meidert, U., Treusch, Y., &amp; Becker, H. (2013). Befragung der ersten Absolventen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zürcher Fachhochschule Winterthur. <i>Ergoscience</i>, 8(3), 101–109. <a href="https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.2443/skv-s-2013-54020130302">https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.2443/skv-s-2013-54020130302</a></p>	<p>Deskriptive Forschung</p> <p>Quantitative Umfrage mittels Online-Fragebogen</p> <p>- Evidenzlevel 3</p>
<p>Murray, C.; Turpin, M.; Edwards, i. &amp; Jones, M. (2015). A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. <i>British Journal of Occupational therapy</i>. Vol. 78(9). Pp. 543-546. DOI: 10.1177/0308022615586786</p>	<p>Qualitative Forschung</p> <p>Metaanalyse qualitativer Studien</p> <p>- Evidenzlevel 1</p>
<p>Nicola-Richmond, K. &amp; Watchorn, V. (2018). Making it real: The development of a web-based simulated learning resource for occupational therapy students. <i>Australasian Journal of Educational Technology</i>, 34(5). <a href="https://doi.org/10.14742/ajet.3196">https://doi.org/10.14742/ajet.3196</a></p>	<p>Deskriptive Forschung</p> <p>Quantitative Querschnittstudie mittels Fragebogen mit Skalierungsfragen</p> <p>- Evidenzlevel 3</p>
<p>Räbiger, J., Rottenecker, J., Lauer, N., Warnke, A., Hansen, H., Wasner, M., &amp;</p>	<p>Deskriptive Forschung</p>

<p>Blümke, C. (2019). Therapeuten mit berufsqualifizierendem Studienabschluss: Berufseinmündung und Erfahrungen im Berufsalltag - Ergebnisse einer Absolventenbefragung. <i>Ergoscience</i>, 14(4), 147–155.  <a href="https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-54020190402">https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-54020190402</a></p>	<p>Quantitative Querschnittstudie mittels Online-Fragebogen</p> <p>- Evidenzlevel 3</p>
<p>Rochette, A.; Brousseau, M. Vachon, B.; Engels, C.; Amari, F. &amp; Thomas, A. (2020). What occupational therapists' say about their competencies' enactment, maintenance and development in practice? A two-phase mixed methods study. <i>BMC Medical Education</i>. Vol. 20. <a href="https://doi.org/10.1186/s12909-020-02087-4">https://doi.org/10.1186/s12909-020-02087-4</a></p>	<p>Mixed-Method Design</p> <p>Quantitativer Teil in der deskriptiven Forschung mittels Online Survey</p> <p>- Evidenzlevel 3</p> <p>Qualitativer Teil in der qualitativen Forschung mittels Fokusgruppen</p> <p>- Evidenzlevel 3</p>

## Anlage 2 - Auszug Literaturrecherche

Operatoren	Trefferanzahl	Erweiterte Suche/Filter	Relevante Literatur
Ergotherapeutische Kompetenzen AND international	102	2012-2022 Wissenschaftliche Zeitschriften Peer-reviewed	Harms et al. (2018). Entwicklung eines Kompetenzprofils für Absolventen eines grundständigen Bachelorstudiengangs Ergotherapie in Deutschland. <i>Ergoscience</i>
Ergotherapie AND kompetenzen	703	2012-2022	Räbiger, J., Rottenecker, J., Lauer, N., Warnke, A., Hansen, H., Wasner, M., & Blümke, C. (2019). Therapeuten mit berufsqualifizierendem Studienabschluss: Berufseinmündung und Erfahrungen im Berufsalltag - Ergebnisse einer Absolventenbefragung. <i>Ergoscience</i> , 14(4), 147– 155. <a href="https://doi-">https://doi-</a>
occupational therapy AND competence	19.700	2012-2022	Nicola, R. K. M., Pépin, G., & Larkin, H. (2016). Transformation from student to occupational therapist: Using the Delphi technique to identify the threshold concepts of occupational therapy. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 63(2), 95–104. <a href="https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/1440-1630.12252">https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/1440-1630.12252</a>

Occupational therapy AND graduated AND competence	17.200	2012-2022	Nayar, S., Gray, M., & Blijlevens, H. (2013). The competency of New Zealand new graduate occupational therapists: Perceived strengths and weaknesses. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 60(3), 189–196. <a href="https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/1440-1630.12027">https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/1440-1630.12027</a>
Students AND Skills development AND occupational therapy	52,448	Full Text, Peer reviewed, Englisch 2011-2022	<p>Larkin, H. &amp; Hitch, D. (2018). Peer Assisted Study Sessions (PASS) preparing occupational therapy undergraduates for practice education: A novel application of a proven educational intervention. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 66(1), 100–109</p> <p>Nicola-Richmond, K. &amp; Watchorn, V. (2018). Making it real: The development of a web- based simulated learning resource for occupational therapy students. <i>Australasian Journal of Educational Technology</i>, 34(5). <a href="https://doi.org/10.14742/ajet.3196">https://doi.org/10.14742/ajet.3196</a></p>

Ergotherapie AND Berufseinsteiger	72	2009-2022	Woick, G., Larsen-Vefring, L., Litwa, T., & Zillhardt, C. (2014). Rollenfindung von Berufseinsteigern in der Ergotherapie - Anpassungsstrategien, Ressourcen und Barrieren. <i>Ergoscience</i> , 9(3), 108–117. <a href="https://doi.org/10.2443/skv-s-2014-54020140303">https://doi.org/10.2443/skv-s-2014-54020140303</a>
Newly graduated AND occupational therapist OR occupational therapy OR ot AND competence OR competency OR competencies OR skills	1.946	Full Text + Peer Reviewed + 2012-2022	Murray, C.; Turpin, M.; Edwards, I. & Jones, M. (2015). A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. <i>British Journal of Occupational therapy</i> . Vol. 78(9). Pp. 543-546. DOI: 10.1177/0308022615586786  Moir, E.M.A.; Turpin, M.J. & Copley, J.A. (2021). The Clinical Challenges Experienced by New Graduate Occupational Therapists: A Matrix Review. Vol. 88(3). Pp. 200-213. DOI: 10.1177/00084174211022880
Occupational Therapist AND newly graduated OR young Professionals OR career starters OR	11.509	Full Text +Peer reviewed + 2017 - 2022	Rochette, A.; Brousseau, M. Vachon, B.; Engels, C.; Amari, F. & Thomas, A. (2020). What occupational therapists’ say about their competencies’ enactment, maintenance and development in

job starters AND influence AND Competence OR Competency OR competencies OR skills OR knowledge			practice? A two-phase mixed methods study. BMC Medical Education. Vol. 20. <a href="https://doi.org/10.1186/s12909-020-02087-4">https://doi.org/10.1186/s12909-020-02087-4</a>
--	--	--	---

## Anlage 3 - Flyer zur Rekrutierung

WIR SIND



CHIARA SCHALLER



STELLA KLINKENBERG



& LISA EISENBERGER

UND ABSOLVIEREN DEN  
BACHELORSTUDIENGANG ERGOTHERAPIE AN  
DER ZUYD HOGESCHOOL IN HEERLEN

RÜCKFRAGEN AN  
[KOMPETENZPROFIL.ERGOTHERAPIE@GMX.DE](mailto:KOMPETENZPROFIL.ERGOTHERAPIE@GMX.DE)

# ZU YD

STUDIEN-  
TEILNEHMER\_INNEN  
GESUCHT!

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine quantitative Befragung zum **Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE** durch. Hierbei möchten wir herausfinden, wie Ergotherapeut\_innen im Berufseinstieg die Umsetzung der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ gelingt, und welche Faktoren sie dabei hindern oder positiv beeinflussen.

Du bist **Bachelorabsolvent\_in der Ergotherapie einer deutschen Hochschule** und arbeitest seit maximal zwei Jahren als Ergotherapeut\_in?

Dann würden wir uns freuen, wenn du bis zum 02.08.2022 unter folgendem Link oder QR-Code an unserer Umfrage teilnimmst

Die Umfrage nimmt circa 15 Minuten in Anspruch, erfolgt anonym und wird nur zu Forschungszwecken genutzt.

**Vielen Dank für deine Teilnahme!**

## Anlage 4 - Flyer für Pretestende

---

# ZU YD

**Liebe\_r Pretestende\_r,**

Vielen Dank für die Bereiterklärung unseren Fragebogen zum Thema „Umsetzung der ergotherapeutischen Expertise des DVE Kompetenzprofil bei Berufseinsteiger\_innen“ zu pretesten! Hierdurch erlangen wir wichtige Informationen zur Anpassung.

Bitte gehe den Fragebogen einmal ganz durch und stoppe währenddessen die Zeit.

- Wie empfindest du die Hinführung zum Thema?
- Ist das Thema für dich verständlich?
- Sind die Fragen für dich eindeutig und verständlich?
- Erscheint dir die Auswahl der gewählten Fragenformate für die jeweilige Frage sinnvoll (Multiple Choice, offene Fragen, Skalen)?
- Wie viel Zeit hast du für die Durchführung benötigt?
- Hast du andere Vorschläge/ Änderungswünsche?

Hier kommst du zu unserem Fragebogen:

<https://response.questback.com/academievoorergotherapie/nrpdsr1rn0>

oder über folgenden QR-Code:



Über ein schriftliches Feedback bis zum 06.07.2022 zu den genannten Fragen an [kompetenzprofil.ergotherapie@gmx.de](mailto:kompetenzprofil.ergotherapie@gmx.de) würden wir uns sehr freuen!

**Vielen Dank!**

Chiara Schaller, Stella Klinkenberg & Lisa Eisenberger

## Anlage 5 - Veröffentlichungen in den sozialen Medien

### Anlage 5.1 Instagram Profil

**WIR SIND**

CHIARA SCHALLER

STELLA KLIPPENBERG

KLARA EISENBERGER

UND ABSOLVIEREN DEN BACHELORSTUDIENGANG ERGOTHERAPIE AN DER ZUYD HOGESCHOOL IN HEERLEN

KOMPETENZPROFIL ERGOTHERAPIE @GMX.DE

# ZUYD

STUDENTEILNEHMER\_INNEN GESUCHT!

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine quantitative Befragung zum **Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE** durch. Hierbei möchten wir herausfinden, wie Ergotherapeut\_innen im Berufseinstieg die Umsetzung der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ gelingt, und welche Faktoren sie dabei hindern oder positiv beeinflussen.

Du bist **Bachelorabsolvent\_in der Ergotherapie einer deutschen Hochschule** und arbeitest seit maximal zwei Jahren als Ergotherapeut\_in?

Dann würden wir uns freuen, wenn du bis zum 29.07.2022 unter folgendem Link oder QR-Code an unserer Umfrage teilnimmst.

<https://response.qustiback.com/academievooerergotherapie/kht2qia3w>

Die Umfrage nimmt circa 15 Minuten in Anspruch, erfolgt anonym und wird nur zu Forschungszwecken genutzt.

Vielen Dank für deine Teilnahme!



Gefällt 3 Mal

**bachelorarbeit\_kompetenzprofil** Wir sind drei Ergotherapie Studentinnen der Zuyd Hogeschool, in Heerlen, NL.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine deutschlandweite Umfrage zum Thema „Kompetenzprofil Ergotherapie“ des DVE (2019) durch.

## Anlage 5.2 Facebook Gruppen



Hallo Zusammen,

wir sind drei Studentinnen der Zuyd Hogeschool und befassen uns im Rahmen unserer Bachelorarbeit mit dem 2019 erschienenen Kompetenzprofil des DVE. Dabei interessiert uns die Umsetzung der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ von Ergotherapeut\_innen mit Bachelorabschluss einer deutschen Hochschule. Ihr würdet uns sehr unterstützen, wenn ihr den Flyer für eine höhere Teilnehmerakquise teilen könntet und bestenfalls daran teilnehmt.

Vielen Dank im Voraus,

Mit freundlichen Grüßen,  
Chiara Schaller , Lisa Eisenberger und Stella Klinkenberg.

Link zur Umfrage: <https://response.questback.com/academievoorergotherapie/khyt2qja3w>

The flyer is split into two main sections. The left section has a pink background and is titled 'WIR SIND' in white. It features three small circular profile pictures of the researchers: Chiara Schaller, Stella Klinkenberg, and a third person whose name is partially obscured. The right section has a white background. At the top, the 'ZUYD' logo is displayed in large, bold, red letters. Below the logo, a white box with a black border contains the text 'STUDENTEILNEHMER\_INNEN GESUCHT!' in black. Underneath this box, there is a paragraph of text in black: 'Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine quantitative Befragung zum Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE durch. Hierbei möchten wir herausfinden, wie Ergotherapeut\_innen im Berufseinstieg die Umsetzung der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ gelingt, und welche Faktoren sie dabei hindern oder positiv beeinflussen.' Below this paragraph, there is a question: 'Du bist Bachelorabsolvent\_in der Ergotherapie einer deutschen Hochschule und arbeitest seit maximal zwei Jahren als Ergotherapeut\_in?'



Ergotherapie Deutschla...



Hallo Zusammen,

wir sind drei Studentinnen der Zuyd Hogeschool und befassen uns im Rahmen unserer Bachelorarbeit mit dem 2019 erschienenen Kompetenzprofil des DVE. Dabei interessiert uns die Umsetzung der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ von Ergotherapeut\_innen mit Bachelorabschluss einer deutschen Hochschule. Ihr würdet uns sehr unterstützen, wenn ihr den Flyer für eine höhere Teilnehmerakquise teilen könntet und bestenfalls daran teilnehmt.

Vielen Dank im Voraus,

Mit freundlichen Grüßen,

Chiara Schaller , Lisa Eisenberger und Stella Klinkenberg.

Link zur Umfrage: <https://response.questback.com/academievoorergotherapie/khyt2qja3w>

**ZU  
YD**

STUDIENDEILNEHMER\_INNEN  
GESUCHT!

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine quantitative Befragung zum **Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE** durch. Hierbei möchten wir herausfinden, wie Ergotherapeut\_innen im Berufseinstieg die Umsetzung der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ gelingt, und welche Faktoren sie dabei hindern oder positiv beeinflussen.

Du bist **Bachelorabsolvent\_in der Ergotherapie einer deutschen Hochschule** und arbeitest seit maximal zwei Jahren als Ergotherapeut\_in?

WIR SIND

CHIARA SCHALLER

STELLA KLINKENBERG

## Umsetzung der Domäne "ergotherapeutische Expertise" des Kompetenzprofil DVE (2019)

### Umfrageteilnehmer:innen gesucht!

 Veröffentlicht: 26. Juli 2022



Wir sind drei Ergotherapie Studentinnen der Zuyd Hogeschool in Heerlen, NL. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine deutschlandweite Umfrage zum Thema „Kompetenzprofil Ergotherapie“ des DVE (2019) durch. Hierbei möchten wir herausfinden, wie Ergotherapeut\_innen im Berufseinstieg die Umsetzung der Domäne „ergotherapeutische Expertise“ gelingt, und welche Faktoren sie dabei hindern oder positiv beeinflussen.

Sie sind Bachelorabsolvent:in der Ergotherapie einer deutschen Hochschule und arbeiten seit maximal zwei Jahren als Ergotherapeut:in?

Dann würden wir uns sehr freuen, wenn Sie bis einschließlich 01.08.2022 an unserer Umfrage teilnehmen. Diese nimmt in etwa 15 Minuten in Anspruch und erfolgt anonym.

Der Link zur Umfrage: <https://response.questback.com/academievoorergotherapie/khyt2qja3w>

Vielen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

Chiara Schaller, Lisa Eisenberger und Stella Klinkenberg

## Anlage 6 – Fragebogen vor Durchführung des Pretests

---

Fragebogen zur Umsetzung der Domäne "ergotherapeutische Expertise" aus dem Kompetenzprofil des DVE (2019)

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Bei folgenden Alternativen werden diese Aktionen erfolgen:

Nein : Die reguläre Dankesmeldung anzeigen

### 1) Haben Sie ihren Bachelorabschluss in "Ergotherapie" an einer deutschen Hochschule absolviert

- Ja  
 Nein

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Haben Sie ihren Bachelorabschluss in "Ergotherapie" an einer deutschen Hochschule absolviert" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Ja

Bei folgenden Alternativen werden diese Aktionen erfolgen:

> 25 : Die reguläre Dankesmeldung anzeigen

### 2) Seit wie vielen Monaten, nach ihrem Bachelorabschluss, sind Sie als Ergotherapeutin\_in tätig?

- 0-6  
 7-12  
 13-18  
 19-24  
 > 25

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Seit wie vielen Monaten, nach ihrem Bachelorabschluss, sind Sie als Ergotherapeutin\_in tätig?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- 19-24
- 13-18
- 7-12
- 0-6

Bei folgenden Alternativen werden diese Aktionen erfolgen:

Ich habe kein ergotherapeutisches Studium absolviert : Die reguläre Dankesmeldung anzeigen

**3) Welchen Studiengang haben Sie absolviert?**

- Additiv zur Berufsausbildung
- Grundständiges Studium
- Ich habe kein ergotherapeutisches Studium absolviert

**4) Worauf legen Sie Ihren Fokus im Erstkontakt mit den Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Organisatorisches
- Aufklärung der Ergotherapie
- Erwartungshaltung beiderseits klären
- Abklären des ergotherapeutischen Bedarfs
- Sonstiges

**5) Führen Sie eine ergotherapeutische Diagnostik durch?**

- Nie
- Sehr selten
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Immer

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Führen Sie eine ergotherapeutische Diagnostik durch?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Selten
- Sehr selten
- Nie

**6) Was hindert sie daran, eine ergotherapeutische Diagnostik durchzuführen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Kollegium
- Unbezahlte Vorbereitung-/ Nachbereitungszeit
- Zeitlich nicht ausreichende Vorbereitung-/ Nachbereitungszeit
- Verfügbarkeit von Material in der praxis/ Institution
- Eigene Motivation
- Institutionelle Vorgaben
- Fachwissen über Möglichkeiten der Diagnostik
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Führen Sie eine ergotherapeutische Diagnostik durch?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Immer
- Sehr oft
- Oft

**7) Wodurch gelingt Ihnen die Durchführung der Diagnostik? (Mehrfachantwort möglich)**

- Kollegium
- Bezahlte Vorbereitung-/ Nachbereitungszeit
- Zeitlich ausreichende Vorbereitung- / Nachbereitungszeit
- Verfügbarkeit von Material in der Praxis
- Eigene Motivation
- Institutionelle Vorgaben
- Fachwissen über die Möglichkeiten der Diagnostik#
- Sonstiges

**8) Welche Instrumente/ Assessments nutzen Sie für die ergotherapeutische Diagnostik? (Mehrfachantwort möglich)**

- AMPS
- ESI
- COPM
- ACIS
- COSA
- OSA
- HiPro
- 9-hole-peg-test
- Box'n Block
- MOCA
- DemTect
- Sonstiges

**9) Nach welchen Kriterien wählen Sie Ihr Assessment aus? (Mehrfachantwort möglich)**

- Vorgeschrieben durch die Institution
- Eigene Präferenz
- Individuell und klientenzentriert

**10) Wie erfassen Sie Förderfaktoren und Barrieren von Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)**

- ICF
- MOHO
- CMOP-E
- OTPF
- OTIPM
- Teaminterne Vorgaben

- Offene Befragung von Klient\_innen
- Befragung des Klient\_innen Systems
- Erfasse ich nicht
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wie erfassen Sie Förderfaktoren und Barrieren von Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Sonstiges
- Befragung des Klient\_innen Systems
- Offene Befragung von Klient\_innen
- Teaminterne Vorgaben
- OTIPM
- OTPF
- CMOP-E
- MOHO
- ICF

**11) Wodurch gelingt es Ihnen die Barrieren und Förderfaktoren zu erfassen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Vorhandenes Material
- Institutionelle Vorschriften
- Motivation
- Zeit
- Theoretisches Wissen und Verständnis ergotherapeutischer Theorien
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wie erfassen Sie Förderfaktoren und Barrieren von Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Erfasse ich nicht

**12) Was hindert Sie an der Erfassung der Förderfaktoren und Barrieren? (Mehrfachantwort möglich)**

- Nicht vorhandenes Material
- Institutionelle Faktoren
- Motivation
- Zeit
- Schwierigkeiten beim Theorie - Praxis Transfer
- Sonstiges

**13) Wie erfassen Sie die Betätigungsanliegen Ihrer Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Assessment
- offene Befragung
- Therapeutische Beobachtung
- Ich erfasse Betätigungsanliegen nicht
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wie erfassen Sie die Betätigungsanliegen Ihrer Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Sonstiges
- Therapeutische Beobachtung
- offene Befragung
- Assessment

**14) Wodurch gelingt es Ihnen die Betätigungsanliegen der Klient\_innen zu erfassen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Institutionelle Vorgaben
- Motivation
- Geeignetes Therapiesetting
- Unterstützendes Team
- Gut organisierter Arbeitsplatz
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wie erfassen Sie die Betätigungsanliegen Ihrer Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Ich erfasse Betätigungsanliegen nicht

**15) Was hindert Sie daran die Betätigungsanliegen der Klient\_innen zu erfassen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Institutionelle Vorgaben
- Motivation
- Ungeeignetes Therapiesetting
- Kommunikationshindernde Erkrankungen seitens der Klient\_innen
- Fehlendes Interesse seitens der Klient\_innen
- Wenig Arbeitserfahrung
- Schwierigkeiten beim Theorie- Praxis Transfer
- Sonstiges

**16) Wer legt fest, welches Betätigungsanliegen zuerst behandelt wird? (Mehrfachantwort möglich)**

- Therapeut\_in
- Klient\_in
- Klient\_innensystem
- Gemeinsam

**17) Welche Instrumente/ Strategien/ Möglichkeiten nutzen Sie zur Festlegung der Ziele mit den Klient\_innen?**

**(Mehrfachantwort möglich)**

- SMART(I)
- GAS
- COAST
- Ich lege keine Ziele mit den Klient\_innen fest
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Welche Instrumente/ Strategien/ Möglichkeiten nutzen Sie zur Festlegung der Ziele mit den Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- COAST
- GAS
- SMART(I)

**18) Wodurch gelingt es Ihnen, Ziele mit den Klient\_innen festzulegen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Gute Therapeut\_in - Klient\_in Beziehung
- Genügend Zeit
- Motivation
- Wurde in der Hochschule vertieft behandelt
- Kolleg\_innen als Vorbild
- Eigenständige Auseinandersetzungen mit Zielformulierungsstrategien
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Welche Instrumente/ Strategien/ Möglichkeiten nutzen Sie zur Festlegung der Ziele mit den Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Ich lege keine Ziele mit den Klient\_innen fest

**19) Was hindert Sie daran Ziele festzulegen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Schwierigkeiten bei der Therapeut\_in - Klient\_in Beziehung
- Zeitdruck
- Motivation
- Wurde in der Hochschule nicht ausreichend behandelt

- Fehlende Kenntnisse über Zielformulierungsstrategien
- Sonstiges

**20) Beziehen Sie Klient\_innen in die Therapieplanung mit ein?**

- Nie
- Sehr selten
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Immer

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Beziehen Sie Klient\_innen in die Therapieplanung mit ein?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Selten
- Sehr selten
- Nie

**21) Was hindert Sie daran Klient\_innen in die Therapieplanung mit einzubeziehen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Erwartungshaltung von Klient\_innen
- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Schwierigkeiten beim Theorie - Praxis Transfer
- Überforderung
- Unsicherheit und Selbstzweifel
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Beziehen Sie Klient\_innen in die Therapieplanung mit ein?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Immer
- Sehr oft
- Oft

**22) Wodurch gelingt Ihnen das Einbeziehen der Klient\_innen in die Therapieplanung? (Mehrfachantwort möglich)**

- Gute Therapeut\_in - Klient\_in Beziehung
- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Motivation
- Gute Einarbeitung durch Kolleg\_innen
- Gutes theoretisches Hintergrundwissen

Sonstiges

**23) In welcher Frequenz evaluieren Sie den Interventionsprozess mit Ihren Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)**

Nach jeder Einheit

Gelegentlich

Nach jeder Verordnung

Am Ende des Therapieprozesses

Ich evaluiere nicht

Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "In welcher Frequenz evaluieren Sie den Interventionsprozess mit Ihren Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Gelegentlich
- Sonstiges
- Am Ende des Therapieprozesses
- Nach jeder Verordnung
- Nach jeder Einheit

**24) Wodurch gelingt Ihnen die Evaluation? (Mehrfachantwort möglich)**

Genügend Zeit

Gute Therapeut\_in - Klient\_in Beziehung

Institutionelle Rahmenbedingungen

Motivation

Gutes Theoretisches Hintergrundwissen

Erreichen des erzielten Outcomes

Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "In welcher Frequenz evaluieren Sie den Interventionsprozess mit Ihren Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Ich evaluiere nicht

**25) Was hindert Sie an der Evaluation? (Mehrfachantwort möglich)**

Zeitmangel

Schwierigkeiten in der Therapeut - Klienten Beziehung

Vorzeitiger Therapieabbruch

Unsicherheiten

- Fehlendes Wissen darüber, wie ich den Therapieverlauf evaluiere
- Empfinde ich als nicht wichtig
- Sonstiges

**26) Wie halten Sie die ermittelten Informationen fest? (Mehrfachantwort möglich)**

- Schriftlich im Dokumentationssystem
- Arztbericht
- Ich halte die Informationen nicht fest
- Sonstiges

Nach Feiler (2002), umfasst das Reasoning jegliche Gedanken und Strategien sowie den gesamten mentalen Prozess, der den ergotherapeutischen Behandlungsprozess leitet. Hagedorn definiert das Reasoning weiterhin als einen Prozess des Entscheidens und als kognitive Verarbeitung von Fachwissen, wenn es bei Klient\_innen zu Entscheidungsprozessen und Beurteilungen kommt (Willard & Spackman, 1994).

Es werden verschiedene Reasoningformen unterschieden, diese sind allerdings nicht immer trennscharf voneinander zu unterscheiden und weisen je nach Autor\_in leichte Unterschiede auf.

**27) Bringen Sie das professionelles Reasoning in Ihren Behandlungsprozessen mit ein?**

- Immer
- Sehr oft
- Oft
- Selten
- Sehr selten
- Nie

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Bringen Sie das professionelles Reasoning in Ihren Behandlungsprozessen mit ein?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Oft
- Sehr oft
- Immer

**28) Welche Reasoningform nutzen Sie am häufigsten? (Mehrfachantwort möglich)**

- Prozedurales Reasoning
- Narratives Reasoning
- Konditionales Reasoning
- Scientific Reasoning
- Pragmatisches Reasoning
- Ethisches Reasoning

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Bringen Sie das professionelle Reasoning in Ihren Behandlungsprozessen mit ein?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Nie
- Sehr selten
- Selten

**29) Was hindert Sie daran das Professionelle Reasoning zu nutzen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Wurde in der Hochschule nicht behandelt
- Wurde in der Hochschule wenig behandelt
- Damit habe ich mich noch nicht ausreichend beschäftigt
- Sonstiges

**30) Richten Sie Ihr ergotherapeutisches Handeln vorwiegend an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens aus?**

- Immer
- Sehr oft
- Oft
- Selten
- Sehr selten
- Nie

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Richten Sie Ihr ergotherapeutisches Handeln vorwiegend an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens aus?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Nie
- Sehr selten
- Selten

**31) Was hindert Sie daran Ihr therapeutisches Handeln vorwiegend an Zielen der Teilhabe der Lebensqualität und des Wohlbefindens auszurichten? (Mehrfachantwort möglich)**

- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Erwartungshaltungen der Klient\_innen
- Therapeutische Motivation
- Adäquate Vor- und Nachbereitungszeit
- Unsicherheiten bei der Therapieplanung
- Schwierigkeiten beim Theorie - Praxis Transfer
- Kein Feedback und Rücksprache mit Kolleg\_innen
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Richten Sie Ihr ergotherapeutisches Handeln vorwiegend an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens aus?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Oft
- Sehr oft
- Immer

**32) Wodurch gelingt Ihnen die Ausrichtung Ihres ergotherapeutischen Handelns an den Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens? (Mehrfachantwort möglich)**

- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Erwartungshaltung der Klient\_innen
- Therapeutische Motivation
- Adäquate Vor- und Nachbereitungszeit
- Gutes theoretisches Hintergrundwissen
- Feedback und Rücksprache mit Kolleg\_innen
- Sonstiges

**33) Berücksichtigen Sie in der Gestaltung der ergotherapeutischen Diagnostik, Intervention und Evaluation fortlaufend ein bereites und integriertes berufliches Wissen, einschließlich der aktuellen fachlichen Entwicklung sowie die Berufsethik?**

- Immer
- Sehr oft
- Oft
- Selten
- Sehr selten
- Nie

**34) Würden Sie von sich behaupten, dass Sie evidenzbasiert Arbeiten?**

- Immer
- Sehr oft
- Oft
- Selten
- Sehr selten
- Nie

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Würden Sie von sich behaupten, dass Sie evidenzbasiert Arbeiten?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Oft
- Sehr oft
- Immer

**35) Wodurch gelingt Ihnen die Nutzung von Evidenz? (Mehrfachantwort möglich)**

- Eigenes Interesse
- Institutionell verfügbare Ressourcen
- Institutionelle Vorschriften
- Ausreichend bezahlte Zeit zur Recherche
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wodurch gelingt Ihnen die Nutzung von Evidenz? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Sonstiges
- Ausreichend bezahlte Zeit zur Recherche
- Institutionelle Vorschriften
- Institutionell verfügbare Ressourcen
- Eigenes Interesse

**36) Welche Quellen nutzen Sie für ihre Evidenz? (Mehrfachantwort möglich)**

- Rücksprache mit Kolleg\_innen
- Institutionell verfügbare Ressourcen
- Wissenschaftliche Datenbanken
- Fachzeitschriften
- Fachbücher
- Allgemeine Internetquellen
- Fortbildungen
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Würden Sie von sich behaupten, dass Sie evidenzbasiert Arbeiten?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Nie
- Sehr selten
- Selten

**37) Was hindert Sie an der Nutzung von Evidenz? (Mehrfachantwort möglich)**

- Zeitmangel
- Überforderung mit dem Arbeitspensum
- Keinen Zugang zu wissenschaftlichen Datenbanken
- Kein Interesse

Sonstiges

**38) Was würden Sie benötigen, um die zur Domäne der ergotherapeutischen Expertise zugehörigen Kompetenzen verstärkt umzusetzen zu können? Beschreiben Sie dies stichpunktartig.**

Erstellt mit Questback Experience Management  
Kostenloser Test - erstellen Sie eine Umfrage mit Questback

## Anlage 7 – Fragebogen finale Version

---

Fragebogen zur Umsetzung der Domäne "ergotherapeutische Expertise" aus dem Kompetenzprofil des DVE (2019)

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Bei folgenden Alternativen werden diese Aktionen erfolgen:

Nein : Die reguläre Dankesmeldung anzeigen

**1) \* Haben Sie ihren Bachelorabschluss in "Ergotherapie" an einer deutschen Hochschule absolviert?**

- Ja  
 Nein

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Haben Sie ihren Bachelorabschluss in "Ergotherapie" an einer deutschen Hochschule absolviert?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Ja

Bei folgenden Alternativen werden diese Aktionen erfolgen:

> 25 : Die reguläre Dankesmeldung anzeigen

**2) \* Seit wie vielen Monaten, nach ihrem Bachelorabschluss, sind Sie als Ergotherapeutin\_in tätig?**

- 0-6  
 7-12  
 13-18  
 19-24  
 > 25

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Seit wie vielen Monaten, nach ihrem Bachelorabschluss, sind Sie als Ergotherapeutin\_in tätig?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- 19-24
- 13-18
- 7-12
- 0-6

Bei folgenden Alternativen werden diese Aktionen erfolgen:

Ich habe kein ergotherapeutisches Studium absolviert : Die reguläre Dankesmeldung anzeigen

**3) \* Welchen Studiengang haben Sie absolviert?**

- Additiv zur Berufsausbildung
- Grundständiges Studium
- Ich habe kein ergotherapeutisches Studium absolviert

**4) \* Worauf legen Sie Ihren Fokus im Erstkontakt mit den Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Organisatorisches
- Aufklärung der Ergotherapie
- Erwartungshaltung beiderseits klären
- Abklären des ergotherapeutischen Bedarfs
- Sonstiges

**5) \* Führen Sie eine ergotherapeutische Diagnostik durch?**

- Nie
- Sehr selten
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Immer

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Führen Sie eine ergotherapeutische Diagnostik durch?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Selten
- Sehr selten
- Nie

**6) \* Was hindert sie daran, eine ergotherapeutische Diagnostik durchzuführen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Kollegium
- Unbezahlte Vorbereitung-/ Nachbereitungszeit
- Zeitlich nicht ausreichende Vorbereitung-/ Nachbereitungszeit
- Verfügbarkeit von Material in der Praxis/ Institution
- Eigene Motivation
- Institutionelle Vorgaben
- Fachwissen über Möglichkeiten der Diagnostik
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Führen Sie eine ergotherapeutische Diagnostik durch?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Immer
- Sehr oft
- Oft

**7) \* Wodurch gelingt Ihnen die Durchführung der Diagnostik? (Mehrfachantwort möglich)**

- Kollegium
- Bezahlte Vorbereitung-/ Nachbereitungszeit
- Zeitlich ausreichende Vorbereitung- / Nachbereitungszeit
- Verfügbarkeit von Material in der Praxis
- Eigene Motivation
- Institutionelle Vorgaben
- Fachwissen über die Möglichkeiten der Diagnostik
- Sonstiges

Die im folgenden aufgeführten Assessments stellen eine Auswahl dar, da es nicht möglich war, alle verfügbaren Assessments aufzuführen. im Feld "Sonstiges" kann diese Auswahl ergänzt werden.

**8) \* Welche Instrumente/ Assessments nutzen Sie für die ergotherapeutische Diagnostik? (Mehrfachantwort möglich)**

- AMPS
- ESI
- COPM
- ACIS
- COSA
- OSA
- HiPro
- 9-hole-peg-test
- Box'n Block
- MOCA
- DemTect
- Ich verwende keine Assessments
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Welche Instrumente/ Assessments nutzen Sie für die ergotherapeutische Diagnostik? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Sonstiges
- DemTect
- MOCA

- Box'n Block
- 9-hole-peg-test
- HiPro
- OSA
- COSA
- ACIS
- COPM
- ESI
- AMPS

**9) \* Nach welchen Kriterien wählen Sie Ihr Assessment aus? (Mehrfachantwort möglich)**

- Vorgeschrieben durch die Institution
- Eigene Präferenz
- Individuell und klientenzentriert
- Vorhandenes Fachwissen über verfügbare Assessments
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Welche Instrumente/ Assessments nutzen Sie für die ergotherapeutische Diagnostik? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Ich verwende keine Assessments

oder

Wenn die Frage "Nach welchen Kriterien wählen Sie Ihr Assessment aus? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Sonstiges
- Vorhandenes Fachwissen über verfügbare Assessments
- Individuell und klientenzentriert
- Eigene Präferenz
- Vorgeschrieben durch die Institution

**10) \* Wie erfassen Sie Ressourcen und Barrieren von Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Mittels modellgeleiteter Betrachtung
- Anhand einer institutionell vorgegebenen Struktur
- Offene Befragung von Klient\_innen
- Befragung des Klient\_innen Systems
- Erfasse ich nicht
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wie erfassen Sie Ressourcen und Barrieren von Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Mittels modellgeleiteter Betrachtung

**11) Welche Modelle nutzen Sie?**

- ICF
- MOHO
- CMOP-E
- OTPF
- OTIPM
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wie erfassen Sie Ressourcen und Barrieren von Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Sonstiges
- Befragung des Klient\_innen Systems
- Offene Befragung von Klient\_innen
- Anhand einer institutionell vorgegebenen Struktur
- Mittels modellgeleiteter Betrachtung

**12) \* Wodurch gelingt es Ihnen die Ressourcen und Barrieren zu erfassen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Vorhandenes Material
- Institutionelle Vorschriften
- Motivation
- Zeit
- Theoretisches Wissen und Verständnis ergotherapeutischer Theorien
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wie erfassen Sie Ressourcen und Barrieren von Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Erfasse ich nicht

**13) \* Was hindert Sie an der Erfassung der Ressourcen und Barrieren? (Mehrfachantwort möglich)**

- Nicht vorhandenes Material
- Institutionelle Faktoren
- Motivation
- Zeit

- Schwierigkeiten beim Theorie - Praxis Transfer
- Fehlendes Fachwissen über verschiedene Möglichkeiten
- Sonstiges

**14) \* Wie erfassen Sie die Betätigungsanliegen Ihrer Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Assessment
- Offene Befragung
- Therapeutische Beobachtung
- Ich erfasse Betätigungsanliegen nicht
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wie erfassen Sie die Betätigungsanliegen Ihrer Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Sonstiges
- Therapeutische Beobachtung
- Offene Befragung
- Assessment

**15) \* Wodurch gelingt es Ihnen die Betätigungsanliegen der Klient\_innen zu erfassen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Vorgegebene Behandlungsansätze von der Institution
- Therapiesetting
- Motivation der Klient\_innen
- Motivation der Therapeut\_innen
- Unterstützendes Team
- Strukturierter Arbeitsplatz
- Fachwissen über die Möglichkeiten zur Erfassung von Betätigungsanliegen
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wie erfassen Sie die Betätigungsanliegen Ihrer Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Ich erfasse Betätigungsanliegen nicht

**16) \* Was hindert Sie daran die Betätigungsanliegen von Klient\_innen zu erfassen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Institutionelle Vorgaben
- Motivation
- Therapiesetting
- Kommunikationshindernde Erkrankungen seitens der Klient\_innen

- Fehlendes Interesse seitens der Klient\_innen
- Wenig Arbeitserfahrung
- Schwierigkeiten beim Theorie- Praxis Transfer
- Fehlendes Fachwissen über die Erfassungsmöglichkeiten
- Sonstiges

**17) \* Wer legt fest, welches Betätigungsanliegen zuerst behandelt wird? (Mehrfachantwort möglich)**

- Therapeut\_in
- Klient\_in
- Klient\_innensystem
- Gemeinsam

**18) \* Welche Instrumente/ Strategien nutzen Sie zur Festlegung der Ziele mit den Klient\_innen?**

**(Mehrfachantwort möglich)**

- SMART(I)
- GAS
- COAST
- Ich lege keine Ziele mit den Klient\_innen fest
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Welche Instrumente/ Strategien nutzen Sie zur Festlegung der Ziele mit den Klient\_innen?  
(Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Sonstiges
- COAST
- GAS
- SMART(I)

**19) \* Wodurch gelingt es Ihnen, Ziele mit den Klient\_innen festzulegen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Therapeut\_in - Klient\_in Beziehung
- Genügend Zeit
- Motivation
- Wurde in der Hochschule vertieft behandelt
- Kolleg\_innen als Vorbild
- Eigenständige Auseinandersetzungen mit Zielformulierungsstrategien
- Wissen über verschiedene Zielformulierungsstrategien
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Welche Instrumente/ Strategien nutzen Sie zur Festlegung der Ziele mit den Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Ich lege keine Ziele mit den Klient\_innen fest

**20) \* Was hindert Sie daran Ziele festzulegen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Schwierigkeiten bei der Therapeut\_in - Klient\_in Beziehung
- Zeitdruck
- Motivation
- Würde in der Hochschule nicht ausreichend behandelt
- Fehlende Kenntnisse über Zielformulierungsstrategien
- Sonstiges

**21) \* Beziehen Sie Klient\_innen in die Therapieplanung mit ein?**

- Nie
- Sehr selten
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Immer

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Beziehen Sie Klient\_innen in die Therapieplanung mit ein?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Selten
- Sehr selten
- Nie

**22) \* Was hindert Sie daran Klient\_innen in die Therapieplanung mit einzubeziehen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Erwartungshaltung von Klient\_innen
- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Schwierigkeiten beim Theorie- Praxis Transfer
- Überforderung
- Unsicherheit und Selbstzweifel
- Fehlendes Wissen über die Einbeziehung von Klient\_innen
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Beziehen Sie Klient\_innen in die Therapieplanung mit ein?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Immer
- Sehr oft
- Oft

**23) \* Wodurch gelingt Ihnen das Einbeziehen der Klient\_innen in die Therapieplanung? (Mehrfachantwort möglich)**

- Therapeut\_in - Klient\_in Beziehung
- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Motivation
- Einarbeitung durch Kolleg\_innen
- Theoretisches Hintergrundwissen
- Sonstiges

**24) \* In welcher Frequenz evaluieren Sie den Interventionsprozess mit Ihren Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Nach jeder Einheit
- Regelmäßig bei Bedarf
- Nach jeder Verordnung
- Am Ende des Therapieprozesses
- Ich evaluiere nicht
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "In welcher Frequenz evaluieren Sie den Interventionsprozess mit Ihren Klient\_innen? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Regelmäßig bei Bedarf
- Sonstiges
- Am Ende des Therapieprozesses
- Nach jeder Verordnung
- Nach jeder Einheit

**25) \* Wodurch gelingt Ihnen die Evaluation? (Mehrfachantwort möglich)**

- Genügend Zeit
- Therapeut\_in - Klient\_in Beziehung
- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Motivation
- Gutes Theoretisches Hintergrundwissen
- Erreichen des erzielten Outcomes
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "In welcher Frequenz evaluieren Sie den Interventionsprozess mit Ihren Klient\_innen?" (Mehrfachantwort möglich) "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Ich evaluiere nicht

**26) \* Was hindert Sie an der Evaluation? (Mehrfachantwort möglich)**

- Zeitmangel
- Schwierigkeiten in der Therapeut - Klienten Beziehung
- Vorzeitiger Therapieabbruch
- Unsicherheiten
- Fehlendes Wissen darüber, wie ich den Therapieverlauf evaluiere
- Empfinde ich als nicht wichtig
- Sonstiges

**27) \* Wie halten Sie die ermittelten Informationen fest? (Mehrfachantwort möglich)**

- Schriftlich im Dokumentationssystem
- Arztbericht
- Ich halte die Informationen nicht fest
- Sonstiges

Nach Feiler (2002), umfasst das Reasoning jegliche Gedanken und Strategien sowie den gesamten mentalen Prozess, der den ergotherapeutischen Behandlungsprozess leitet. Hagedorn definiert das Reasoning weiterhin als einen Prozess des Entscheidens und als kognitive Verarbeitung von Fachwissen, wenn es bei Klient\_innen zu Entscheidungsprozessen und Beurteilungen kommt (Willard & Spackman, 2018).

Es werden verschiedene Reasoningformen unterschieden, diese sind allerdings nicht immer trennscharf voneinander zu unterscheiden und weisen je nach Autor\_in leichte Unterschiede auf.

**28) \* Bringen Sie das professionelles Reasoning in Ihren Behandlungsprozessen mit ein?**

- Immer
- Sehr oft
- Oft
- Selten
- Sehr selten
- Nie

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Bringen Sie das professionelles Reasoning in Ihren Behandlungsprozessen mit ein?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Oft
- Sehr oft
- Immer

**29) \* Welche Reasoningform nutzen Sie am häufigsten? (Mehrfachantwort möglich)**

- Prozedurales Reasoning
- Narratives Reasoning
- Konditionales Reasoning
- Scientific Reasoning
- Pragmatisches Reasoning
- Ethisches Reasoning

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Bringen Sie das professionelles Reasoning in Ihren Behandlungsprozessen mit ein?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Nie
- Sehr selten
- Selten

**30) \* Was hindert Sie daran das Professionelle Reasoning zu nutzen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Wurde in der Hochschule nicht behandelt
- Wurde in der Hochschule wenig behandelt
- Damit habe ich mich noch nicht ausreichend beschäftigt
- Die verschiedenen Reasoningformen sind mir nicht bekannt
- Sonstiges

**31) \* Richten Sie Ihr ergotherapeutisches Handeln vorwiegend an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens aus?**

- Immer
- Sehr oft
- Oft
- Selten
- Sehr selten
- Nie

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Richten Sie Ihr ergotherapeutisches Handeln vorwiegend an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens aus?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Nie
- Sehr selten
- Selten

**32) \* Was hindert Sie daran Ihr therapeutisches Handeln vorwiegend an Zielen der Teilhabe der Lebensqualität und des Wohlbefindens auszurichten? (Mehrfachantwort möglich)**

- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Erwartungshaltungen der Klient\_innen
- Therapeutische Motivation
- Adäquate Vor- und Nachbereitungszeit
- Unsicherheiten bei der Therapieplanung
- Schwierigkeiten beim Theorie- Praxis Transfer
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Richten Sie Ihr ergotherapeutisches Handeln vorwiegend an Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens aus?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Oft
- Sehr oft
- Immer

**33) \* Wodurch gelingt Ihnen die Ausrichtung Ihres ergotherapeutischen Handelns an den Zielen der Teilhabe, der Lebensqualität und des Wohlbefindens? (Mehrfachantwort möglich)**

- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Erwartungshaltung der Klient\_innen
- Therapeutische Motivation
- Adäquate Vor- und Nachbereitungszeit
- Theoretisches Hintergrundwissen
- Sonstiges

**34) \* Berücksichtigen Sie in der Gestaltung der ergotherapeutischen Diagnostik, Intervention und Evaluation fortlaufend ein breites und integriertes berufliches Wissen, einschließlich der aktuellen fachlichen Entwicklung sowie die Berufsethik?**

- Immer
- Sehr oft
- Oft
- Selten
- Sehr selten
- Nie

**35) \* Würden Sie von sich behaupten, dass Sie evidenzbasiert Arbeiten?**

- Immer
- Sehr oft
- Oft
- Selten

- Sehr selten
- Nie

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Würden Sie von sich behaupten, dass Sie evidenzbasiert Arbeiten?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Oft
- Sehr oft
- Immer

**36) \* Wodurch gelingt Ihnen die Nutzung von Evidenz? (Mehrfachantwort möglich)**

- Eigenes Interesse
- Institutionell verfügbare Ressourcen
- Institutionelle Vorschriften
- Ausreichend bezahlte Zeit zur Recherche
- Wissen über die Nutzung verschiedener Datenbanken und wie ich diese verwende
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Wodurch gelingt Ihnen die Nutzung von Evidenz? (Mehrfachantwort möglich)" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Sonstiges
- Ausreichend bezahlte Zeit zur Recherche
- Institutionelle Vorschriften
- Institutionell verfügbare Ressourcen
- Eigenes Interesse

**37) \* Welche Quellen nutzen Sie für ihre Evidenz? (Mehrfachantwort möglich)**

- Rücksprache mit Kolleg\_innen
- Institutionell verfügbare Ressourcen
- Wissenschaftliche Datenbanken
- Fachzeitschriften
- Fachbücher
- Allgemeine Internetquellen
- Fortbildungen
- Wissen und Erfahrungen von Klient\_innen
- Sonstiges

**Dieses Feld wird nur in der Voransicht angezeigt.**

Diese Frage wird angezeigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Wenn die Frage "Würden Sie von sich behaupten, dass Sie evidenzbasiert Arbeiten?" "eine(r) von" diesen Alternativen enthält

- Nie
- Sehr selten
- Selten

**38) \* Was hindert Sie an der Nutzung von Evidenz? (Mehrfachantwort möglich)**

- Zeitmangel
- Überforderung mit dem Arbeitspensum
- Keinen Zugang zu wissenschaftlichen Datenbanken
- Kein Interesse
- Ich weiß nicht, wie ich verschiedene Datenbanken effektiv nutzen kann
- Kein ausreichendes Wissen
- Sonstiges

**39) Was würden Sie benötigen, um die zur Domäne der ergotherapeutischen Expertise zugehörigen Kompetenzen verstärkt umzusetzen zu können? Beschreiben Sie dies stichpunktartig.**

Erstellt mit Questback Experience Management  
Kostenloser Test - erstellen Sie eine Umfrage mit Questback

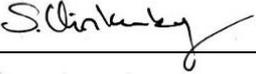
## Anlage 8 – Ehrenwörtliche Erklärung

---

### **Ehrenwörtliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich 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.

Heerlen, den 30.08.2022   
Datum Unterschrift Lisa Eisenberger

Heerlen, den 30.08.2022   
Datum Unterschrift Stella Klinkenberg

Heerlen, den 30.08.2022   
Datum Unterschrift Chiara Schaller