

Bachelorarbeit



Eine qualitative Studie zu folgendem Forschungsthema:

Welche Berufskompetenzen benötigen Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung Erwachsener und wie erleben sie diese Berufskompetenzen?

Christine Botzky; Studentennummer: 1669400

Sarah Schäkel, geb. Hündgen; Studentennummer: 1742566

Fachbereich „Gezondheidszorg“

Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool

Kohorte: KoReHa8

Begleiterin: Tanja Klein

© 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.

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.“

Cicely Saunders

Vorwort

Diese Bachelorarbeit entstand im Rahmen unseres berufsbegleitenden Bachelorstudienganges (2016 - 2019) an der *Zuyd Hogeschool* in Heerlen.

Wir setzten uns intensiv mit dem Thema Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung auseinander und standen dabei in engem Austausch miteinander, welchen wir beide als sehr bereichernd und produktiv erlebten.

Ein besonderer Dank gilt den Personen, die die Fertigstellung dieser Bachelorarbeit ermöglicht haben. Zuerst möchten wir uns bei unserer Mentorin Tanja Klein bedanken, die uns stets mit Rat und Tat zur Seite stand, uns inspirierte und wertvolle Impulse gab. Sie bestärkte uns jederzeit und ermutigte uns auch dazu, eigenständig Entscheidungen zu treffen. In herausfordernden Situationen sprach sie uns neuen Mut zu. Herzlichen Dank dafür.

Ein großer Dank gilt auch unseren Studienteilnehmerinnen, ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre. Vielen Dank für die sehr interessanten Einblicke in das spannende Arbeitsfeld der Palliativversorgung. Außerdem danken wir allen weiteren Menschen, die dafür gesorgt haben, dass wir nun diese Arbeit in den Händen halten können.

Eine sehr tragende Funktion spielte in dieser Zeit auch unser privates Umfeld.

Wir möchten uns bei unseren Familien und Freunden für ihr Verständnis und ihre geduldige Unterstützung bedanken. Es tut gut, zu wissen, dass es Freunde und Familienmitglieder gibt, die einem in dieser Zeit den nötigen Rückhalt geben.

Auch bei unseren Arbeitgebern und Kollegen möchten wir uns für ihr Verständnis und ihre Unterstützung während dieser Phase bedanken.

Wir wünschen nun allen Lesern dieser Bachelorarbeit spannende Impulse und Einblicke in das Handlungsfeld der Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung.

Lesehinweise

Die vorliegende Arbeit richtet sich einerseits an Ergotherapeuten, die in der stationären Palliativversorgung tätig sind und andererseits an Ergotherapeuten aus anderen Fachbereichen, die Interesse an der Palliativversorgung zeigen. Die Forscherinnen möchten mit ihrer Studie aber auch interdisziplinäre Kollegen aus demselben oder ähnlichen Arbeitskontext ansprechen.

Die Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit werden als Forscherinnen bezeichnet, die Autoren von Forschungsartikeln oder Fachliteratur als Autoren.

Für eine verbesserte Lesbarkeit haben sich die Forscherinnen generell für die maskuline Bezeichnung entschieden (Klient*, Ergotherapeut, ...). Weibliche Personen sollen sich dennoch selbstverständlich gleichermaßen angesprochen fühlen. Eine Ausnahme bildet die Bezeichnung Forscherin/Forscherinnen und Teilnehmerin/Teilnehmerinnen: Da bis auf die drei Pretester nur weibliche Personen an der Studie teilgenommen haben, entschieden sich die Forscherinnen für die Nutzung der femininen Form.

Da die Klientenzentrierung* in der vorliegenden Arbeit einen wichtigen Grundgedanken darstellt, verwenden die Forscherinnen in der schriftlichen Ausarbeitung den Begriff „Klient“ statt „Patient“, bei wörtlichen Zitaten wird der Begriff „Patient“ übernommen.

Laut der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)* (2016) beschränkt sich der Begriff Angehörige meist auf familiäre Beziehungen. Da jedoch auch weitere Personen, wie eng stehende Bekannte oder Lebenspartner eine wichtige Ressource für den Klienten darstellen können, wird in dieser Arbeit ausschließlich der Begriff Zugehörige verwendet. Laut *DGP* (2016) umfasst dieser Begriff alle für den Klienten wichtigen Bezugspersonen.

Für eine verbesserte Lesbarkeit wurde die Bezeichnung des kanadischen Dokuments *Essential Competencies of practice for occupational therapists in Canada* (ACOTRO, 2011) nach Erstnennung abgekürzt als *Essential Competencies* im Text bezeichnet.

Begriffe, die im Glossar aufgeführt sind, werden bei der Erstnennung im Text mit einem *gekennzeichnet.

Eigennamen und direkte Zitate der Teilnehmerinnen werden im Text kursiv geschrieben. Alle Abkürzungen werden im Abkürzungsverzeichnis in ausgeschriebener Form aufgeführt.

Verweise auf Kapitel, Abschnitte, Tabellen, Abbildungen, Anlagen sind mit → gekennzeichnet. Abbildungen im Text werden mit der Quelle genannt und sind im Literaturverzeichnis aufgeführt. Befindet sich unter einer Abbildung keine Quellenangabe, wurde sie von den Forscherinnen erstellt.

Abkürzungsverzeichnis

- AAPV *Allgemeine ambulante Palliativversorgung*
- ACOTRO *The Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations* (Verband der kanadischen ergotherapeutischen Regulierungsbehörden)
- ADL *Activities of Daily Living* (Aktivitäten des täglichen Lebens)
- AWMF *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.*
- ALPHA *Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung*
- BÄK *Bundesärztekammer*
- BDSG *Bundesdatenschutzgesetz*
- BGM *Bundesministerium für Gesundheit*
- CAOT *Canadian Association of Occupational Therapists* (kanadischer Verband der Ergotherapeuten)
- COPD *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- COPM *Canadian Occupational Performance Measure*
(kanadisches Betätigungsperformanz Messinstrument)
- DGP *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.*
- DGS *Deutschen Gesellschaft für Soziologie*

- DIMDI *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*
- DKG *Deutsche Krebsgesellschaft e.V.*
- DKH *Stiftung Deutsche Krebshilfe*
- DVE *Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.*
- DHPV *Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.*
- DKFZ *Deutsches Krebsforschungszentrum*
- EAPC *European Association for Palliative Care (Europäische Gesellschaft für Palliativversorgung)*
- ErgThAPrV *Ergotherapeuten- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung*
- GKV *Gesetzliche Krankenversicherung(en)*
- HIV *Humaner Immundefizienz-Virus*
- Lat. *Lateinisch*
- MMST *Mini-Mental-Status-Test*
- OTA *Occupational Therapy Australia (Vereinigung von Ergotherapeuten in Australien)*
- OPS *Operationen- und Prozedurenschlüssel*
- QELCCC *Quality End-of-Life Care Coalition of Canada*
(Qualitätskoalition zum Lebensende)

- SAPV *Spezialisierte, ambulante Palliativversorgung*
- SGB V *Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch*
- WHO *World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)*

Abstracts

Deutsch

Ziel dieser Studie ist das Ermitteln und Erleben der Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in Deutschland in der stationären Palliativversorgung Erwachsener. Die Literaturrecherche ergab nationalen und internationalen Forschungsbedarf. Bislang existieren keine Studien zu dem Forschungsthema dieser Bachelorarbeit.

Zehn semistrukturierte, leitfadengestützte Interviews wurden mit in der stationären Palliativversorgung in Deutschland tätigen Ergotherapeuten durchgeführt und mithilfe der zusammenfassenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) ausgewertet.

Neun Kompetenzkategorien wurden induktiv ermittelt. Die Teilnehmerinnen sehen die Betätigungsorientierung als ergotherapeutisches Alleinstellungsmerkmal. Die übrigen Kategorien zeigen einige Parallelen zu anderen in der Palliativversorgung tätigen Professionen auf.

Ergotherapeuten sind derzeit in der stationären Palliativversorgung in Deutschland wenig vertreten. Sie können mit einem betätigungsorientierten Ansatz einen wichtigen Beitrag im interdisziplinären Team leisten und die Lebensqualität sterbenskranker Menschen verbessern.

Niederländisch

Het doel van deze studie is het bepalen en ervaren van de professionele competenties van Ergotherapeuten in Duitsland in de stationaire palliatieve zorg voor volwassenen. er is behoefte aan onderzoek omdat er geen studies zijn van deze bachelor scriptie.

Begeleide interviews werden uitgevoerd en onderste und de samenvatting, kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Mayring (2016) werden geëvalueerd.

Negen competentie categorieën werden inductief bepaald. De rest Competentie categorieën laten enkele parallellen zien met andere aanbieders van palliatieve zorg.

Ergotherapeuten bevinden zich momenteel in de klinische palliatieve zorg, en worden in Duitsland weinig vertegenwoordigd. ze kunnen een belangrijke rol spelen in een activiteitsgerichte aanpak en dragen bij aan het interdisciplinaire team en de kwaliteit van het leven de mensen.

Englisch

The aim of this study is to determine the professional competencies and experiences of occupational therapists in Germany working in inpatient palliative care. It answers to the lack of empirical research into this field.

For the study, ten semi-structured interviews were conducted and evaluated using qualitative content analysis (Mayring 2016). From the determined competencies, nine categories were derived inductively.

While most categories show parallels to other professions in palliative care, the participants named the focus on activity as a unique feature of occupational therapy. In this field, however, occupational therapists are currently underrepresented in Germany. The study shows that they can make an important contribution to the interdisciplinary team and improve the quality of life of clients with life-limiting illness.

Zusammenfassung

In der Literaturrecherche konnte festgestellt werden, dass der Bedarf an stationärer Palliativversorgung national und international in den letzten 15 Jahren deutlich angestiegen ist. Bislang ist die Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung in Deutschland noch nicht etabliert. Aus der Literaturrecherche ergab sich demzufolge der Forschungsbedarf dieser Studie. Der internationale Forschungsstand, insbesondere in Australien und Kanada, zeigt auf, dass dort die Ergotherapie in diesem Handlungsfeld bereits etablierter ist.

Es wurden zehn leitfadengestützte Interviews mit auf Palliativstationen und einem im Hospiz tätigen Ergotherapeuten durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte in Anlehnung an die Phänomenologie.

Die Auswertung erfolgte nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2016). Das Datenmaterial wurde reduziert, bis folgende neun Kategorien und Aussagen zum Erleben der Teilnehmerinnen festgelegt wurden: Klientenzentrierung, Betätigungsorientierung, Flexibilität, Zusammenarbeit, Kommunikation, Reflexion, Wissensanwendung und -vermittlung, Professionalisierung und Organisation. Die Teilnehmerinnen betrachten die Betätigungsorientierung als Alleinstellungsmerkmal der Ergotherapie und nehmen eine zunehmende Entwicklung der Profession in dem Handlungsfeld wahr. Die ermittelten Kompetenzen wurden mit dem Diskussionspapier „Kompetenzprofil Ergotherapie“ des *Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V.* (DVE, 2018) und den *Essential Competencies of Practice for Occupational Therapists in Canada* der *Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations* (ACOTRO, 2011) verglichen.

Die Studienresultate weisen Gemeinsamkeiten mit dieser Literatur auf und können auf Ergotherapeuten innerhalb Deutschlands übertragen werden. Bezüglich der Übertragbarkeit besteht weiterer Forschungsbedarf.

Derzeit wird zur weiteren Erschließung des Handlungsfeldes ein Palliativmodul in das Curriculum einer Ergotherapieschule in Deutschland erprobt.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	17
 2. Theoretischer Hintergrund.....	24
2.1. <i>Einführung: Palliativ- und Hospizversorgung.....</i>	24
2.2. <i>Definition Palliativversorgung.....</i>	24
2.2.1. <i>Erkrankungen in der Palliativversorgung.....</i>	25
2.2.2. <i>Palliativstation.....</i>	27
2.3. <i>Definition und Geschichte der Hospizbewegung.....</i>	27
2.3.1. <i>Entwicklung der Hospizbewegung in Deutschland.....</i>	28
2.3.2. <i>Hospiz.....</i>	28
2.4. <i>Ambulante Palliativversorgung.....</i>	29
2.4.1. <i>Allgemeine, ambulante Palliativversorgung (AAPV).....</i>	29
2.4.2. <i>Spezialisierte, ambulante Palliativversorgung (SAPV).....</i>	30
2.4.3. <i>Ambulante Hospizdienste.....</i>	30
2.5. <i>Sterbeorte in Deutschland.....</i>	30
2.6. <i>Internationale Palliativversorgung.....</i>	31
2.6.1. <i>Allgemeine Palliativversorgung in Kanada.....</i>	31
2.6.2. <i>Allgemeine Palliativversorgung in Australien.....</i>	32
2.7. <i>Palliativversorgung als Handlungsfeld für die Ergotherapie.....</i>	33
2.8. <i>Entwicklung der Ergotherapie in der Palliativversorgung in Deutschland.....</i>	35
2.9. <i>Internationale Entwicklung der Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung.....</i>	38
2.9.1. <i>Kanada.....</i>	38
2.9.2. <i>Australien.....</i>	39
2.10. <i>Begriffsdefinition Kompetenz.....</i>	40
2.11. <i>Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE – Diskussionspapier (DVE, 2018).....</i>	42
2.11.1. <i>Domäne - Ergotherapeutische Expertise.....</i>	44

2.11.2. Domäne - Kommunikation.....	44
2.11.3. Domäne - Zusammenarbeit.....	44
2.11.4. Domäne – Management.....	45
2.11.5. Domäne – Fürsprache.....	45
2.11.6. Domäne – Lernen.....	46
2.11.7. Domäne – Professionalität.....	46
2.12. <i>Essential Competencies of Practice for Occupational Therapists in Canada</i> (ACOTRO, 2011).....	46
2.12.1. 7 Units of Competencies.....	48
 3. Methodik.....	50
3.1. <i>Literaturrecherche</i>	50
3.2. <i>Beschreibung des Forschungsdesigns und der Forschungsmethode</i>	51
3.3. <i>Erstellung des Interviewleitfadens</i>	53
3.4. <i>Pretest</i>	54
3.5. <i>Sampling</i>	55
3.6. <i>Informed consent</i>	56
3.7. <i>Datenerhebung</i>	58
3.7.1. Interviewformen.....	58
3.8. <i>Transkription</i>	60
3.9. <i>Datenanalyse</i>	62
 4. Resultate.....	65
4.1. <i>Ermittelte Kategorien</i>	66
4.1.1. Kategorie 1: Klientenzentrierung.....	66
4.1.2. Kategorie 2: Betätigungsorientierung.....	67
4.1.3. Kategorie 3: Flexibilität.....	68
4.1.4. Kategorie 4: Wissensanwendung und -vermittlung.....	69
4.1.5. Kategorie 5: Zusammenarbeit.....	72
4.1.6. Kategorie 6: Kommunikation.....	74

4.1.7. Kategorie 7: Reflexion.....	75
4.1.8. Kategorie 8: Professionalisierung.....	77
4.1.9. Kategorie 9: Organisation.....	78
4.2. Erleben der Kompetenzen.....	79
 5. Diskussion.....	81
5.1. Diskussion der 1. Leitfrage.....	81
5.2. Diskussion der 2. Leitfrage.....	83
5.3. Diskussion der 3. Leitfrage.....	91
5.4. Stärken der Studie.....	94
5.5. Limitationen der Studie.....	95
5.6. Übertragbarkeit der Resultate.....	97
5.6.1. Hospize und Palliativstationen.....	97
5.6.2. Betätigungsorientierung im Hospiz.....	98
5.6.3. Ambulante Palliativversorgung.....	98
5.6.4. Seniorenpflegeeinrichtungen.....	99
5.6.5. Internationaler Kontext.....	99
 6. Schlussfolgerung.....	101
 Literaturverzeichnis.....	104
 Glossar.....	120
 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	126
Abbildungsverzeichnis.....	126
Tabellenverzeichnis.....	126

<i>Anlage 01: Studieneinschätzung nach Tomlin und Borgetto (2011).....</i>	<i>127</i>
<i>Anlage 02: Auszug aus dem Kompetenzprofil Ergotherapie (DVE, 2018).....</i>	<i>129</i>
<i>Anlage 03: Auszug aus den Essential Competencies (ACOTRO, 2011).....</i>	<i>130</i>
<i>Anlage 04: Auszug aus dem Suchverlauf vom 28.03.18.....</i>	<i>131</i>
<i>Anlage 05: Interviewleitfaden.....</i>	<i>133</i>
<i>Anlage 06: Anschreiben.....</i>	<i>138</i>
<i>Anlage 07: Pretestfragen.....</i>	<i>140</i>
<i>Anlage 08: Einverständniserklärung.....</i>	<i>141</i>
<i>Anlage 09: Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2018).....</i>	<i>142</i>
<i>Anlage 10: Auszug Transkript.....</i>	<i>144</i>
<i>Anlage 11: Entscheidungspfad.....</i>	<i>145</i>
<i>Anlage 12: Tabelle Kompetenzen und Kategorien.....</i>	<i>146</i>
<i>Anlage 13: Ablaufmodell Analyse & Kategorien.....</i>	<i>152</i>
<i>Anlage 14: Z-Regeln.....</i>	<i>153</i>

1. Einleitung

Die Palliativversorgung (palliativ: Lat. „ummanteln“) stellt einen wichtigen Ansatz für eine effektive Behandlung lebensverkürzender Erkrankungen innerhalb der Gesellschaft dar (Lima & Pastrana, 2016).

Jährlich sind weltweit über zwanzig Millionen Menschen auf Palliativversorgung angewiesen (Lima & Pastrana, 2016). In Deutschland benötigen Schätzungen der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* (DGP) zufolge jährlich circa 750.000 Menschen eine Palliativversorgung (Bertelsmann Stiftung, 2015). Eine genaue Bedarfsermittlung ist nur bedingt möglich, da der Bedarf nicht nur von den individuellen Erkrankungen, sondern auch von den ambulanten Versorgungsstrukturen und den individuellen Bedürfnissen der Klienten abhängt (Bertelsmann Stiftung, 2015). Bislang existiert in Deutschland aufgrund der Komplexität und vielfältiger Einflussfaktoren demzufolge keine valide Bedarfsanalyse (Bertelsmann Stiftung, 2015).

International wurde von der *Europäischen Gesellschaft für Palliative Care* (EAPC) ein Bedarf von 80-100 Plätzen in der stationären Palliativversorgung pro einer Millionen Einwohnern ermittelt (EAPC, 2009).

Bezüglich der Diagnosen ist der größte Anteil des palliativen Klientels onkologisch erkrankt, gleichzeitig steigt der Bedarf der nicht-onkologischen Klienten mit palliativem Bedarf derzeit an (Hess et al., 2014).

Laut Schätzungen der *DGP* haben mit bis zu 40 Prozent der Plätze in der stationären Palliativversorgung auch sterbenskranke Klienten mit einer nicht-onkologischen Diagnose einen hohen Bedarf an Palliativversorgung (DGP, Deutscher Hospiz und Palliativverband e.V. [DHPV] & Bundesärztekammer [BÄK], 2010).

Bedingt durch den demografischen Wandel gewinnt die Palliativversorgung zunehmend an Bedeutung und Relevanz innerhalb der heutigen Gesellschaft (Bacchetto, Nyffenegger & Späth, 2015).

Die Zahl der Sterbefälle in Deutschland wird trotz einer steigenden Lebenserwartung bis 2050 bei etwa einer Million Menschen liegen und dabei die Geburtenrate deutlich übersteigen (Pflegermarkt, 2017). In den kommenden Jahren ist aufgrund der alternden Bevölkerung und der Zunahme an chronischen Erkrankungen mit einem deutlichen Anstieg der Inanspruchnahme von Palliativversorgung zu rechnen (Pflegermarkt, 2017).

Die in Deutschland bestehende Palliativversorgung setzt sich als Ziel, eine ganzheitliche Versorgung der Klienten an deren Lebensende zu leisten (Von dem Berge, Förster & Kirsch, 2018). Hierdurch soll ein würdevoller und selbstbestimmter Sterbeprozess für den schwerstkranken Menschen ermöglicht werden (Von dem Berge et al., 2018).

Aktuell stellt die Palliativversorgung mit ihren geschaffenen stationären und ambulanten Strukturen einen festen Bestandteil innerhalb des deutschen Gesundheitssystems dar (Bausewein, 2018a).

Die 2010 veröffentlichte „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“, welche die Stärkung der Rechte und Bedürfnisse dieser Menschen (DGP et al., 2010) thematisiert, führt auf berufspolitischer und gesellschaftlicher Ebene laut Bausewein (2018a) zu einer Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Deutschland.

In Deutschland dauerte es bis in die 1980er Jahre, bis die erste Palliativstation an einer chirurgischen Universitätsklinik eröffnet wurde (Bausewein, 2018b). Der Ausbau stationärer, palliativer Einrichtungen erfolgte erst Anfang der 1990er Jahre durch eine Förderung des *Bundesministeriums für Gesundheit (BGM)* (BGM, 1997).

Die Anzahl der stationären Einrichtungen der Palliativversorgung in Deutschland stieg von 1996 bis 2016 deutlich an (DHPV, 2013). Während 1996 nur 28 Palliativstationen sowie 30 stationäre Hospize existierten, steigerte sich die Anzahl der stationären Einrichtungen bis heute auf über 300 Palliativstationen und mehr als 230 stationäre Hospize (DHPV, 2018).

Demnach nimmt die Palliativversorgung im stationären Kontext einen zunehmenden Stellenwert im Gesundheitssystem ein (Ansprechstellen im Land NRW zur

Palliativversorgung, Hospizversorgung und Angehörigenbegleitung [ALPHA], 2017).

Eine deskriptive Studie von Dasch, Blum, Gude und Bausewein (2015), auf die in → Kapitel 2.5 näher eingegangen wird, zeigt auf, dass die meisten Menschen in Deutschland in einer stationären Einrichtung versterben. Dabei stellt das Krankenhaus den häufigsten Sterbeort dar (Dasch et al., 2015).

Infolge der oben aufgeführten Entwicklungen bezüglich der stationären Palliativversorgung in Deutschland begrenzt sich die Studie auf diesen Kontext. Aufgrund der im → Kapitel 2.4 beschriebenen Charakteristika der ambulanten Palliativversorgung und zur Eingrenzung des Forschungsthemas entschieden sich die Forscherinnen, diese nicht in die Studie miteinzubeziehen.

Die Forscherinnen setzten sich in der vorliegenden Forschungsarbeit mit den Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung und dem Erleben dieser auseinander.

Die Motivation für das Forschungsthema kam auch durch die eigene berufliche Begleitung älterer Menschen in ihrer letzten Lebensphase zustande. Das Forschungsinteresse wurde durch die Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Ressourcen der Ergotherapie und deren potentiellen Entwicklungen in diesem Handlungsfeld noch verstärkt.

Das in der vorliegenden Studie untersuchte Handlungsfeld der Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung wird in der heutigen Gesellschaft zunehmend relevanter und aktueller (Schulze, 2018). Deimel (2011) begründet die Wichtigkeit dieser Profession für die Palliativversorgung darin, dass Ergotherapeuten erheblich dazu beitragen können, sterbenskranken Klienten bis an deren Lebensende Lebensqualität* zu ermöglichen.

Dies kann laut Förster (2018a) durch die Ermöglichung von für den Klienten bedeutungsvollen Betätigungen bzw. der Teilhabe an diesen erreicht werden.

Förster (2018a) sieht in den Grundprinzipien der Ergotherapie, darunter

Betätigungsorientierung und Klientenzentrierung, im Zusammenhang mit den Leitgedanken der Palliativversorgung eine große Schnittmenge und demnach einen relevanten Bezug der Profession für den palliativen Kontext.

Laut Von dem Berge et al. (2018) ist die Abkehr von einer funktionsorientierten, defizitären hin zu einer betätigungsorientierten Sichtweise mit den individuellen Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen vereinbar.

Trotz der Tatsache, dass seit 2016 ergotherapeutische Leistungen in der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung im stationären Bereich abrechenbar sind (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2016) (→ Kapitel 2.7), ist es in Deutschland bisher noch die Ausnahme, dass Ergotherapeuten interdisziplinären Palliativteams angehören (Deimel, 2011).

Dabei steigt der Bedarf an palliativ qualifiziert ausgebildeten Therapeuten, die sich der stationären und ambulanten Behandlung von Klienten mit einer lebensverkürzenden Diagnose widmen, zunehmend an, wodurch spezifische Fachkompetenzen für diesen Arbeitsbereich dringend erforderlich sind (DGP, 2017).

Diesbezüglich betont die *DGP* (2017) besonders die Notwendigkeit der systematischen beruflichen Qualifikation von therapeutischen Heilmittelerbringern, unter anderem den Ergotherapeuten.

Auch Von dem Berge et al. (2018) betrachten die Palliativversorgung als ein komplexes Handlungsfeld, in dem Ergotherapeuten bezüglich ihrer Berufskompetenzen und ihrer Reflexionsfähigkeit stark gefordert sind und demzufolge für diesen Arbeitskontext spezifische therapeutische Fähigkeiten benötigen.

Für die Gewährleistung einer nachhaltigen, klientenzentrierten Versorgung durch eine zukunftsorientierte, evidenzbasierte und qualitative Ergotherapie sind laut DVE (2018) vielseitige Berufskompetenzen nötig (→ Kapitel 2.11), um sich in den komplexen

Handlungsfeldern zu positionieren, in diesen zu handeln und das eigene Wissen stetig weiterzuentwickeln.

In einer qualitativen Metaanalyse zeigen Bacchetto et al. (2015) auf, dass Forschungsbedarf bezüglich der Aufgaben und Kompetenzen von Ergotherapeuten innerhalb der Palliativversorgung besteht. Die Metaanalyse entspricht mit Level eins der qualitativen Forschung und weist demnach eine hohe Evidenz auf (Tomlin & Borgetto, 2011) (→ Anlage 01).

Die Tatsache, dass Aufgaben und Kompetenzen von Ergotherapeuten in der Palliativversorgung noch zu wenig erforscht sind, sieht Schulze (2018) unter anderem darin begründet, dass bisher keine fachlichen Inhalte bezüglich Palliativversorgung an ergotherapeutischen Schulen und Hochschulen vermittelt werden. Eine Erschließung dieses Handlungsfeldes wird Ergotherapeuten demzufolge erschwert.

Das Handlungsfeld der Ergotherapie innerhalb der Palliativversorgung und die aktuellen Entwicklungen in Deutschland werden in den Kapiteln (→ Kapitel 2.7 und 2.8) näher beschrieben.

Die Profession ist im kanadischen und australischen Kontext hingegen bereits zunehmend in die interdisziplinäre Palliativversorgung integriert. Laut Burkhart et al. (2011) können Ergotherapeuten durch ihr vertieftes Verständnis über Teilhabe an bedeutungsvollen Betätigungen der sterbenskranken Menschen einen großen Beitrag in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit leisten.

Die im Rahmen dieser Bachelorarbeit durchgeführte Literaturrecherche (→ Kapitel 3.1) ergab bisher national und international vielfältige Definitionen und Beschreibungen zu den allgemeinen Leistungen der Ergotherapie in der Palliativversorgung.

Beispielsweise zeigt eine aktuelle Querschnittsstudie von Gail und Daidre (2018) auf Evidenzlevel zwei nach Tomlin und Borgetto (2011) den Umfang der ergotherapeutischen Interventionen in der Palliativversorgung in europäischen Ländern, sowie die

Wahrnehmung von Ergotherapeuten bezüglich der Möglichkeiten und Herausforderungen in diesem Handlungsfeld auf.

Jedoch konnten sowohl bezüglich der Berufskompetenzen von Ergotherapeuten, die in Deutschland in der stationären, palliativen Versorgung tätig sind, als auch bezüglich ihres Erlebens dieser Kompetenzen keine nationalen Studienergebnisse ermittelt werden.

Aus dieser Forschungslücke heraus ergibt sich die Notwendigkeit für die vorliegende qualitative Studie zu folgender Forschungsfrage:

Welche Berufskompetenzen benötigen Ergotherapeuten, die in der stationären Palliativversorgung Erwachsener tätig sind, und wie erleben sie diese Berufskompetenzen in ihrem Arbeitsfeld?

Ausgehend von dieser Forschungsfrage wurden folgende drei Leitfragen abgeleitet:

- Wie beschreiben Ergotherapeuten ihr professionelles Handeln in der stationären Palliativversorgung?
- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen zwischen den Studienergebnissen und dem *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) einerseits und den Studienresultaten und den *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) andererseits?
- Wie erleben die in der stationären Palliativversorgung tätigen Ergotherapeuten die ermittelten Berufskompetenzen?

In → Kapitel 2 wird zunächst der Begriff der Palliativversorgung definiert, die Entwicklung und die aktuelle Versorgung in Deutschland dargestellt. Daraufgehend gehen die Forscherinnen auf die allgemeine Palliativversorgung im kanadischen und australischen Kontext näher ein.

Anschließend wird das Handlungsfeld der Palliativversorgung für Ergotherapeuten in Deutschland vorgestellt und die Entwicklung aufgezeigt. Als Vergleich wird auf den Stellenwert der Ergotherapie in Kanada und Australien Bezug genommen.

Des Weiteren geben die Forscherinnen dem Leser eine kurze Einführung in ausgewählte Definitionen des Kompetenzbegriffs.

Bezugnehmend auf die zweite Leitfrage werden sowohl das Kompetenzprofil des *DVE* (2018) als auch die *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) in Aufbau und Inhalt skizziert, welche in der Diskussion (→ Kapitel 5) nochmals herangezogen werden.

In → Kapitel 3 werden die Literaturrecherche und das Forschungsdesign beschrieben, sowie die ausgewählte Methodik erläutert und begründet.

Im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit beschreiben die Forscherinnen die qualitative Datenerhebung und den daran anschließenden Analyseprozess nach Mayring (2015, 2016).

In → Kapitel 4 werden die aus der Datenerhebung ermittelten Daten mithilfe induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2016) dargestellt, die anschließend in der Diskussion (→ Kapitel 5) theoriegeleitet erörtert werden.

Sowohl die Stärken, als auch die Limitationen der Studie werden aufgezeigt und die Übertragbarkeit der Studienergebnisse wird ebenfalls in → Kapitel 5 diskutiert.

In der abschließenden Schlussfolgerung (→ Kapitel 6) wird der Nutzen der vorliegenden Studie für den Praxiskontext und weiterer Forschungsbedarf dargestellt.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Einführung: Palliativ- und Hospizversorgung

Bei der Begleitung sterbender Menschen und ihren Zugehörigen stößt man unter anderem auf die Begriffe der Palliativ- und Hospizversorgung. Hui, La Cruz, De Maxine, Masanori und Parsons (2013) analysieren in ihrem thematischen Review, welches Level eins der deskriptiven Forschung nach Tomlin & Borgetto (2011) entspricht und somit ein hohes Evidenzlevel aufweist (→ Anlage 01), verschiedene Definitionen der Hospiz- und Palliativversorgung. Demnach wird die Hospizversorgung mittlerweile als Teil der Palliativversorgung definiert (Hui et al., 2013).

2.2. Definition Palliativversorgung

Die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) (2002) definiert Palliativversorgung als einen Ansatz zur Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen durch Vorbeugen und frühzeitigem Erkennen von Leiden. Palliativversorgung bejaht das Leben und erkennt Sterben als einen normalen Prozess an (WHO, 2002). Ziel der Palliativversorgung ist es, weder den Tod zu beschleunigen, noch zu verzögern. Der Klient wird dabei ganzheitlich wahrgenommen (WHO, 2002).

Gemäß dem Konzept der Ganzheitlichkeit werden neben den körperlichen Symptomen des Klienten auch psychologische, soziale und spirituelle Aspekte in die Behandlung integriert (WHO, 2002). Für Saunders (2000) (→ Kapitel 2.3) ist die ganzheitliche Behandlung von entscheidender Bedeutung. Sie entwickelte dazu das Konzept des Total Pain*, bei dem Schmerz eine physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension enthält (Saunders, 2000). In der palliativen Schmerzbehandlung ist es somit notwendig, diese verschiedenen Aspekte des Schmerzes zu berücksichtigen und die Behandlung dementsprechend ganzheitlich zu gestalten (Saunders, 2000).

Eine lebensbedrohliche Diagnose beeinflusst ebenfalls die Umwelt des Klienten

(Saunders, 1996). Die Palliativversorgung bietet den Zugehörigen des Klienten Unterstützung während der Erkrankung und in der Trauer nach dem Versterben des Klienten (WHO, 2002).

Ein Ziel der Palliativversorgung ist es weiterhin, dem Klienten zu ermöglichen, sein Leben so aktiv wie möglich selbstbestimmt bis zum Tod zu gestalten (WHO, 2002). Dies fördert laut WHO (2002) die Lebensqualität und beeinflusst den Verlauf der Erkrankung positiv.

Die *DGP* hat ihre Definition von Palliativversorgung 2009 ausgehend von der Terminologie der *EAPC* an den deutschen Kontext angepasst (DGP, 2016; EAPC, 2009).

Gemäß der *DGP* (2016) ist die Abgrenzung zwischen Palliativmedizin und Palliative Care nicht immer eindeutig. Der Begriff Palliativmedizin wird häufig auf den ärztlichen Anteil der Behandlung beschränkt und impliziert eine Abwertung der Interdisziplinarität* (DGP, 2016). Diese ist in der Palliativversorgung jedoch zwingend notwendig (DGP, 2009). Auch für Saunders (2000) ist die Interdisziplinarität in der Palliativversorgung essentiell.

In den letzten Jahren hat sich der Begriff Palliativversorgung als Übersetzung zum Begriff der Palliative Care etabliert (DGP, 2016). Aus diesem Grund wird der Begriff der Palliativversorgung in der vorliegenden Arbeit verwendet.

2.2.1. Erkrankungen in der Palliativversorgung

Jährlich sind über 20 Millionen Menschen weltweit auf eine Palliativversorgung angewiesen, davon 94 Prozent Erwachsene und 6 Prozent Kinder und Jugendliche (Lima & Pastrana, 2016).

Etwa 90 Prozent der Menschen, die in Deutschland palliativ versorgt werden, leiden an fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (Hess et al., 2014). Der Anteil von Klienten mit nicht-onkologischen Grunderkrankungen wie fortgeschrittenen unheilbaren

Nervenerkrankungen, Organerkrankungen wie Herz- oder Niereninsuffizienz, chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) oder Immunerkrankungen wie dem humanen Immundefizienz-Virus (HIV), ist in der Palliativversorgung in Deutschland weiterhin gering (Hess et al., 2014).

Jedoch stieg der Anteil der Klienten mit nicht-onkologischen Klienten zwischen 2002 und 2011 von 3,5 Prozent auf 8,1 Prozent an (Hess et al., 2014). Laut Schätzungen der DGP et al. (2010) liegt der eigentliche Bedarf der Klienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen in der Palliativversorgung bei etwa 40 Prozent der in entsprechenden Einrichtungen verfügbaren Plätze. Demzufolge wird es in den kommenden Jahren einen weiteren Anstieg der Klienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen geben (DGP et al., 2010).

In Deutschland ist jeder vierte Todesfall auf Krebs zurückzuführen (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2013). Fachleute prognostizieren für das Jahr 2018 einen Anstieg der Neuerkrankungsrate von onkologischen Erkrankungen (DKFZ, 2013). Der Bedarf an Palliativversorgung von Klienten mit onkologischen als auch nicht-onkologischen Erkrankungen ist dementsprechend hoch.

Moens, Higginson und Harding (2014) zeigen in ihrem systematischen Review auf, dass es in der Palliativversorgung bei verschiedenen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten gibt. Das systematische Review entspricht Level eins der klinisch-experimentellen Forschung und weist demnach ein hohes Evidenzlevel auf (Tomlin & Borgetto, 2011) (→ Anlage 01). Laut Fisher (2006) haben Menschen mit COPD beispielsweise ähnliche Symptome wie Klienten mit einem Lungenkarzinom. Fisher (2006) beschreibt, dass die Symptome bei nicht-onkologischen Erkrankungen langsamer voranschreiten als bei onkologischen Klienten. Die Klienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen leiden demzufolge länger unter den Symptomen. Onkologische Klienten hingegen haben laut Fisher (2006) tendenziell häufiger für die Palliativversorgung typische Symptome.

2.2.2. Palliativstation

Die stationäre Palliativversorgung findet in Deutschland vor allem in Hospizen und Palliativstationen statt (Husebø & Klaschik, 2006). Auf einer Palliativstation werden schwerstkranke, sterbende Menschen innerhalb einer Krankenhausstation versorgt. Hierbei ist eine ärztliche Betreuung durch einen Palliativmediziner rund um die Uhr gewährleistet (Deimel, 2011). Durch ärztliche Einweisung erfolgt die Aufnahme auf die interdisziplinäre Palliativstation (Diakonie, 2016).

Ziel der circa 300 Palliativstationen in Deutschland ist es, den Klienten zu stabilisieren und ihn anschließend nach Hause, in ein Hospiz oder eine Seniorenpflegeeinrichtung zu entlassen (Diakonie, 2016). Der Kostenträger der Palliativstation ist die Krankenversicherung (Deimel, 2011). Die erste Palliativstation Deutschlands wurde 1983 in Köln eröffnet (Bausewein & Wagner, 2014).

2.3. Definition und Geschichte der Hospizbewegung

Bereits um 400 nach Christus betrieben heilkundige Ordensleute Hospize an Handels- und Pilgerstraßen (Saunders, 2000). Sie kümmerten sich unter anderem um Sterbende (Saunders, 2000). Für die moderne Hospizversorgung gilt Cicely Saunders als Vorreiterin (Rémi, 2017). Sie gründete 1967 das *St. Christopher's Hospice* in London und legte dadurch den Grundstein für die moderne Palliativversorgung (Rémi, 2017).

Die Behandlung orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen des Sterbenden (Saunders, 2000). Für Saunders (2000) ist das soziale Umfeld des Klienten ein wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung. Aus diesem Grund sollte der Sterbende weiterhin in seinem sozialen Kontext partizipieren können (Saunders, 2000). Auch für Zugehörige ist die Sterbephase von großer Bedeutung. Die Zugehörigenarbeit stellt demzufolge in Hospizen einen wichtigen Faktor dar (Saunders, 1996).

Zwar sind die Aufgaben und Ziele der Palliativversorgung international identisch, die Umsetzung in unterschiedlichen Regionen und Kulturkreisen unterscheidet sich jedoch teilweise deutlich (Rémi, 2017).

2.3.1. Entwicklung der Hospizbewegung in Deutschland

Die Entwicklung der Hospizbewegung begann in Deutschland verzögert im Vergleich zu England, was laut Rémi (2017) auch mit den Vorkommnissen und Folgen des zweiten Weltkriegs erklärt werden kann.

Zwar gab es bereits Ende der 1960er Jahre Kontakt zu den britischen Hospizen, es dauerte jedoch bis in die 1980er Jahre, bis in Deutschland die ersten Hospize eröffnet wurden (Rémi, 2017). In den 1980er Jahren gab es in Deutschland zahlreiche Hospizgruppen, welche ehrenamtlich für die Bedürfnisse sterbenskranker Menschen eintraten (Husebø & Klaschik, 2006). Bis heute ist das Ehrenamt für die Hospizarbeit ein wesentlicher Bestandteil (Rémi, 2017).

2.3.2. Hospiz

In §39a des *fünften Buches des Sozialgesetzbuchs* (SGB V) sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Hospize festgelegt. Zu der Zielgruppe zählen demzufolge Menschen mit einer Lebenserwartung von Wochen bis wenigen Monaten, für die eine Krankenhausbehandlung im Sinne von §39 SGB V nicht erforderlich ist (Husebø & Klaschik, 2006). Häufig ist dabei der pflegerische Aufwand der Klienten so hoch, dass eine Versorgung zuhause nicht mehr gewährleistet werden kann (Deimel, 2011). Eine Heilung der Erkrankung ist dabei ausgeschlossen und die palliative Behandlung erforderlich oder vom Klienten erwünscht (Husebø & Klaschik, 2006).

Die ärztliche Versorgung in einem Hospiz ist durch den Hausarzt gewährleistet (Husebø & Klaschik, 2006). Die Kosten für die Hospizbehandlung für Erwachsene werden zu 90 Prozent von den Kranken- und Pflegekassen übernommen, wobei die restlichen 10 Prozent durch den Träger des Hospizes erbracht werden (Bausewein et al., 2014). Daher

entfällt seit einer Gesetzesänderung im Jahr 2009 der Eigenanteil der Klienten (Bausewein et al., 2014).

Hospize sind im Vergleich zu Palliativstationen selbstständige, karitative Versorgungseinheiten, die von ehrenamtlichem Engagement geprägt und durch Spenden mitfinanziert werden (Rémi, 2017). In Deutschland gab es 2014 214 stationäre Hospize, die über acht bis 16 Betten verfügen (Bausewein et al., 2014). Das erste deutsche Hospiz wurde 1986 eröffnet (Bausewein et al., 2014). Neben der stationären Palliativversorgung mit Palliativstationen und Hospizen nimmt auch die ambulante Palliativversorgung einen zunehmend wichtigen Stellenwert ein (DHPV, 2018).

2.4. Ambulante Palliativversorgung

Die stationäre wird durch die ambulante Palliativversorgung ergänzt, die sich aus der *allgemeinen, ambulanten Palliativversorgung (AAPV)*, der *spezialisierten, ambulanten Palliativversorgung (SAPV)* und den ambulanten Hospizdiensten zusammensetzt (DGP, 2009).

2.4.1. Allgemeine, ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die *AAPV* wird durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus palliativmedizinisch weitergebildeten Haus- und Fachärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, Sozialarbeitern und Therapeuten, sowie dem ambulanten Hospizdienst gewährleistet (DHPV, 2016).

Der größte Anteil sterbender Menschen wird Angaben des *DHPV* (2016) zufolge in der *AAPV* betreut.

Durch die *AAPV* wird die Regelversorgung der Betroffenen sichergestellt und so bleibt diese Form der Palliativversorgung auch zusätzlich zur *SAPV* weiterhin bestehen (Hennebühl, 2018). Die Verordnung von Hilfsmitteln, Medikamenten und Therapien wie beispielsweise Ergotherapie ist möglich (Hennebühl, 2018).

2.4.2. Spezialisierte, ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Seit April 2017 ist die SAPV Bestandteil des *SGB V* (DHPV, 2016). Demzufolge hat jeder Versicherte in Deutschland laut *DHPV* (2016) das Recht auf eine häusliche Betreuung, auch wenn ein besonders aufwendiger Betreuungsbedarf der betroffenen Person besteht.

Die *SAPV* kooperiert mit Hausärzten, Pflege- und Hospizdiensten, stationären Hospizen, Palliativstationen und Pflegediensten und muss ärztlich beantragt werden (Henneböhl, 2018). Über eine entsprechende, ärztliche Beantragung können laut Henneböhl (2018) ergänzend Therapien wie Ergotherapie in die Versorgung einbezogen werden.

2.4.3. Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste bestehen aus haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern mit dem Fokus auf der ambulanten Sterbebegleitung, wodurch die Klienten im häuslichen Umfeld begleitet werden können (Henneböhl, 2018). Häufig erfolgt nach Henneböhl (2018) eine Anbindung der Hospizdienste an stationäre Hospizeinrichtungen. Wesentliches Merkmal der psychosozialen Sterbe- und Trauerbegleitung im ambulanten Sektor ist der ehrenamtliche Dienst (DHPV, 2016).

Die Finanzierung der hauptamtlichen Koordinationskräfte erfolgt unter bestimmten Voraussetzungen durch eine Förderung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach §39a Abs. 2 *SGB V*. Nicht abgedeckte Kosten werden durch Spenden finanziert. Die Leistungen ambulanter Hospizdienste sind für Betroffene kostenfrei (DHPV, 2016).

2.5. Sterbeorte in Deutschland

In einer Querschnittstudie von Dasch et al. (2015) wurden insgesamt über 24.000 Todesbescheinigungen aus den Jahren 2001 und 2011 bezüglich des Sterbeortes ausgewertet. Dasch et al. (2015) fanden heraus, dass eine Entwicklung der Sterbeorte hin zu stationären Einrichtungen, wie Pflegeheimen, Krankenhäusern oder Hospizen, stattfindet. Laut dieser Studie starben 2001 27,5 Prozent im häuslichen Umfeld und 71,8 Prozent in

stationären Einrichtungen (Dasch et al., 2015). 2011 hingegen verstarben 75,8 Prozent der Menschen in stationären Einrichtungen (Dasch et al., 2015). Im häuslichen Umfeld verstarben demnach lediglich 23 Prozent der Menschen (Dasch et al., 2015). Bei den übrigen Sterbebescheinigungen wurden entweder keine Angaben gemacht oder die Menschen verstarben an sonstigen Orten, wie beispielsweise öffentlichen Plätzen oder Hausarztpraxen (Dasch et al., 2015). Die Studie zeigt auch, dass sich innerhalb des angegebenen Zeitraums die Anzahl der Menschen, die in einem Hospiz oder auf einer Palliativstation verstarben, von zwei Prozent auf 5,6 Prozent mehr als verdoppelt hat (Dasch et al., 2015).

Die Studie weist zwar nach Tomlin und Borgetto (2011) mit Level zwei der deskriptiven Forschung ein niedriges Evidenzlevel auf (→ Anlage 01). Dennoch ist sie für das Forschungsthema relevant, da sie eine Entwicklung der Sterbeorte vom häuslichen Umfeld hin zu stationären Einrichtungen aufzeigt.

Die Palliativversorgung nimmt folglich einen wachsenden Stellenwert im stationären Kontext ein (ALPHA, 2017). Die Zahl der Einrichtungen der stationären Palliativversorgung in Deutschland stieg in den letzten 15 Jahren deutlich an (DHP, 2013).

2.6. Internationale Palliativversorgung

Die Forscherinnen bezogen sich im Rahmen ihrer Studie für den internationalen Vergleich auf die Länder Kanada und Australien. Diese wurden ausgewählt, da die Ergotherapie dort in der interdisziplinären Palliativversorgung bereits häufiger vertreten ist (Occupational Therapist Australia, [OTA], 2015; Canadian Association of Occupational Therapist [CAOT], 2017).

2.6.1. Allgemeine Palliativversorgung in Kanada

1975 wurde in Kanada die erste Palliativstation eröffnet (Rémi, 2017). Zurzeit steht die Palliativversorgung in Kanada zwar wenig im öffentlichen Fokus, jedoch gibt es verschiedene Initiativen, dies zu ändern (Roulston, 2018). Ein wichtiges Ziel ist dabei, die

ambulante Palliativversorgung als Alternative zur stationären Versorgung zu etablieren (Freeman, Heckman, Naus & Marston, 2013; Yu, Guerriere & Coyte, 2015). Die Palliativversorgung unterliegt anders als in Deutschland den Bezirksregierungen und ist demzufolge nicht einheitlich geregelt (Murad, Idris, Kannan & Danis, 2016). Wie auch in anderen Ländern sterben in Kanada die meisten Menschen in Kliniken (Cohen et al., 2015). Bei der Studie von Cohen et al. (2016) handelt es sich um eine Querschnittstudie, welche laut Tomlin und Borgetto (2011) Level zwei der deskriptiven Forschung zuzuordnen ist (→ Anlage 01).

In den letzten Jahren konnte jedoch ein deutlicher Rückgang der Menschen, die in Kliniken versterben, beobachtet werden (Wilson et al., 2009). Der klientenzentrierte Ansatz und das Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, stehen im Fokus der Behandlung (Freeman et al., 2013). Mit der Palliativversorgung sind die Kanadier laut einer allgemeinen Umfrage sehr zufrieden (Roulston, 2018).

2.6.2. Allgemeine Palliativversorgung in Australien

Ähnlich wie in Deutschland ist auch Australien vom demografischen Wandel betroffen. Dies hat zur Folge, dass sich familiäre Strukturen verändern und Angehörige nicht mehr denselben Wohnsitz teilen (Broom & Kirby, 2013). Dies stellt das Gesundheitssystem und die Palliativversorgung vor Herausforderungen (Champion, Medigovich & Morrison, 2015). Ebenso wie in Kanada gibt es auch in Australien wenig flächendeckende Informationen über die Palliativversorgung (Goldsbury et al., 2015).

Die meisten Australier äußern laut Champion et al. (2015) den Wunsch, zuhause zu sterben, jedoch trifft dies nur auf 12,5 Prozent zu. Die Gründe dafür sind vielfältig (Champion et al., 2015). In Australien bezieht sich die Palliativversorgung ähnlich wie in Deutschland größtenteils auf Klienten mit einer Krebserkrankung (Goldsbury et al., 2015) und wird durch Pflegepersonal und örtliche Hausärzte koordiniert (Champion et al., 2015).

2.7. Palliativversorgung als Handlungsfeld für die Ergotherapie

Ergotherapie ist laut Burkhart et al. (2011) für die Palliativversorgung eine notwendige medizinische Dienstleistung, da Klienten mit einer lebensverkürzenden Diagnose aufgrund ihrer beeinträchtigten Performanzfertigkeiten* bzw. Körperfunktionen häufig Schwierigkeiten haben, an bedeutungsvollen Betätigungen teilzuhaben.

Ergotherapeuten können den Klienten demnach in seiner letzten Lebensphase in seinem Bedürfnis nach Betätigung als Grundlage für Gesundheit und Wohlbefinden unterstützen (Burkhart et al., 2011; Miesen, 2008). Dadurch kann die Ergotherapie einen wichtigen Beitrag zum Erhalt und zur Steigerung der Lebensqualität des Klienten und seiner Zugehörigen leisten (Burkhart et al., 2011; Deimel, 2011; Förster, 2018a). Die Teilhabe des Klienten an für ihn bedeutungsvollen Betätigungen sowie die Steigerung seiner Lebensqualität sind für Ergotherapeuten wichtige Behandlungsziele (Burkhart et al., 2011; Miesen, 2008).

Das Selbstverständnis der Ergotherapie basiert auf der Annahme, den Klienten dazu zu befähigen, seine Lebensqualität zu verbessern, seinen gesundheitlichen Zustand zu stabilisieren sowie seine Fähigkeiten und Fertigkeiten soweit wie möglich zu erhalten (Deimel, 2011). Dies wird als Empowerment* bezeichnet, was die WHO (1998) als Prozess definiert, bei dem Menschen, beispielsweise durch Unterstützung des Ergotherapeuten, mehr Kontrolle über ihre Handlungen und Entscheidungen haben.

In der noch verbleibenden Lebenszeit des Klienten sollen die momentanen Wünsche und Bedürfnisse des Klienten sowie seiner Zugehörigen im Sinne eines kollaborativen*, klientenzentrierten Ansatzes im Fokus der Therapie stehen (Deimel, 2011).

Sumsion (2002) versteht unter dem Begriff Klientenzentrierung eine gleichberechtigte Klient-Therapeut-Beziehung. Die Betätigungsanliegen und Bedürfnisse des Klienten werden in den Fokus der Intervention gestellt und der Therapeut begegnet dem Klienten und seinen Zugehörigen während des gesamten Therapieprozesses mit Respekt und Empathie (Sumsion, 2002).

Der Klient soll so weit wie möglich aktiv am Behandlungsprozess teilnehmen und dazu ermutigt werden, autonome Entscheidungen zu treffen (Sumsion, 2002). Eine transparente und wertschätzende Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut kennzeichnet das klientenzentrierte Vorgehen (Sumsion, 2002).

Auch Deimel (2011) betont, dass die ergotherapeutische Behandlung in der Palliativversorgung ganzheitlich und an den individuellen Bedürfnissen und Vorstellungen des Klienten und der Zugehörigen ausgerichtet werden sollte.

Die Achtung des größtmöglichen Maßes an Selbstbestimmung und Autonomie des Klienten und seiner Zugehörigen stellt einen wichtigen Grundgedanken des ergotherapeutischen Arbeitens dar (Deimel, 2011; Pizzi, 2015).

Deimel (2011) betont außerdem die Fähigkeit des Therapeuten, einfühlsam auf die individuellen Ängste des Klienten und der Zugehörigen einzugehen.

Zu der individuell ausgerichteten Therapie äußert sich Deimel (2011) folgendermaßen: *„Die Mischung aus Therapieverfahren und den jeweiligen, unterschiedlichen Methoden bedarf der täglichen, teils mehrmals täglichen Situationsbeurteilung des Patienten. Clinical Reasoning* ist allgegenwärtig, muss gelebt und praktiziert werden“* (S. 3).

Clinical Reasoning umfasst nach Feiler (2007) alle Gedanken und Strategien während des gesamten ergotherapeutischen Behandlungsprozesses.

Boyt, Schell und Schell (2008) zufolge findet Reasoning nicht nur im klinischen Kontext, sondern auch in anderen therapeutischen Bereichen statt. Demnach wird der Begriff *Professional Reasoning* (Boyt Schell & Schell, 2008) statt *Clinical Reasoning* genutzt, um auch andere Kontexte zu berücksichtigen.

Die Betrachtung der Grundsätze der Ergotherapie im Zusammenhang mit den Kernaspekten der Palliativversorgung verdeutlicht laut Förster (2018a), wie sehr sich diese beiden Arbeitsbereiche überschneiden.

Entsprechend des Paradigmenwandels der Ergotherapie weg von einer funktionsorientierten, defizitären Sichtweise des Therapeuten hin zu einem ressourcenorientierten, aktivitätsorientierten Denken und Handeln sollen laut Götsch

(2015) die Handlungsfähigkeit und Betätigung des Klienten zunehmend in den Fokus der Intervention gerückt werden.

Fisher (2014) beschreibt diesbezüglich folgende ergotherapeutische Grundannahmen, die auch auf das Setting der Palliativversorgung übertragbar sind:

- Jeder Mensch hat das Grundbedürfnis, sich mit Aktivität zu befassen, die für ihn mit Bedeutung und persönlichem Zweck verknüpft ist.
- Betätigung steht im Fokus des therapeutischen Denkens und Handelns.
- Der therapeutische Einsatz von Betätigung ist ein bevorzugtes Mittel, um dem Klienten Betätigung zu ermöglichen.
- Das oberste Ziel der Ergotherapie besteht darin, den Klienten dazu zu befähigen, für ihn bedeutungsvolle und zweckgebundene Betätigungen auszuführen oder an diesen teilzuhaben.

Die Abkehr von der reduktionistischen, defizitären Sichtweise auf den Klienten hin zu einer betätigungsorientierten Perspektive entsprechend des zeitgenössischen Paradigmas lässt sich laut Förster (2018a) mit den Bedürfnissen sterbenskranker Klienten und deren Zugehörigen vereinen.

Förster (2018a) betont außerdem, dass in der letzten Lebensphase des Klienten nicht mehr die Wiederherstellung oder Verbesserung von Körperfunktionen das wichtigste Behandlungsziel darstellt, sondern Aktivitäten und die Teilhabe des Klienten im Fokus der Intervention stehen sollten.

2.8. Entwicklung der Ergotherapie in der Palliativversorgung in Deutschland

Während die Ergotherapie in der Palliativversorgung im internationalen Kontext bereits teilweise etabliert ist, erfolgt die Entwicklung des Arbeitsfeldes in der deutschen Palliativversorgung verzögert (Schulze, 2018).

Schulze (2018) sieht einen möglichen Grund darin, dass die Ergotherapie in der Vergangenheit in verschiedenen Kontexten der Palliativversorgung keine abrechenbare Leis-

tung war. Hinzu kommt, dass Inhalte der Palliativversorgung bisher nicht in die Curricula ergotherapeutischer Berufsfachschulen und Hochschulen integriert sind, wodurch die Erschließung des Arbeitsfeldes der Palliativversorgung deutlich erschwert ist (Schulze, 2018).

Seit einigen Jahren nimmt die Relevanz der Ergotherapie innerhalb der Palliativversorgung deutlich zu (Schulze, 2018). Diese Entwicklung wird auch durch das wachsende Interesse der Politik und Gesellschaft mit der Zielsetzung, die Palliativversorgung zu verbessern, begünstigt (Schulze, 2018).

Dennoch sind laut Schulze (2018) Ergotherapeuten in Deutschland noch kein fester Bestandteil in der Palliativversorgung. Außerdem besteht laut Deimel (2011) ein erhöhter Bedarf an fachspezifischen Weiterbildungsmöglichkeiten in diesem Themenfeld speziell für Ergotherapeuten.

Seit 2011 werden daher auf Initiative des *DVE* Fortbildungen für den palliativen Arbeitskontext angeboten, die sich in erster Linie an Ergotherapeuten richten, die in diesem Setting tätig sind (Schulze, 2018).

Ein Anliegen des *DVE* ist es, den Stellenwert und Bekanntheitsgrad der Ergotherapie innerhalb der Palliativversorgung zu verbessern, da Ergotherapeuten Experten darin sind, die Bedeutung und den Einfluss von selbstbestimmtem Handeln auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Menschen in seiner letzten Lebensphase ganzheitlich zu erfassen (DVE, 2013).

2011 wurde daher auf Initiative des *DVE* die Arbeitsgruppe „Palliativversorgung“ gegründet (Schulze, 2018). Deren Hauptziel ist es, das Handlungsfeld der Palliativversorgung für den ergotherapeutischen Bereich weiter zu erschließen und zu entwickeln, sowie die Etablierung ergotherapeutischer Angebote im palliativen Kontext zu unterstützen und über das ergotherapeutische Handlungsfeld zu informieren (Schulze, 2018).

Durch die kontinuierliche Mitarbeit der Arbeitsgruppe an der S3-Leitlinie

„Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ wurde Ergotherapie als Dienstleistung in die vollstationäre Versorgung von Klienten aufgenommen (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF]; Deutsche Krebsgesellschaft (DKG); Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH), 2015).

Demzufolge ist Ergotherapie seit April 2016 durch die Aufnahme in die amtliche *Klassifikation für Operationen- und Prozeduren* (OPS) in der deutschen, stationären Palliativversorgung abrechenbar (DGP, 2016).

Auf der Webseite des *DIMDI* ist Ergotherapie sowohl in der spezialisierten, palliativmedizinischen Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst, als auch in der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und in der spezialisierten, stationären Komplexbehandlung neben anderen Berufsgruppen aufgeführt (DIMDI, 2016).

Im selben Jahr fand zudem eine Erweiterung der „*Sektion Physiotherapie*“ der *DGP* um die Bereiche Ergotherapie und Logopädie statt (DGP, 2016). Durch diese Maßnahme und das erste interdisziplinäre Symposium in 2017 aller drei Berufsgruppen der *DGP* fand eine Verbesserung der interdisziplinären Vernetzung innerhalb der Palliativversorgung in Deutschland statt (Schulze, 2018).

Die Arbeitsfelder von Ergotherapeuten sind laut Thiebes (2008) vom kurativen* und rehabilitativen* Denk- und Handlungsansatz geprägt.

In den Empfehlungen des *DVE* zur Einrichtung primärqualifizierender ergotherapeutischer Studiengänge wird jedoch neben den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation auch die Palliativversorgung als Tätigkeitsgebiet für Ergotherapeuten genannt (DVE, 2016).

Eine steigende Entwicklung des ergotherapeutischen Handlungsfeldes der Palliativversorgung ist demzufolge erkennbar.

2.9. Internationale Entwicklung der Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung

In → Kapitel 2.6 wurde die allgemeine Palliativversorgung in Kanada und Australien beschrieben. An dieser Stelle wird nun der Fokus auf die derzeitige Entwicklung der Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung in Kanada und Australien gelegt.

2.9.1. Kanada

Die *CAOT* veröffentlichte 2017 ein Positionspapier, mit dem Ziel, die Entwicklung der Profession der Ergotherapie in der Palliativversorgung in Kanada voranzutreiben und das professionelle Handeln von Ergotherapeuten in diesem Kontext zu verbessern.

CAOT (2017) zufolge haben Menschen jeden Alters das Recht auf eine qualitative Versorgung bis zu ihrem Lebensende, durch die sie weiterhin an bedeutungsvollen Betätigungen teilhaben können. Dabei ist der palliative Behandlungsansatz nicht nur spezialisierten Ärzten und Pflegekräften in Kanada vorenthalten, sondern kann auch von anderen Professionen angewendet werden (*CAOT*, 2017).

Die *CAOT* ist Mitglied der *Quality End-of-Life Care Coalition of Canada (QELCCC)*, einer Organisation, welche die Aufgabe der Fürsprache für kollaborative, nachhaltige und nationale Strategien für die Palliativversorgung übernommen hat (*CAOT*, 2017).

Die Palliativversorgung ist in Kanada wie in Deutschland interdisziplinär ausgerichtet. Dabei sind Ergotherapeuten neben Ärzten, Pflegekräften, anderen Therapeuten und Sozialarbeitern in Kanada zunehmender Bestandteil der interdisziplinären Versorgung (Burkhart et al., 2011).

Ergotherapeuten in Kanada fungieren Burkhart et al. (2011) zufolge innerhalb der Palliativversorgung als direkte Dienstleister sowie als Berater und Fürsprecher für die Klienten und deren Zugehörige.

Es besteht jedoch trotz der im Vergleich zu Deutschland besseren Etablierung von Ergotherapeuten in diesem Arbeitsfeld ein erhöhter Bedarf an ergotherapeutischer Dienstleistung in der Palliativversorgung (Burkhart et al., 2011). Im Positionspapier

(CAOT, 2017) wird aufgezeigt, dass die Anzahl der Sterbenden in Kanada bis 2020 auf mehr als 330.000 pro Jahr ansteigen wird. 75 Prozent der Sterbefälle ereignen sich laut CAOT (2017) in Akutkrankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen. Demzufolge werden laut CAOT (2017) mehr Ergotherapeuten in Kanada in stationärem Setting benötigt, um eine palliativmedizinische Behandlung zu gewährleisten.

2.9.2. Australien

Auch in Australien wurde in einem von der OTA in 2015 veröffentlichtem Positionspapier die gegenwärtige und zukünftige Rolle der Ergotherapie in der Palliativversorgung in Australien beschrieben (OTA, 2015).

Während in Kanada nur privatversicherte Bürger oder solche mit finanziellen Ressourcen von ergotherapeutischer Dienstleistung profitieren, haben in Australien alle Bürger Zugang zu der durch den Staat finanzierten Gesundheitsversorgung, wozu auch die Ergotherapie zählt (Keesing & Rosenwax, 2013).

Dennoch weist die ergotherapeutische Palliativversorgung in Australien ähnlich wie in Deutschland Schwächen auf. Keesing und Rosenwax (2013) sehen die Gründe für die noch unzureichende Etablierung der ergotherapeutischen Palliativversorgung in Australien zum einen in der mangelnden Vielfalt an Palliativeinrichtungen. Die Versorgung der Sterbenskranken findet laut Keesing und Rosenwax (2013) überwiegend in Krankenhäusern statt. Zum anderen geben die Autoren an, dass Ergotherapeuten ähnlich wie in Deutschland in interdisziplinären Palliativteams bisher zu wenig vertreten sind (Keesing & Rosenwax, 2013).

Bis 2013 sind in Australien laut Keesing und Rosenwax (2013) noch keine Ergotherapeuten in privaten Gemeinschaftshospizen oder ambulanten Hospizdienstleistungen tätig. Aktuelle Zahlen liegen derzeit nicht vor.

Jedoch findet eine zunehmende Entwicklung der Profession in der Palliativversorgung in Australien statt: Beispielsweise wurde die *Alliance Health in Palliative Care Australia* mit dem Ziel der Repräsentation und Entwicklung der Ergotherapie in der

nationalen Palliativversorgung gegründet (Keesing & Rosenwax, 2013).

Den Umfrageergebnissen aus der Studie von Hammill, Bye und Cook (2017) zufolge sind 40 Prozent der Ergotherapeuten im stationären Setting, davon 90 Prozent der Befragten in der Behandlung Erwachsener tätig. Bei der Studie von Hammill et al. (2017) handelt es sich um ein thematisches Review, das dem Level eins der deskriptiven Forschung zuzuordnen ist und somit ein hohes Evidenzlevel aufweist (Tomlin & Borgetto, 2011).

2.10. Begriffsdefinition Kompetenz

Die Recherche des Begriffs „Kompetenz“ ergab eine Vielzahl an Interpretationen durch verschiedene Autoren. Innerhalb dieses Kapitels wird deshalb auf eine Auswahl relevanter Begriffsbestimmungen Bezug genommen.

Klieme (2004) definiert Kompetenz wie folgt:

Individuelle Kompetenz umfasst netzartig zusammenwirkende Facetten wie Wissen, Fähigkeit, Verstehen, Können, Handeln, Erfahrung und Motivation. Sie wird verstanden als Disposition, die eine Person befähigt, konkrete Anforderungssituationen eines bestimmten Typs zu bewältigen und äußert sich in der Performanz, also der tatsächlich erbrachten Leistung. (S.72)

Demnach werden Kompetenzen nach Klieme (2004) als Handlungsanforderungen definiert, denen die Professionsangehörigen entsprechen sollen und die auf unterschiedlichen Kompetenzstufen abzubilden sind.

Walkenhorst und Stüve (2004) verstehen unter beruflicher Kompetenz Qualifikationen und Kompetenzen, die den Ergotherapeuten dazu befähigen, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, situativ angemessen, wissensbegründet und reflektiert vorzugehen. Berufskompetenzen sollen nach Walkenhorst und Stüve (2004) in der Berufsausbildung erworben und stetig weiterentwickelt werden.

In ihrer Forschungsarbeit definieren Schnettker & Laufer (2006) Kompetenz als

Schnittmenge aus erworbenem Wissen, den individuellen Fertigkeiten und persönlichen Einstellungen bzw. Haltungen einer Person im Laufe ihrer beruflichen Entwicklung.

Entsprechend des jeweiligen Arbeitsfeldes, in dem Ergotherapeuten tätig sind und der damit verbundenen Rollenerwartungen, erachten Schnettker & Laufer (2006) unterschiedliche Berufskompetenzen für notwendig, wie beispielsweise Kompetenzen im Bereich Intervention, Beratung oder Organisation.

Laut Straka (2000) wird Kompetenz einerseits als eine Kombination aus Wissen, Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Motiven und moralischer Urteilsfähigkeit* und andererseits als gesellschaftlich bestimmte Zuständigkeit für Aufgaben bzw. Sachgebiete beschrieben.

Wissen wird nach Straka (2000) als dauerhafte Verfügbarkeit aktueller Informationen über Sachverhalte, andere Personen und über den Handelnden selbst definiert. Fähigkeiten dagegen werden als eine Kombination aus Handlungsdispositionen („Handeln können“) und Wissen („Wie zu handeln ist“) betrachtet (Straka, 2000). Diese sind meist erworben und ermöglichen bewusstes Handeln, welches auf neue Situationen übertragbar ist (Straka, 2000). Werden individuelle Fähigkeiten routinemäßig und eher unbewusst eingesetzt, werden diese als Fertigkeiten bezeichnet (Straka, 2000).

Im kanadischen Kontext werden Kompetenzen in den *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) als identifizierbare Komponenten der zu erwartenden Leistung eines Ergotherapeuten definiert. Diesbezüglich soll der Ergotherapeut laut ACOTRO (2011) über Kompetenzen bezüglich des sicheren, effektiven und ethischen Handelns im jeweiligen Praxiskontext verfügen und diese kontinuierlich weiterentwickeln.

Das Zeigen von Autonomie bezüglich der Entscheidungsfindung und Verantwortlichkeit für professionelle Entscheidungen zählt nach ACOTRO (2011) ebenfalls zur Kompetenz eines Ergotherapeuten. Auch das Tragen von Verantwortung bezüglich eigener Entscheidungen, basierend auf der kritischen Reflexion unter Nutzung von Professional Reasoning entsprechend der aktuellen Evidenz zählt laut ACOTRO (2011) ergotherapeutischem, kompetentem Handeln.

Im Allgemeinen wird nach *ACOTRO* (2011) kompetentes Handeln durch die Nutzung der entsprechenden Berufskompetenzen im jeweiligen Praxiskontext und der professionellen Ausrichtung auf Klientenzentrierung erreicht.

Aus den aufgeführten Kompetenzbeschreibungen sind Parallelen erkennbar. Demzufolge kann Kompetenz als Schnittmenge aus Wissen, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Einstellungen und Erfahrungen der handelnden Person definiert werden.

Im folgenden Kapitel nehmen die Forscherinnen sowohl Bezug auf das aktuell diskutierte *Kompetenzprofil Ergotherapie* des *DVE* (2018), als auch auf die kanadischen Kompetenzbeschreibungen der *Essential Competencies* (*ACOTRO*, 2011).

Auszüge dieser theoretischen Konzepte werden in der Diskussion (→ Kapitel 5) beziehend auf die zweite Leitfrage nochmals aufgeführt, indem diese mit den Studienresultaten verknüpft werden.

2.11. Kompetenzprofil Ergotherapie – Diskussionspapier (DVE, 2018)

Die 2017 gegründete Projektgruppe „*Kompetenzprofil und Modularisierung*“ des *DVE* als Herausgeber um Berding et al. stellte 2018 das Diskussionspapier „*Kompetenzprofils Ergotherapie*“ vor. In diesem werden in der Ausbildung bzw. Studium zu erwerbende Berufskompetenzen von Ergotherapeuten definiert und in einzelne Domänen eingruppiert (*DVE*, 2018).

In einer Bachelorarbeit von Schnettker & Laufer (2006) sind ergotherapeutische Berufskompetenzen für Professionsangehörige in Deutschland bereits beschrieben worden. Die aufgestellten Kategorien wurden im Rahmen einer Projektgruppe „*Berufsprofil*“ des *DVE* weiterentwickelt und in *Ergotherapie im Profil* 2008 durch den *DVE* veröffentlicht.

Für die vorliegende Bachelorarbeit orientierten sich die Forscherinnen an aktuellerer Literatur, dem von der Projektgruppe „*Kompetenzprofil und Modularisierung*“ entwickel-

ten Diskussionspapier des *Kompetenzprofils Ergotherapie* (DVE, 2018) Ein Auszug aus diesem ist in → Anlage 02 einsehbar.

In diesem wird das Kompetenzspektrum von Ergotherapeuten aufgeführt, aus welchem abgeleitet werden kann, welche Erwartungen an diese in ihrem Arbeitskontext gestellt werden.

Das Kompetenzprofil soll die individuelle Professionsentwicklung von Ergotherapeuten anregen, um umfassend beruflich kompetent in komplexen Arbeitsfeldern handeln zu können (DVE, 2018). Die Mitglieder der Projektgruppe weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Ergebnisse des Kompetenzprofils als Diskussionsgrundlage zu verstehen und kontinuierlich weiterzuentwickeln und gegebenenfalls zu modifizieren sind (DVE, 2018).

In dem Kompetenzprofil werden die ergotherapeutischen Berufskompetenzen in sieben Domänen kategorisiert.

Dabei bezeichnet der Begriff Domäne den jeweiligen Gegenstandsbereich des beruflichen Handelns des Ergotherapeuten, in dem die entsprechenden Kompetenzen abgebildet werden (DVE, 2018).

Die Domäne dient dabei als Rahmen für die Beschreibung, Erfassung und Beurteilung einzelner Kompetenzen (DVE, 2018). Die Autoren betonen, dass die einzelnen Domänen nicht voneinander abgegrenzt werden können, sondern zueinander in Interaktion stehen (DVE, 2018).

Demnach bildet die Gesamtheit der im Folgenden beschriebenen Domänen das Handlungsfeld der Ergotherapie ab, durch deren interaktives Zusammenwirken berufliches, kompetentes Handeln ermöglicht wird (DVE, 2018).

Hierbei muss berücksichtigt werden, dass eine kontinuierliche Kompetenzentwicklung im Sinne eines lebenslangen Lernens notwendig ist, um beruflich kompetentes Handeln zu erreichen (DVE, 2018).

Die folgenden Kompetenzbeschreibungen zu der jeweiligen Domäne beziehen sich auf das Diskussionspapier des *Kompetenzprofils Ergotherapie* (DVE, 2018).

2.11.1. Domäne - Ergotherapeutische Expertise

Der Ergotherapeut handelt selbstständig und eigenverantwortlich als Experte für Betätigung in komplexen ergotherapeutischen Tätigkeitsbereichen mit dem Ziel der Förderung der Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden des Klienten. Er integriert die vielfältigen Kompetenzen in sein professionelles Denken und Verhalten. Der Ergotherapeut handelt klientenzentriert und evidenzbasiert entsprechend aktueller berufspolitischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Die Domäne schließt eine betätigungsorientierte Diagnostik und die Ermittlung individueller Betätigungsanliegen und Festlegung von Zielen ein. Die Durchführung, Dokumentation und Evaluation unter Einbezug von Professional Reasoning ist ebenfalls Bestandteil dieser Domäne.

2.11.2. Domäne - Kommunikation

Der Ergotherapeut nutzt und adaptiert bei Bedarf individuelle Kommunikationsstrategien oder Techniken zur Gestaltung einer vertrauensvollen und wertschätzenden Klient-Therapeut- Beziehung. Er stellt sein professionelles Handeln transparent gegenüber Dritten dar, erläutert dieses und vertritt die Profession in unterschiedlichen Kontexten unter Nutzung einer gemeinsamen Fachsprache. Der Ergotherapeut integriert partizipative Entscheidungsfindung in den Behandlungsprozess.

2.11.3. Domäne - Zusammenarbeit

Der Ergotherapeut gestaltet und optimiert eine intra- und interprofessionelle und sektionsübergreifende Zusammenarbeit. Er identifiziert ergotherapeutische Handlungsfelder, vertritt diese und sorgt für deren Weiterentwicklung. Der Ergotherapeut hebt den Stellenwert der Ergotherapie in Bezug auf Betätigung und

Teilhabe im inter- und intraprofessionellen Team hervor. Zu dieser Domäne zählen zudem die eigenverantwortliche Erweiterung beruflicher Netzwerke und zukunftsorientierte Kooperationen sowie die Vertretung und Weiterentwicklung eigener und gemeinsamer Interventionskonzepte. Der Ergotherapeut vertritt das Berufsbild in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit und berücksichtigt gemeinsame Werte und Normen.

2.11.4. Domäne – Management

Der Ergotherapeut sorgt für ein effizientes und effektives Management ergotherapeutischer Tätigkeitsbereiche und deren Weiterentwicklung. Er wendet qualitätssichernde Maßnahmen im Rahmen eines Qualitätsmanagements an.

Die Domäne umfasst zudem die Planung, Organisation, Kontrolle und Evaluation des Behandlungsprozesses unter Berücksichtigung der institutionellen Rahmenbedingungen und professionsethischer Prinzipien. Der Ergotherapeut gestaltet Managementprozesse und adaptiert diese durch Prozessdokumentation, Evidenz und eigenes Fachwissen. Die Berücksichtigung relevanter berufsspezifischer Entwicklungen sowie die Kompetenzerweiterung zur Selbstorganisation und Management werden ebenfalls unter dieser Domäne aufgeführt.

2.11.5. Domäne – Fürsprache

Der Ergotherapeut richtet sein professionelles Denken und Handeln an den Bedürfnissen des Klienten aus und unterstützt dessen Teilhabe durch die Ermöglichung von Betätigung. Er trägt zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Umwelt und Stärkung der Gesundheitskompetenz des Klienten durch die Herstellung gesundheitsfördernder Alltagsbedingungen bei. Der Ergotherapeut setzt sich für die Anliegen seines Klienten ein und unterstützt dessen Empowerment.

Der Ergotherapeut erkennt und analysiert Herausforderungen der Berufspraxis und Gesellschaft und entwickelt diesbezüglich potentielle Handlungsansätze.

2.11.6. Domäne – Lernen

Der Ergotherapeut entwickelt und verbessert sein professionelles Handeln durch kontinuierliche Reflexion und den Prozess des lebenslangen Lernens. Er überprüft wissenschaftliche Erkenntnisse vor der Übertragung in den Praxiskontext kritisch und entwickelt diese weiter. Spezifisches, ergotherapeutisches Wissen und aktuelle berufsrelevante Erkenntnisse werden vermittelt. Dabei geht der Ergotherapeut theoriegeleitet, reflektiert und evidenzbasiert vor. Der eigene Lernbedarf sowie bestehende Wissenslücken werden identifiziert und reflektiert. Die Gestaltung des eigenen Lernprozesses durch die Weiterentwicklung des eigenen berufsspezifischen Wissens findet eigenverantwortlich statt.

2.11.7. Domäne – Professionalität

Der Ergotherapeut handelt auf der Basis von Normen und berufsethischen Werten sowie einer professionellen Grundhaltung. Er richtet sein professionelles Handeln an aktuellen Standards der Profession und der Gesellschaft aus. Die fachlichen und persönlichen Möglichkeiten und Grenzen innerhalb des eigenen Denkens und Handelns werden wahrgenommen und reflektiert.

Der Ergotherapeut orientiert sich an relevanten Rechtsvorschriften, Richtlinien und Standards und handelt dementsprechend.

2.12. Essential Competencies of Practice for Occupational Therapists in Canada (ACOTRO, 2011)

Zusätzlich zu der Veröffentlichung des *Kompetenzprofils Ergotherapie* (DVE, 2018) wurde das Dokument *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) aus dem kanadischen Kontext für die vorliegende Studie als theoretischer Bezug genutzt.

Ergotherapeuten im kanadischen Kontext richten ihren Fokus auf Betätigung als Kerndomäne und die Befähigung des Klienten als Kernkompetenz entsprechend eines klientenzentrierten Ansatzes (Townsend & Polatajko, 2013).

ACOTRO (2011) zufolge handeln Ergotherapeuten in Kanada nach ethischen Grundprinzipien mit Verantwortungsbewusstsein und Urteilsvermögen im besten Interesse des Klienten unter der Berücksichtigung bester verfügbarer Evidenz.

Aufgrund dieser Best-Practice Ausrichtung wurde das Dokument *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) für die Studie herangezogen.

Dieses kann sowohl Ergotherapeuten im nationalen als auch internationalen Raum als Hilfestellung dienen, um ihre eigenen Berufskompetenzen zu reflektieren und weiterzuentwickeln (ACOTRO, 2011).

In den *Essential Competencies* werden die grundlegenden, erforderlichen Berufskompetenzen für Ergotherapeuten in Kanada für das professionelle Handeln mit und ohne direkten Klientenkontakt dargestellt (ACOTRO, 2011).

Auch wird innerhalb dieses Dokuments das Wissen, die Fertigkeiten und Einstellungen, welche Ergotherapeuten in Kanada benötigen, beschrieben, um kompetent in ergotherapeutischen Arbeitsfeldern handeln zu können (ACOTRO, 2011).

Während der Literaturrecherche stießen die Forscherinnen auf ein aktuelleres, kanadisches Dokument, das *Profile of Practice of Occupational Therapists* (CAOT, 2012). In diesem werden neben den *Key and Enabling Competencies* die *Roles* von Ergotherapeuten in Kanada ausführlich beschrieben. Da sich die Forscherinnen jedoch auf die Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in der Palliativversorgung fokussierten, wurde das Dokument von ACOTRO (2011) gewählt.

In diesem werden die Berufskompetenzen differenzierter aufgeführt und mit Praxisbeispielen, den *Cues*, versehen.

Da laut ACOTRO (2011) eine Vielzahl der beschriebenen *Essential Competencies* auf vielfältige Klientengruppen und Kontexte, darunter auch auf den palliativen Kontext, übertragbar sind, ist dieses Dokument nach Meinung der Forscherinnen eine relevante Quelle für die vorliegende Studie.

Die *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) werden in die Ebenen *Roles*, *Units*, *Competencies* und *Performance Indicators* unterteilt:

Auf **Ebene 1** ist eine Erklärung bezüglich der jeweiligen Schlüsselrolle (*Key Role Statement*) des Ergotherapeuten verfasst, die den professionellen Zweck oder das Ziel verdeutlicht.

Unter **Ebene 2** sind die Kompetenzeinheiten (*Units of Competencies*) aufgeführt, die die Funktionen für eine effektive Performanz eines Ergotherapeuten beschreiben.

Ebene 3 umfasst die jeweiligen Kompetenzen (*Competencies*) eines Ergotherapeuten und beschreibt die identifizierbaren Komponenten der erwarteten Leistung.

Unter **Level 4** sind die Performanzindikatoren (*Performance Indicators*) beschrieben. Diese umfassen Faktoren, die das Level der erwarteten Leistung definieren, sowie Hinweise (*Cues*), welche beispielhaft die tägliche Kompetenzleistung des Ergotherapeuten darstellen.

2.12.1. 7 Units of Competencies

An dieser Stelle werden die sieben Einheiten der Kompetenzen nach *ACOTRO* (2011) aufgeführt:

1. Assumes professional responsibility

Ergotherapeuten übernehmen Verantwortung für ein zuverlässiges, ethisches und wirksames Handeln.

2. Thinks critically

Ergotherapeuten nutzen Reasoning und Reflexion für ein zuverlässiges, ethisches und wirksames Handeln.

3. Demonstrates practice knowledge

Ergotherapeuten zeigen praktisches Wissen für ein zuverlässiges, ethisches und wirksames Handeln.

4. Utilizes an occupational therapy process to enable occupation

Ergotherapeuten nutzen einen ergotherapeutischen Prozess zur Ermöglichung von Betätigung.

5. Communicates and collaborates effectively

Ergotherapeuten nutzen effektive Kommunikation und kollaborative Ansätze für ein zuverlässiges, ethisches und wirksames Handeln.

6. Engages in professional development

Ergotherapeuten beteiligen sich an beruflicher Entwicklung für ein zuverlässiges, ethisches und wirksames Handeln.

7. Manages own practice and advocates within systems

Ergotherapeuten gewährleisten die Qualität des eigenen Handelns und fungieren als Fürsprecher innerhalb von Systemen für ein zuverlässiges, ethisches und wirksames Handeln.

Neben diesen sieben Units, die sich wie die vorliegende Arbeit auf den klinischen Praxis mit direktem Klientenkontakt beziehen, gibt es noch weitere fünf Units mit verschiedenen Kompetenzen, die sich auf die nicht-klinischen Berufskompetenzen beziehen (ACOTRO, 2011) (→ Anlage 03).

Die Verknüpfung der induktiv ermittelten Berufskompetenzen mit Inhalten aus dem Dokument von *ACOTRO* (2011) folgt in der Diskussion (→ Kapitel 5).

Im nächsten Kapitel Methodik (→ Kapitel 3) wird das methodische Vorgehen der Forscherinnen beschrieben.

Dabei wird auf das ausgewählte Forschungsdesign und die Methodik Bezug genommen. Daran anschließend wird der Forschungsprozess der Datenerhebung und Analyse dargestellt.

3. Methodik

Die Forscherinnen nutzten für die Datenerhebung und -auswertung einen qualitativen Forschungsansatz, um die Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung sowie das individuelle Erleben dieser induktiv zu ermitteln.

Laut Mayring (2016) ist es bei der qualitativen Forschung unablässig, das Verfahren und die Ergebnisse transparent zu dokumentieren. Dieses Vorgehen beschreibt der Autor als Verfahrensdokumentation*, welche zu den allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung zählt (Mayring, 2016).

Bezüglich dieses Gütekriteriums werden im Folgenden die Schritte des Forschungszyklus beschrieben.

3.1. Literaturrecherche

Zu Beginn der Bachelorarbeit fand eine umfangreiche Literaturrecherche zu Ergotherapie im stationären, palliativen Kontext und Berufskompetenzen statt. Die Forscherinnen suchten dabei gezielt nach nationalen und internationalen Veröffentlichungen zu der allgemeinen Palliativversorgung, Ergotherapie und zu Berufskompetenzen.

Dabei wurden unter anderem folgende Suchbegriffe festgelegt: Ergotherapie/Ergotherapeut, Hospiz/Palliativstation, Palliativversorgung/Palliative Care, lebensbedrohliche/lebensverkürzende Diagnose, Kompetenzen.

Die ausgewählten Suchbegriffe wurden anschließend ins Englische übersetzt und in verschiedenen Datenbanken eingegeben. Dabei wurden neben der Onlinedatenbank der *Zuyd Hogeschool*, welche die Datenbanken *Cinahl*, *Cochrane*, *Pubmed*, *Sage Journals*, *OTseeker* und *PEDro* umfasst, auch die Datenbank des *DVE* und *Google Scholar* genutzt.

Die Suchbegriffe wurden mithilfe der Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft, beispielsweise „occupational therapy“ AND „palliative care“ oder „hospice“

OR „palliative care“. Ein exemplarischer Ausschnitt des Suchverlaufs kann in → Anlage 04 eingesehen werden.

Neben den Ergebnissen der Datenbankrecherche bezogen die Forscherinnen auch Fachbücher wie das Herausgeberwerk von Von dem Berge et al. (2018) und weitere Veröffentlichungen wie die S3-Leitlinie der *AWMF*, der *DKG* und der *DKH* zur „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (2015) ein.

Im Rahmen der internationalen Literaturrecherche fokussierten sich die Forscherinnen besonders auf Kanada und Australien, da besonders zu diesen Ländern internationale Studien oder andere Veröffentlichungen gefunden werden konnten.

Des Weiteren wurde nach allgemeiner und fachspezifischer, nationaler und internationaler Literatur bezüglich Berufskompetenzen recherchiert.

Die Literaturrecherche wurde während des gesamten Forschungsprozesses kontinuierlich weitergeführt, um aktuelle Literatur für die Forschungsarbeit berücksichtigen zu können.

3.2. Beschreibung des Forschungsdesigns und der Forschungsmethode

Den qualitativen Forschungsansatz lehnten die Forscherinnen an das phänomenologische Forschungsdesign an.

Laut Wertz (2016) stellt die Phänomenologie die Untersuchung von gelebten Erfahrungen der befragten Personen in den Fokus der Studie.

Entsprechend der phänomenologischen Anlehnung fokussierten sich die Forscherinnen in ihrer Studie auf die individuellen Erfahrungen der Studienteilnehmer bezüglich ihres professionellen Handelns im palliativen Kontext und dem individuellen Erleben ihrer Kompetenzen.

Diese Nähe zum Gegenstand stellt laut Mayring (2016) ein Gütekriterium qualitativer Forschung dar und ist ebenso Leitgedanke qualitativer Forschung. Dieses Gütekriterium beinhaltet, dass das Forschungsthema Ausgangspunkt und Ziel der Forschung ist. Die Forscherinnen erhoben die individuellen Erfahrungen der Teilnehmerinnen bezüglich

der für den palliativen Arbeitskontext erforderlichen Berufskompetenzen.

Die Subjektbezogenheit steht demnach im Fokus dieser Datenerhebung und erfolgt nach Mayring (2016) im natürlichen Umfeld des Teilnehmers. Die Teilnehmerinnen konnten vor Durchführung des Interviews sowohl den Ort der Interviewdurchführung als auch die Interviewform mitbestimmen.

Laut Mayring (2016) ist auch eine exakte Beschreibung des Forschungsgegenstandes wichtig. Diese erfolgte anhand der Rechercheergebnisse und der exakten Beschreibung der Teilnehmerinnen.

Mayring (2016) betont, dass die Ergebnisinterpretation bei qualitativer Forschung stets einen subjektiven Anteil des Forschers beinhaltet, weswegen vorurteilsfreie Interpretation laut Meinung des Autors nie vollständig möglich ist. In der qualitativen Forschung ist Introspektion, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Vorverständnis, ein legitimes Mittel der Interpretation (Mayring, 2016).

Demnach werden die Vorannahmen der Forscherinnen bezüglich des Forschungsthemas an dieser Stelle kurz für den Leser expliziert:

Der derzeitige Stellenwert der Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung ist nach Meinung der Forscherinnen niedrig. Es wird ein unzureichendes Wissen über die Berufskompetenzen, die Berufsidentität sowie das Potenzial von Ergotherapeuten im palliativen Arbeitsfeld in Deutschland vermutet. Auch nehmen die Forscherinnen an, dass derzeit ein unzureichendes Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten für Ergotherapeuten besteht und kontextspezifische Wissensinhalte nicht oder zu wenig vermittelt werden.

Aufgrund der phänomenologischen Ausrichtung soll der Forschungsgegenstand allerdings möglichst frei von Vorurteilen und Hypothesen der Forscherinnen sein (Wertz, 2016). Aus diesem Grund stellen die Forscherinnen ihre Vorannahmen bewusst in den Hintergrund, um eine möglichst offene Haltung gemäß einer phänomenologischen Forschungsausrichtung zu wahren.

3.3. Erstellung des Interviewleitfadens

Um die subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen der Teilnehmerinnen bezüglich des Forschungsthemas möglichst detailliert erfassen zu können, entschieden sich die Forscherinnen für semistrukturierte Leitfadeninterviews.

Durch die narrative Erhebungsform kann gewährleistet werden, dass die subjektiven Erfahrungen und das Erleben der Teilnehmerinnen Gegenstand der Datenerhebung sind. Laut Mayring (2016) ist ein semistrukturierter Interviewleitfaden zur Strukturierung der Erzählinhalte hilfreich und ermöglicht gleichzeitig Flexibilität.

Leitfadeninterviews eignen sich laut Helfferich (2011) einerseits zur Generierung subjektiver Theorien und eines Alltagswissens durch die Teilnehmerinnen, andererseits zur Einführung von Themen durch die Forscherinnen für einen strukturierten Eingriff in den offenen Erzählraum.

Der Interviewleitfaden für diese Studie wurde anhand des *SPSS-Prinzips* nach Helfferich (2011) entwickelt. Die Abkürzung SPSS steht für die Schritte Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren. Dieses Prinzip gewährleistet das Grundprinzip der Offenheit, ermöglicht aber dennoch eine notwendige Strukturierung der Erzählinhalte (Helfferich, 2011). Zum Prinzip der Offenheit zählt die bewusste Wahrnehmung, die kritische Reflexion und stetige Kontrolle des eigenen Vorwissens durch den Interviewer (Helfferich, 2011). Das *SPSS-Prinzip* unterstützt die Forscherinnen dabei, sich ihre Vorannahmen sowie ihre Erwartungen an die Erzählinhalte der Teilnehmerinnen bewusst zu machen (Helfferich, 2011).

Zu Beginn der Erstellung des Interviewleitfadens wurden alle Fragen gesammelt, die im Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand stehen und diesbezüglich Relevanz haben.

Im zweiten Schritt wurde jede Frage auf ihre Relevanz und ihren Inhalt überprüft. Hierdurch konnten Faktenfragen oder solche, die keinen direkten Bezug zur Forschungsfrage haben, gestrichen oder entsprechend der phänomenologischen

Ausrichtung in offene Fragestellungen geändert werden.

Im nächsten Schritt wurden die Fragen sortiert. Dabei fand eine Bündelung der Leitfadenfragen je nach Themeninhalt in einzelne Abschnitte mit folgenden Überbegriffen statt: Einstiegsfragen, Tagesablauf, Organisation, Behandlungsverlauf, Zugehörigenarbeit, inter- und intradisziplinäre Zusammenarbeit, Merkmale der Palliativversorgung und Weiterbildung und Professionalisierung. Auch die Einstiegs- und die Fazitfrage wurden in diesem Schritt formuliert. Ziel des letzten Schrittes war es, die gebündelten Fragen zu einem Leitfaden zu strukturieren. Zusätzlich wurden Erzählaufforderungen, Ergänzungs- und Vertiefungsfragen in den Leitfaden integriert.

Für eine evidenz- und quellenbasierte Gestaltung des Leitfadens fand vor der Erstellung eine ausführliche Literaturrecherche statt. Die Forscherinnen verknüpfen dabei die Inhalte aus dem Leitfaden mit den Ergebnissen der Literaturrecherche. Die quellenbasierte Verknüpfung ist tabellarisch in → Anlage 05 aufgeführt.

3.4. Pretest

Zur Erprobung des Leitfadens vor der Datenerhebung empfiehlt Weigl (2016) die Durchführung eines Pretests. Der Autor versteht darunter die Erprobung der Fragen an Personen, die nicht in den Forschungsprozess integriert sind (Weigl, 2016). So können die Forscherinnen Rückmeldungen über Begrifflichkeiten, Formulierungen und den Ablauf des Leitfadens erhalten (Weigl, 2016). Zwar bezieht sich der Autor nicht explizit auf Leitfadeninterviews, dennoch lassen sich einige Inhalte auf den Leitfaden der vorliegenden Studie übertragen.

Vor Beginn des Samplings wurden drei Pretests durchgeführt: Die männlichen Teilnehmer sind als Ergotherapeuten in einer Seniorenpflegeeinrichtung, einer akuteriatriischen Station und auf der Neurologie mit einem geringen Anteil an palliativen Klienten tätig und verfügen über Berufserfahrung zwischen einem und 18 Jahren.

Aus Sicht der Teilnehmer waren die Fragen verständlich formuliert und der zeitliche Aufwand der Interviews, der zwischen 45 und 60 Minuten lag, angemessen. In den Pretests wurde deutlich, dass der Begriff Zugehörige teilweise für Irritationen sorgte. Die Teilnehmer nutzen in ihrem Arbeitskontext eher den Begriff Angehörige.

Auch wurden statt des Begriffs „Klient“ die Begriffe „Patient“ oder „Bewohner“ genannt.

Daher entschieden sich die Forscherinnen dafür, die Begriffe von den Teilnehmerinnen individuell auswählen zu lassen. Folglich wurde der Leitfaden erneut überarbeitet.

Einstiegsfragen zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmerinnen wurden ergänzt und einige Formulierungen geändert.

Anschließend wurden die Pretests in Auszügen von den Forscherinnen transkribiert.

Nach der endgültigen Fertigstellung des Interviewleitfadens wurde das Sampling der Teilnehmerinnen durchgeführt.

3.5. Sampling

Zu Beginn dieser Phase wurden zunächst folgende Einschlusskriterien festgelegt: Die Teilnehmerinnen verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung beziehungsweise über einen akademischen Abschluss in Ergotherapie und mindestens über zwei Jahre Berufserfahrung in der stationären Palliativversorgung.

Die wöchentliche Mindestarbeitszeit im stationären palliativen Kontext beträgt 15 Stunden auf einer Palliativstation oder einem Hospiz. Die Mindestarbeitszeit und Berufserfahrung wurden festgelegt, um sicherzustellen, dass die Teilnehmerinnen über ausreichend Erfahrung und Hintergrundwissen in diesem Arbeitsfeld verfügen.

Ergotherapeuten, die als externe Dienstleister auf einer Palliativstation oder einem Hospiz mehr als 15 Stunden tätig sind, wurden ebenfalls von den Forscherinnen für die Studie angefragt.

Da der Fokus dieser Forschungsarbeit auf dem stationären Setting liegt, wurde die Tätigkeit von Ergotherapeuten in ambulanten palliativen Einrichtungen oder Diensten

als Ausschlusskriterium definiert.

Als weiteres Ausschlusskriterium wurde die Arbeit von Ergotherapeuten in Seniorenpflegeeinrichtungen definiert. Auf diese Weise sollte die Teilnehmergruppe homogen gehalten werden.

Zur Rekrutierung der Teilnehmer wurde die tabellarische Übersicht *Wegweiser Hospiz und Palliativversorgung Deutschland* (2018), herangezogen. In dieser sind alle Palliativstationen und Hospize deutschlandweit aufgeführt. Da im Zuge einer ersten Recherche nur eine im Hospiz arbeitende Ergotherapeutin identifiziert wurde, beschränkten sich die Forscherinnen auf die Palliativstationen innerhalb Deutschlands.

Im nächsten Schritt wurde telefonisch und via Internet ermittelt, ob und in welchem zeitlichen Umfang Ergotherapeuten in den ausgewählten Kliniken tätig sind. Die Kontaktdaten der Teilnehmerinnen wurden telefonisch und per Mail ermittelt, um das Anschreiben für die Studie gezielt versenden zu können. Dieses wurde zusätzlich auf den Facebookprofilen der Forscherinnen und in öffentlichen Palliativ- und Hospizgruppen auf Facebook veröffentlicht, um den Samplingprozess zu beschleunigen. Das Anschreiben für die Studie ist in → Anlage 06 aufgeführt.

3.6. Informed consent

Bei Zusagen der Teilnehmerinnen wurde die in → Anlage 08 aufgeführte Einverständniserklärung postalisch mit frankierten Rückumschlag an die interessierten Teilnehmerinnen gesendet. Das freiwillige Einverständnis der Teilnehmerinnen für die Studie stellt eine notwendige Maßnahme dar, da laut Helfferich (2011) diese in die Lage versetzt werden müssen, informiert darüber zu entscheiden („informed consent“), ob ihre Daten verarbeitet werden dürfen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Einwilligung schriftlich und auf freiwilliger Basis erfolgt (Helfferich, 2011).

Forschungsethische Prinzipien für die vorliegende Studie sind dem *Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)* (2017) und dem Ethikodex der *Deutschen*

Gesellschaft für Soziologie (DGS) entnommen. Im §51, Absatz 4 steht:

Die Einwilligung ist nur wirksam, wenn sie auf der freien Entscheidung der betroffenen Person beruht. Bei der Beurteilung, ob die Einwilligung freiwillig erteilt wurde, müssen die Umstände der Erteilung berücksichtigt werden. Die betroffene Person ist auf den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung hinzuweisen [...].

Alle Teilnehmerinnen bestätigten den Erhalt und das Einverständnis des Anschreibens und sendeten die unterschriebenen Einverständniserklärungen zurück.

Die Forscherinnen richteten ihr Vorgehen nach einem nicht-probabilistischem Samplingverfahren aus (Ritschl & Stamm, 2016). Laut der Autoren ist es Ziel dieses Verfahrens, ein Verständnis komplexer, subjektiver Phänomene von Individuen zu ermöglichen, anstatt eine Generalisierung zu erreichen. Die Teilnehmerinnen wurden entsprechend des Forschungsgegenstandes und der Einschlusskriterien gezielt ausgewählt (Perkhofer et al., 2016).

Zusätzlich konnten weitere Teilnehmerinnen mithilfe des Schneeballverfahrens für die Studie gewonnen werden. Laut Ritschl und Stamm (2016) werden bei diesem Verfahren für die Studie relevante Personen aus dem Umfeld der Teilnehmerinnen von diesen angefragt. Das Schneeballverfahren ist beispielsweise dann sinnvoll, wenn Experten für den Forschungsgegenstand rekrutiert werden, die weitere, ihnen bekannte Experten anfragen (Ritschl & Stamm, 2016).

Zunächst erklärten sich zehn Teilnehmerinnen freiwillig per Mail dazu bereit, an der Studie teilzunehmen. Von diesen erfüllten neun alle definierten Einschlusskriterien. Eine Teilnehmerin ist in der komplexen Palliativversorgung innerhalb eines Krankenhauses tätig und behandelt Klienten außerhalb der Palliativstation. Dennoch wurde diese aufgrund des gleichen Klientels und der ausreichenden Berufserfahrung in die Studie einbezogen.

Nach Durchführung der zehn Interviews konnte eine für diese Studie ausreichende Datensättigung erreicht werden.

Folglich wurden zwei weitere Ergotherapeuten, die sich im Nachhinein dazu bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen, nicht mehr in die Studie einbezogen.

3.7. Datenerhebung

Der Leitfaden mit obligatorischen Fragen diente den Forscherinnen lediglich als Richtschnur für die Interviews, da die Teilnehmerinnen zu einer freien Erzählung aufgefordert werden sollen (Perkhofer et al., 2016). Des Weiteren wurde der Leitfaden als flexibel handzuhabende Strukturierungshilfe für die Interviewführung genutzt (Helfferich, 2011).

Laut Mayring (2016) lassen sich subjektive Bedeutungen nur bedingt aus Beobachtungen ableiten. Die Teilnehmerinnen sollen ihre Erfahrungen an ausgewählten Situationen aus ihrer Sicht schildern, da ausschließlich sie die Experten für ihr eigenes Erleben sind (Mayring, 2016). Diese Ansicht des Autors stimmt mit dem Ziel der Phänomenologie, eine möglichst subjektive Sichtweise der Studienteilnehmerinnen zu erhalten, überein.

Durch die gewählte Methodik ist eine qualitative Erhebung der subjektiven Sichtweise der Teilnehmerinnen in Anlehnung an die Phänomenologie möglich. Dabei betonen Perkhofer et al. (2016) die Wichtigkeit eines aktiven, empathischen Zuhörens durch den Interviewer.

3.7.1. Interviewformen

Die Interviews konnten als Telefoninterviews, Face-to-Face Interviews oder über ein Onlinetelefonprogramm durchgeführt werden. In Absprache mit den Teilnehmerinnen wurde die jeweilige Interviewform individuell festgelegt. Face-to-Face Interviews bieten den Vorteil, dass die Forscherinnen die Interviewsituation individueller gestalten können. So lässt sich laut Opdenakker (2006) mehr Nähe herstellen. Ein weiterer Vorteil des Face-to-Face Interviews sieht Opdenakker (2006) darin, dass die Forscherinnen zusätzliche Informationen durch Mimik und Gestik der Befragten erhalten. Ein Nachteil

von Face-to-Face Interviews sieht Opdenakker (2006) darin, dass die Teilnehmerinnen durch Mimik und Gestik der Forscherinnen in ihren Antworten stärker beeinflusst werden können als bei telefonischen Interviews. Zudem sind Face-to-Face Interviews deutlich kosten- und zeitintensiver als Telefoninterviews (Opdenakker, 2006).

Telefoninterviews ermöglichen eine ortsunabhängigere Erhebung (Opdenakker, 2006). Während der Befragung kann der Forscher laut Opdenakker (2006) den Teilnehmer nicht beobachten und seine Mimik und Gestik nicht wahrnehmen, jedoch Sprechpausen und die Betonung der Stimme erkennen. Einen weiteren Vorteil der Telefoninterviews sieht der Autor darin, dass einige Personen über sensible Themen bevorzugt telefonisch sprechen als persönlich.

Da das Forschungsthema laut der Forscherinnen sensible Gesprächsanteile beinhalten kann, hielten sie dieses Argument ebenfalls für relevant. Die Forscherinnen entschieden sich aufgrund der einzelnen Vor- und Nachteile dazu, die Interviewform in Absprache mit den Teilnehmern individuell zu wählen.

Von den insgesamt zehn Einzelinterviews wurden sieben telefonisch, eins über ein Onlinetelefonprogramm und zwei als Face-to-Face Interviews durchgeführt.

Zu Beginn der Interviews erfragte die Forscherin erneut mündlich das Einverständnis der Teilnehmerin. Zudem wurde seitens der Forscherin nochmals kurz das Vorgehen erläutert und die Inhalte der Einverständniserklärung wiederholt.

Die Teilnehmerinnen erhielten zu Beginn die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen. Anschließend wurden die Ein- und Ausschlusskriterien erneut überprüft. Daraufhin stellten die Forscherinnen die Interviewfragen und ergänzten bei Bedarf vertiefende Fragen.

Abschließend erhielt jede Teilnehmerin die Möglichkeit, für sie relevante Inhalte zu ergänzen oder Rückfragen zu stellen. Die Teilnehmerinnen wurden abschließend über das Prinzip der kommunikativen Validierung*, der Rücküberprüfung transkribierter Aussagen durch die Teilnehmerinnen, informiert.

Merkmal	Ausprägung
Geschlecht	10 Frauen; 0 Männer
Arbeitsort	9 Palliativstation; 1 Hospiz
Berufsabschluss	10 Examen; 0 Bachelor/Master/Diplom
Wöchentliche Arbeitsstunden	15-30 Stunden; Durchschnitt: 22,35 Stunden
Berufserfahrung im stationären Palliativkontext	2,5-10 Jahre; Durchschnitt: 6,85 Jahre
Berufserfahrung als Ergotherapeut	2,5-18 Jahre; Durchschnitt: 12,65 Jahre
Arbeitsort nach Bundesland	5 aus Bayern; 3 aus Thüringen; 1 aus Niedersachsen; 1 aus Nordrhein-Westfalen
Interviewart	7 telefonische Interviews; 2 Face-to-Face Interviews; 1 Interview via Onlinetelefonprogramm;

Tabelle 1: Informationen zu den Studienteilnehmerinnen, eigene Darstellung

Die Vertraulichkeit der Daten wurde durch die getrennte Aufbewahrung der Kontakt- und Interviewdaten gewährleistet.

Laut *BDSG* (§71, Absatz 1) müssen personenbezogene Daten frühestmöglich anonymisiert oder pseudonymisiert werden, soweit dies gemäß des Verarbeitungszwecks möglich ist. Durch die Anonymisierung gewährleisten die Forscherinnen, dass nach der Datenauswertung keine Rückschlüsse auf die Teilnehmerinnen möglich sind.

3.8. Transkription

Unter Transkription* versteht Mayring (2016) die Herstellung eines vollständigen Textumfanges verbal erhobener Daten durch die wörtliche Verschriftlichung der Interviews. Dies bildet die Basis für eine ausführliche, interpretative Auswertung. Dabei stellt die Übertragung in normales Schriftdeutsch laut Mayring (2016) die geläufigste

Transkribiertechnik dar: Der Dialekt wird bereinigt, Satzbaufehler ausgeglichen und der Stil geglättet.

Dies ist nach Aussage des Autors der Fall, wenn die inhaltlich-thematische Ebene des Interviews im Vordergrund stehen soll, beispielsweise wenn der Teilnehmer die Rolle eines Experten oder Informanten einnimmt (Mayring, 2016).

Dresing und Pehl (2018) weisen darauf hin, dass ein solches semantisches, inhaltliches Transkript einen schnelleren Zugang zum Gesprächsinhalt zulässt und somit leichter lesbar ist. Demnach entschieden sich die Forscherinnen aufgrund der Fokussierung auf die inhaltlichen Ebene und der verbesserten Leserlichkeit für diese Technik.

Entsprechend des Gütekriteriums der Regelgeleitetheit* nach Mayring (2016), nach dem bestimmte Verfahrensregeln innerhalb des Forschungsprozesses beachtet werden, nutzten die Forscherinnen die in → Anlage 09 aufgeführten Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018). Laut diesen sollen unter anderem gestotterte Wörter weggelassen, unvollendete Sätze mit einem Schrägstrich gekennzeichnet und Rezeptionssignale wie „hm“ oder „genau“ nur als direkte Antwort transkribiert werden. Für eine verbesserte Lesbarkeit wird eher ein Punkt als ein Komma bei Senkung der Stimme gesetzt. Zudem gibt es die Möglichkeit, in Klammern emotionale Äußerungen wie (lacht), längere Pausen (...) oder unverständliche Wörter (unv.) auszudrücken. Auch Zeitmarken (Min:Sek) und ob eine Aussage von der Forscherin (F:) oder der Teilnehmerin (T:) stammt, ist in der Transkription erkennbar (Dresing & Pehl, 2018). Die Forscherinnen ergänzten Absatznummern, um die Aussagen der Teilnehmerinnen einfacher zuordnen und zitieren zu können.

Die transkribierten Interviews wurden den Teilnehmerinnen mit deren Einverständnis per Mail zurückgeschickt, um die verschriftlichen Aussagen mit einer zweiwöchigen Frist zu überprüfen. Die Rücküberprüfung der Transkripte durch die Teilnehmerinnen basierend auf dem Verfahren der kommunikativen Validierung nach Mayring (2016) führte zu einer Erhöhung der Glaubwürdigkeit dieser Studie. Ein Transkriptionsauszug kann in → Anlage 10 eingesehen werden.

3.9. Datenanalyse

Die in den Interviews gewonnenen, qualitativen Daten wurden anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit induktiver* Kategorienbildung nach Mayring (2016) ausgewertet.

Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse besteht in der systematischen, regelgeleiteten und theoriegeleiteten Analyse von Datenmaterial und Texten (Ritschl & Stamm, 2016).

Die Forscherinnen orientierten sich dabei an den Ablaufmodellen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse und der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2016), deren Ablaufmodell in → Anlage 13 zu finden ist. Durch dieses Verfahren wurde das Ausgangsmaterial systematisch analysiert und mit anhand des Datenmaterials entwickelten Categoriesystemen bearbeitet (Mayring, 2016).

Bei der zusammenfassenden, qualitativen Inhaltsanalyse reduzierten die Forscherinnen das Textmaterial, sodass die relevanten Bedeutungsinhalte gemäß Mayring (2016) erhalten blieben. Durch Reduktion und Abstraktion wurde ein überschaubares induktives Kategoriensystem entwickelt, das nach Mayring (2016) ein Abbild des Grundmaterials darstellt.

Für die qualitative Datenanalyse ist laut Lamnek (2010) eine grundlegende Offenheit und eine neugierige Erwartungshaltung gegenüber dem Forschungsgegenstand gemäß des phänomenologischen Ansatzes Voraussetzung. Weniger die Vorüberlegungen oder Hypothesen bestimmen nach Meinung des Autors den Auswertungsverlauf des Interviews, sondern die Generierung neuer Hypothesen oder Theorien anhand des Datenmaterials entsprechend eines induktiven Vorgehens (Lamnek, 2010).

Demzufolge haben die Forscherinnen innerhalb des Analyseprozesses bestehende Theorien und Vorannahmen weitgehend in den Hintergrund gerückt, um das Prinzip der Offenheit berücksichtigen zu können.

Während des Analyseprozesses wurde ein in → Anlage 11 aufgeführter Entscheidungspfad erstellt, um die Überlegungen der Forscherinnen während der

Datenanalyse für den Leser nachvollziehbar darstellen zu können.

Die Auswertung wurde mithilfe der Interpretationsregeln (Z-Regeln) nach Mayring (2015) durchgeführt, die in → Anlage 14 als Ergänzung zu der Beschreibung im Text aufgeführt sind.

Als Analyseprogramm wurde die kostenlose Demoversion der Software F4-Analyse genutzt. Im ersten Schritt definierten die Forscherinnen die Wortebene als kleinsten Materialbestandteil (Kodiereinheit), sinntragende Textabschnitte als größten Materialbestandteil (Kontexteinheit) und das vollständige Interview als Auswertungseinheit.

Anschließend wurden anhand der thematischen Textabschnitte aus den Interviews verschiedene Analysecodes gebildet, denen im nächsten Schritt die jeweiligen Textstellen in Form direkter Zitate der Teilnehmerinnen zugeordnet wurden. Die Zuordnung erfolgte zunächst durch beide Forscherinnen gemeinsam, um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten. Im weiteren Verlauf fand die Zuordnung der Textstellen getrennt voneinander, jedoch unter kontinuierlicher Absprache statt.

Nach Mayring (2016) können so die Analyseergebnisse untereinander verglichen und dadurch die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht werden.

Inhaltstragende Textstellen der Teilnehmerinnen wurden im Textfeld für den jeweiligen Analysecode paraphrasiert (Z1-Regeln) und im gleichen Schritt aufgrund der großen Datenmenge nach Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus unter diesem generalisiert (Z2-Regeln).

Die Forscherinnen analysierten ein Interview zur einheitlichen Gestaltung des weiteren Auswertungsprozesses gemeinsam. Nach diesem Verfahren analysierte jede Forscherin die von ihr selbst durchgeführten Interviews, da hierdurch eine verbesserte Subjektbezogenheit (Mayring, 2015) ermöglicht werden konnte.

Die generalisierten Aussagen der Teilnehmerinnen wurden schrittweise getrennt voneinander und im weiteren Verlauf gemeinsam in thematisch gleiche oder ähnliche Abschnitte gebündelt und reduziert. Dabei wurde das Abstraktionsniveau erneut

angepasst und bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten gestrichen und weiterhin inhaltstragende Paraphrasen übernommen (Z3-Regeln). Zu jeder Textaussage wurden sowohl die Teilnehmer- als auch die Forschernummer zur besseren Nachvollziehbarkeit zugeordnet.

Im nächsten Schritt fand eine erneute Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration der bestehenden Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau statt (Z4- Regeln).

In gemeinsamer Absprache wurden nun aus den inhaltstragenden Textabschnitten Kompetenzen selektiert und in einem Tabellendokument strukturiert gebündelt.

Die aufgestellten Kompetenzen wurden am Ausgangsmaterial rücküberprüft und kleine Anpassungen der Analyseergebnisse vorgenommen.

Die Kategorienbildung erfolgte anhand des in → Anlage 13 aufgeführten Ablaufmodells der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2016) als systematische Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten aus dem erhobenen Datenmaterial.

Als Selektionskriterium für die Kategorienbildung wurden inhaltstragende Aussagen bezüglich der Berufskompetenzen der Teilnehmerinnen und Aussagen zu deren Erleben bzw. der Bedeutung aus dem Textmaterial festgelegt. Dadurch konnte bestimmt werden, welches Material Ausgangspunkt der Kategoriendefinition sein soll (Mayring, 2015). Die Forschungsfrage und Leitfragen dienten hierfür als Orientierung. Gemeinsam wurde das Abstraktionsniveau der zu bildenden Kategorien definiert, um ein einheitliches Kategoriensystem erstellen zu können. Die Forscherinnen nutzten das in → Anlage 12 aufgeführte Tabellendokument mit den Kompetenzen als Hilfestellung zur Definition und Abstraktion der Kategorien. Den gebündelten und ergänzten Kompetenzbeschreibungen wurde jeweils eine Kategorie auf einem höheren Abstraktionsniveau zugeordnet.

Die Tabelle mit den fertig erstellten Kategorien kann in → Anlage 12 eingesehen werden.

4. Resultate

Zu Beginn dieses Kapitels werden die auf Basis der Interviews ermittelten Kategorien mit den zugehörigen Kompetenzen verknüpft und mit Zitaten der Teilnehmerinnen belegt. Anschließend wird das Erleben der Teilnehmerinnen bezüglich dieser Kompetenzen beschrieben. Wie im → Kapitel 2.10 definiert, lässt sich Kompetenz in Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltung untergliedern. Diese Unterteilung wurde auch innerhalb dieses Kapitels berücksichtigt.

Wie in → Kapitel 3.9 beschrieben wurden folgende Kategorien zu den ermittelten Kompetenzen induktiv ermittelt:

- **Klientenzentrierung**
- **Betätigungsorientierung**
- **Flexibilität**
- **Wissensanwendung und -vermittlung**
- **Zusammenarbeit**
- **Kommunikation**
- **Reflexion**
- **Professionalisierung**
- **Organisation**

Die ermittelten Kompetenzen lassen sich teilweise mehr als einer Kategorie zuordnen. Somit kann es zu Überschneidungen der verschiedenen Kategorien kommen. Die Reihenfolge der Kategorien wurde zufällig festgelegt und deutet nicht auf den Stellenwert der Kategorien hin.

4.1. Ermittelte Kategorien

4.1.1. Kategorie 1: Klientenzentrierung

Bezogen auf die Unterteilung des Kompetenzbegriffes (→ Kapitel 2.10) lässt sich die Klientenzentrierung hauptsächlich der persönlichen Haltung des Ergotherapeuten zuordnen. Zu der Kategorie zählt die Kompetenz, den **Klienten individuell zu begleiten**: *„Ich finde immer persönlich da gibt es keine DIN- Form. Weil jeder Mensch ja anders reagiert“* (T5, Abs. 34). Das habe auch Auswirkungen auf die Behandlung des Klienten. Eine Teilnehmerin schildert, dass es *„keinen typischen ergotherapeutischen Behandlungsverlauf auf der palliativen Station“* (T7, Abs. 32) gibt. Die ergotherapeutische Behandlung ist *„sehr individuell“* (T8, Abs. 39). Eine andere Teilnehmerin äußert sich folgendermaßen: *„Wir holen den Patienten halt da ab, wo er ist und was er gerade braucht“* (T4, Abs. 20).

Als Grundlage dieser individuellen Vorgehensweise beschreiben die Teilnehmerinnen die Fertigkeit **Berücksichtigung biografischer Inhalte des Klienten**: *„Eine komplette Beziehungs- und Biographiearbeit im Grunde“* (Abs. 25) bezeichnet dies eine Teilnehmerin. Dabei werden biographische Aspekte des Klienten mit den Zielen und Inhalten der Therapie verknüpft. In diese ganzheitliche Vorgehensweise werden auch die Zugehörigen mit einbezogen: *„Was stellen sich die Angehörigen vor? Das man dann eben auch gemeinsam ermittelt“* (T9, Abs. 28).

Für die Klientenzentrierung stellt die Kompetenz **Wahrnehmen und realistisches Einschätzen der Bedürfnisse des Klienten** eine weitere Voraussetzung dar. Die Teilnehmerinnen beschreiben dies folgendermaßen: *„Dass ich diese ganz individuellen, situativen Bedürfnisse eben manchmal mitkriege und dann den Rahmen dafür schaffen kann“* (T1, Abs. 29).

Auch die **adäquate Nutzung von Humor** wurde als Kompetenz analysiert, wie eine Teilnehmerin schildert: *„Ich glaube, das brauchen die auch total. Gerade auch so ein*

bisschen Witz und Humor“ (T2, Abs. 101).

Neben dem Wahrnehmen der Bedürfnisse stellt die Fähigkeit des **Respektierens und Berücksichtigens der Wünsche des Klienten** eine weitere Kompetenz des klientenzentrierten Vorgehens dar: *„Einfach, dass seine Wünsche respektiert werden [...] dass man das auch akzeptieren lernen muss“ (T4, Abs. 106).*

Die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Klienten kann jedoch auch bedeuten, dass weniger Therapien stattfinden: *„Der Patient steht ganz oben. Und wenn die Therapie da grade nicht ganz so im Fokus steht, dann muss sie halt zurückweichen“ (T5, Abs. 120).* Einige Teilnehmerinnen schildern auch die Fähigkeit, den **Klienten zu motivieren**: *„Wir versuchen immer zu motivieren“ (T5, Abs. 16).* Eng verbunden mit der Motivation des Klienten ist das Empowerment des Klienten: Eine Aussage wie *„Dass der Patient, wenn möglich, für sich selbst die Therapieinhalte auch selbst bestimmen sollte“ (T9, Abs. 42)* zeigt, dass die Kompetenz **Empowern** wichtig ist. Dazu zählt auch die **gemeinsame Zielsetzung mit dem Klienten**: *„Wenn ich irgendwie etwas entscheide, dann entscheide ich das eigentlich mit dem Patienten“ (T7, Abs. 62).*

Neben der Klientenzentrierung in der direkten Therapiesituation schildern die Teilnehmerinnen auch die **Fürsprache für den Klienten**, beispielsweise im interdisziplinären Team. Eine Teilnehmerin bezeichnet sich als *„Anwalt des Patienten“ (Abs. 98).* Eine andere äußert: *„Das begründe ich auch dementsprechend über den Wunsch des Klienten gegenüber dem Team“ (T9, Abs. 42).*

4.1.2. Kategorie 2: Betätigungsorientierung

Die Klientenzentrierung ist eng verknüpft mit der Betätigungsorientierung, welche bezüglich der Kompetenzdefinition ebenfalls der Haltung des Therapeuten zuzuordnen ist. Eine Teilnehmerin äußert diesbezüglich: *„Halte die Ergotherapie, gerade weil über Betätigung auch die Lebensqualität erlebt und empfunden wird, für äußerst wichtig“ (T9, Abs. 112).*

Zu der Kategorie zählt das **Wahrnehmen und Berücksichtigen von Betätigungsanliegen des Klienten**. Laut einer Teilnehmerin bedeutet dies: „*Die Aktivitäten, die er dann halt zuhause machen muss noch. [...] das wird mit angesprochen*“ (T7, Abs. 22).

Anschließend werden die **Betätigungsanliegen in der Therapie berücksichtigt**. Die Teilnehmerinnen beschreiben dies folgendermaßen: „*Alltag bestimmen. [...] wie plane ich meinen Alltag*“ (T9, Abs. 36). Dabei bringt das praktische Üben der Betätigung deutliche Vorteile: „*Das man da auch diesen häuslichen Kontext nochmal in das Krankenhaus holt*“ (T9, Abs. 34). Eine Teilnehmerin berichtet von einer Klientin, „*die ein Gefühl dafür kriegt, dass sie es auch zuhause alleine bewerkstelligen kann*“ (T9, Abs. 44). Die Kompetenz **Ermöglichen von Betätigungen** ist eng verknüpft mit der Hilfsmittelversorgung: „*Wie der Patient sich vielleicht vorstellt, wieder mobil zu werden [...]. Da geht es wirklich eher nochmal um Hilfsmittelversorgung*“ (T9, Abs. 28). Die Möglichkeiten, die Behandlung auf die Betätigung auszurichten, sind vielfältig: „*ADL [Activities of daily living]- Training für die Patienten also [...] Wasch-Anziehtraining oder Esstraining ist ganz oft*“ (T7, Abs. 12).

4.1.3. Kategorie 3: Flexibilität

In den ersten beiden Kategorien wurde bereits deutlich, dass **Flexibilität** für Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung notwendig ist. Sowohl im Umgang mit dem Klienten als auch mit seinen Zugehörigen und im interdisziplinären Team ist diese Kompetenz wichtig, denn „*Palliativpatienten können sich ja in jedem körperlichen Zustand befinden*“ (T8, Abs. 39) und „*Handlungsfähigkeit im Angesicht des bevorstehenden Todes zu unterstützen und zu begleiten. Das ist ganz individuell*“ (T1, Abs. 131). Diese Kompetenz legt demzufolge ebenfalls den Schwerpunkt auf die professionelle Haltung des Therapeuten, das flexible Vorgehen auch umzusetzen.

Als Kompetenz wurde dabei zunächst das **variable Vorgehen** ermittelt, denn es „*gibt keinen typischen ergotherapeutischen Behandlungsverlauf auf der palliativen Station*“

(T7, Abs. 32). Um flexibles Handeln zu gewährleisten, zeigte sich in den Interviews, dass eine **unvoreingenommene, offene Haltung** wichtig ist. Eine Teilnehmerin schildert: *„Ich gucke jetzt in diesem Moment, in dem ich bin, ergebnisoffen, was ist jetzt gerade einfach gefordert und was ist gut“* (Abs. 94).

Auch die Kompetenz **intuitives und situatives Handeln und Entscheiden** wurde der Kategorie Flexibilität zugeordnet: *„Ein Gespür dafür zu haben, was kann ich dem Patienten jetzt gerade tun, damit es ihm gut geht?“* (T2, Abs. 22). Eine Teilnehmerin äußert, sie muss *„schnell umdenken“* (T10, Abs. 56). Ergänzt wird diese Aussage durch das Zitat einer anderen Teilnehmerin: *„Immer situativ dann, zu erfassen, wie ist die Lage des Patienten, geht es ihm heute so wie gestern?“* (T9, Abs. 18). Anschließend wird die Therapie angepasst: *„Je nachdem, wie sich der Patient fühlt, ist halt das Angebot unterschiedlich beziehungsweise gibt es auch Tage, wo die Patienten [...] sagen, ich möchte heute keine Therapie haben“* (T7, Abs. 12). Das **angepasste Vorgehen** ist eine weitere Kompetenz bezüglich Flexibilität.

Für eine flexible Vorgehensweise ist zudem wichtig, dass der Therapeut **weiß, welche Behandlungsmethoden** er wann **anwenden** kann: *„Ich könnte jetzt nicht sagen: Das ist das allerbeste Mittel“* (T2, Abs. 84). *„Das ganze Spektrum würde ja gehen“* (T10, Abs. 72). Diese Kompetenz ist eng verknüpft mit der Kategorie Wissensanwendung und -vermittlung, da der Therapeut das notwendige Wissen besitzen muss, um verschiedene Methoden anwenden zu können.

4.1.4. Kategorie 4: Wissensanwendung und -vermittlung

Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung benötigen Wissen über diverse Behandlungsmethoden und Krankheitsbilder. Zudem müssen sie Fähigkeiten und Fertigkeiten aufweisen, diese anwenden und schließlich die Haltung besitzen, diese Fähigkeiten und Fertigkeiten anzuwenden und ggf. zu adaptieren. Zur Kompetenz Wissensanwendung und Vermittlung zählt, dass **bestimmtes Wissen vorhanden ist und angewendet** werden kann. Die Teilnehmerinnen berichten, dass während ihrer

Ausbildung die Palliativversorgung wenig oder gar nicht thematisiert wurde. Einige erinnern sich, dass die Sterbephasen nach *Kübler-Ross* (2014) erwähnt wurden, diese in der täglichen Arbeit jedoch kaum Bedeutung findet: *„Ich kann Ihnen nicht mehr die Sterbephasen aufsagen, die es da nach Kübler-Ross gibt. Weil ich sehe jetzt auch nicht die Konsequenz, mir die alle nochmal anzueignen, weil letztendlich jeder Patient sich in einer anderen Phase befindet“* (T5, Abs. 54).

Zu der Kategorie zählt auch das **Wissen über Krankheitsbilder**: *„Krankheitshintergründe, Krankheitsbilder sind nochmal wichtig“* (T2, Abs. 153). Dabei wird jedoch ein Widerspruch zu anderen Teilnehmerinnen deutlich: *„Das Krankheitsbild an sich spielt nicht unbedingt eine Rolle“* (T3, Abs. 54).

Die Teilnehmerinnen beschreiben, dass das **Wissen über verschiedene Möglichkeiten der Symptomkontrolle und verschiedene Behandlungsmethoden und -konzepte** ebenfalls wichtig ist: *„Bin gern und oft beim Bobathkonzept. Oder wenn es nicht mehr so gut geht und auch eine Demenz mit dabei ist, dann bin ich [...] beim Affolterkonzept. Ich mache ganz viel FOTT- facioorale Trakttherapie“* (T4, Abs. 28). Eine Teilnehmerin äußert sich kritisch zu der sehr vielfältigen Arbeit mancher Ergotherapeuten in der Palliativversorgung: *„Manchmal sind wir schon so viel Breitband, dass es eigentlich schon so ein bisschen spezifischer angebracht wäre. Und mit ein bisschen mehr Wissen. Und ich denke da wissen manche Therapeuten ihre Grenzen nicht“* (T5, Abs. 66). Es gibt dementsprechend diverse Konzepte und Methoden, die sich in der Palliativversorgung anwenden lassen: *„Wichtig für mich ist auch diese Kompetenz, das miteinander zu mischen und anzuwenden. [...] ich finde immer, man muss alle Konzepte miteinander durcheinander hauen und dann anpassen auf den Patienten“* (T5, Abs. 94).

Da die Themen der Palliativversorgung innerhalb der Ausbildung von Ergotherapeuten nicht thematisiert werden, sind laut der Teilnehmerinnen Weiterbildungen unerlässlich: *„Während der grundständigen Ausbildung, [...] werden diese Themen ja nicht berührt. Da ist es einfach noch nicht mit dabei, da ist der Beruf ja viel zu stark kurativ,*

*rehabilitativ nach wie vor aufgebaut“ (T1, Abs. 101). Daher ist eine **kontinuierliche Weiterbildung** von Bedeutung: „Ich bilde mich schon immer weiter fort“ (Abs. T4, Abs. 44). Das **Erlernte in den Arbeitsalltag** zu integrieren, ist ebenfalls wichtig. Dazu zählt, die erlernte **Methoden** in der Praxis **anzuwenden**.*

Eine weitere Kompetenz in der Kategorie Kenntnissen und deren Anwendung betrifft die **Hilfsmittelversorgung und -anpassung**: *„Wir haben Hilfsmittel da und dann kümmere ich mich auch darum, dass die über den Sozialdienst bestellt werden. Ja und dann übt man ja auch noch mit den Hilfsmitteln vor Ort“ (T6, Abs. 44). Auch die Zugehörigen werden dabei mit einbezogen: „Zeige ich den Angehörigen Griffe, Tricks, Hilfsmittel, wie das die Arbeit zuhause erleichtert“ (T6, Abs. 114).*

Während die Hilfsmittelberatung und -versorgung einen großen Stellenwert im Arbeitskontext darstellt, werden **Assessments** in vielen Einrichtungen nur selten angewendet. Einige Teilnehmerinnen berichten, dass es in ihrer Einrichtung standardisierte Befundbögen gibt: *„Weil wir einfach festgestellt haben, dass gerade solche Standardbefunde wie dieses COPM [Canadian Occupational Performance Measure]-Modell oder diese klassischen Ergotherapeut-Assessmentverfahren gar nicht so auf die palliative Station so anwendbar sind“ (T7, Abs. 24). Einige Teilnehmerinnen äußern, dass der Mini-Mental-Status-Test (MMST) teilweise angewendet wird: „Manchmal fordern die Ärzte Mini-Mental-Test an, also diesen kognitiven Hirnleistungstest. Weil einige verwirrt sind und um den Grad der Verwirrtheit dann festzustellen, benutzen wir den Mini-Mental. Ansonsten keine Testungen mehr“ (T6, Abs. 68).*

Die Anwendung von Assessments ist von den institutionellen Rahmenbedingungen und der Dokumentationsart innerhalb der Einrichtung abhängig. Daher ist es ebenso wichtig, **spezifische Kenntnisse über die Rahmenbedingungen innerhalb des Arbeitskontextes** zu haben: *„Wissen von unterschiedlichen Berufen, also was machen andere. Also unterschiedliche Berufe auch wertschätzen“ (T4, Abs. 48). Eng verknüpft mit der Wissensanwendung und -vermittlung ist die Praktikantenanleitung.*

Die **Anleitung der Praktikanten** ist ebenfalls abhängig von den institutionellen Rahmenbedingungen. Einige Teilnehmerinnen berichten, dass sie häufig Praktikanten haben: „*Praktikanten, [...] Die haben wir ständig da*“ (T4, Abs. 102). Dabei fungieren einige der Teilnehmerinnen „*auch als Anleiterin*“ (T4, Abs. 104). In der Praktikantenanleitung hat die Wissensvermittlung ebenfalls einen großen Stellenwert. Andere Teilnehmerinnen äußern, dass es in ihrer Arbeitsstätte „*selten Praktikanten*“ (T5, Abs. 100) gibt.

4.1.5. Kategorie 5: Zusammenarbeit

Die Kategorie Zusammenarbeit umfasst sowohl die Zusammenarbeit mit dem inter- und intradisziplinären Team als auch die Zusammenarbeit mit dem Klienten und seinen Zugehörigen.

Eine Teilnehmerin beschreibt als Basis einer erfolgreichen Zusammenarbeit: „*Die Grundzüge sind Wertschätzung*“ (T2, Abs. 72). Eine andere Teilnehmerin nutzt zur Beschreibung der Zusammenarbeit im Team folgende Metapher: „*Wenn da ein Glied aus irgendeinem Grund nicht funktionieren würde, oder nicht passt, dann funktioniert eigentlich bei uns gar nichts*“ (T4, Abs. 38). Die Teilnehmerinnen berichten, dass sie mit Physiotherapeuten, Pflegepersonal, dem Sozialdienst, Psychologen und Ärzten eng zusammenarbeiten. Dabei finden regelmäßig interdisziplinäre Besprechungen statt: „*Immer einmal in der Woche*“ (T2, Abs. 64). Viele Teilnehmerinnen nennen gemeinsame, interdisziplinäre Behandlungen mit Physiotherapeuten: „*Dann bespreche ich mich mit der Physiotherapeutin. Wir arbeiten ganz eng zusammen. Und dann besprechen wir, wen wir zusammen machen*“ (T5, Abs. 16). Nicht alle Teilnehmerinnen beschreiben die Zusammenarbeit als „*Hand in Hand*“ (T4, Abs. 62).

Eine Teilnehmerin berichtet, dass für die Zusammenarbeit zu wenig Zeit vorhanden ist: „*Zusammenarbeiten können wir so gar nicht, weil wir die Zeit nicht haben. Jeder muss einzeln arbeiten*“ (T6, Abs. 80). Die Zusammenarbeit ist dementsprechend ebenfalls geprägt von den individuellen Rahmenbedingungen der Einrichtung. Eine Teilnehmerin

schildert dies folgendermaßen: *„Darum ist es dann glaube ich auf jeder Palliativabteilung ein völlig anderes Gemisch“* (TN 8, Abs. 126).

Als eine Kompetenz für die erfolgreiche Zusammenarbeit wird die **Kooperation** angesehen: *„Wir sind im ständigen Austausch, [...] ergänzen uns da, wo es geht“* (T4, Abs. 54). Zudem äußert eine Teilnehmerin, dass ein gemeinsames Ziel in der Palliativversorgung besonders wichtig ist: *„Ganz tolles Arbeiten auf Palliativ. Weil da alle an einem Strang ziehen und alle den palliativen Gedanken verfolgen“* (Abs. 68).

Genauso wichtig ist es auch, **Kenntnisse über die eigenen persönlichen Fähigkeiten und fachlichen Grenzen** zu haben, da die Ergotherapie in der Palliativversorgung wie beschrieben *„ein relativ weites, mitunter nicht klar definiertes Aufgabenspektrum“* umfasst (T9, Abs. 114). *„Man muss schon selber sehr kreativ und flexibel sein und in der Zusammenarbeit, dass man sich gut integrieren kann, in das Team und dann kann man noch viele wunderbare Sachen machen“* schildert eine Teilnehmerin (T5, Abs. 114) ihr Vorgehen.

Einige der Teilnehmerinnen äußern, dass es wichtig ist, nicht mit anderen Berufsgruppen zu konkurrieren: *„Wäre keine sinnvolle Ergänzung gewesen, sondern das wäre eine Konkurrenz gewesen. Und dadurch, dass ich noch ganz anderen Themen habe und wirklich dieses Betätigungsanliegen im Fokus habe, können wir uns da unglaublich gut ergänzen“* (T1, Abs. 56). Als Ziel der Zusammenarbeit äußern die Teilnehmerinnen, den Klienten bestmöglich zu unterstützen: *„Ohne, dass es ein Zusammenspiel zwischen Physio und Ergo wäre, wäre es auf jeden Fall weniger Lebensqualität“* (T3, Abs. 94).

In der interdisziplinären Zusammenarbeit ist es ebenso wichtig, dass **Entscheidungen gemeinsam getroffen** werden: *„Wichtig, dass man selber hier sich nicht als Samariter sieht. Man muss nicht überall der Coolste und der Beste sein beim Patienten und den Umlullen. Das machen manche und das ist ganz schwierig, dann in der Zusammenarbeit“* (T5, Abs. 72).

Die Teilnehmerinnen beschreiben die **interne Zusammenarbeit** als sehr wichtig. Die meisten Teilnehmerinnen äußern, sie hätten extern jedoch keinen Kontakt zu Ergotherapeuten der stationären Palliativversorgung: „*Wir haben nach außen wenig Kontakt*“ (T5, Abs. 112).

Zur Zusammenarbeit zählt auch die **Zusammenarbeit mit dem Klienten und seinen Zugehörigen**, „*da die Angehörigen einfach einen wesentlichen Teil von dem Patienten [...] darstellen*“ (T9, Abs. 50).

Für die erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Klienten ist eine **tragfähige Klient-Therapeut-Beziehung** essentiell: „*Empathie natürlich. Die Patienten können mir gut vertrauen*“ (T10, Abs. 70).

Die Beziehung zu den Klienten beschreiben die Teilnehmerinnen als sehr individuell: „*Da kommt es dann auch auf die eigene Beziehung zum Patienten ein bisschen darauf an*“. Eine Teilnehmerin schildert, sie hat zu ihrem eigenen Schutz „*nie so eine ganz enge Beziehung*“ (T5, Abs. 48) zum Klienten.

Dabei ist ein **authentisches Auftreten** sehr wichtig: „*Bei diesen Patienten wird das eigentlich sehr geschätzt, wenn man so offen, authentisch mit denen umgeht*“ (T7, Abs. 56).

4.1.6. Kategorie 6: Kommunikation

Eng verknüpft mit der Zusammenarbeit ist die Kommunikation. Bei dieser Kategorie stehen die Fähigkeit und Fertigkeit im Vordergrund. Kommunikation findet häufig und mit verschiedenen Zielsetzungen und Gesprächspartnern statt: „*Kommuniziert man ja auch schon viel*“ (T3, Abs. 66). Dazu zählen der Klient und seine Zugehörigen, im interdisziplinären Team und teilweise auch Familienangehörige oder Bekannte der Teilnehmerinnen. Zur Kommunikation als Bewältigungsstrategie äußern sich die Teilnehmerinnen widersprüchlich. Einige nennen belastende Situationen mit ihren Zugehörigen: „*Meinem Partner erzähle ich manchmal auch etwas. Das brauche ich*

dann“ (T6, Abs. 150), während andere die Belastungssituationen nur im interdisziplinären Team verarbeiten: *„Reden im Team. Also ich glaube woanders kann man die Sache auch nicht mitnehmen“* (T8, Abs. 94).

Die Teilnehmerinnen beschreiben, dass sich ein großer Anteil der **Kommunikationsfähigkeit** intuitiv begründet: *„Man lernt gewisse Dinge aber letztendlich, wie ich mit Menschen spreche [...] das ist ganz viel so ein Erfahrungswissen“* (T1, Abs. 41).

Aus den Interviews lässt sich erkennen, dass **aktives Zuhören und eine empathische Gesprächsführung** wichtige Bestandteile der Kommunikation sind: *„Wir versuchen schon zwei, drei Tage vorher nochmal die Ängste raus zuhören“* (T3, Abs. 62). Dabei können auch die Zugehörigen eine entscheidende Rolle einnehmen: *„Eine gute Kommunikation mit den Angehörigen, um vielleicht auch raus zuhören, was hatte denn derjenige immer gerne gemacht“* (T3, Abs. 77). Auch in der Trauerarbeit mit den Zugehörigen ist die wertschätzende Kommunikation hilfreich: *„Er erzählt mir wie das erste Jahr ohne seine Frau war“* (T1, Abs. 62); *„wenn die Angehörigen ganz viel los werden möchten, [...] dann kann ich mir einfach die Zeit nehmen“* (T5, Abs. 84).

4.1.7. Kategorie 7: Reflexion

Nicht nur innerhalb der Kommunikation ist Reflexion wichtig. Auch beim Thema Selbstschutz durch persönliche Belastungen in der stationären Palliativversorgung ist die Kompetenz des **Reflektierens** entscheidend: *„Ich muss nicht nur mit den Gästen mitschwingen, wo sind die grade? Mit ihren Zugehörigen, sondern auch mit welchen Kollegen arbeite ich?“* (T2, Abs. 66).

Das bedeutet, dass stets auf die **Bedürfnisse des Klienten, seiner Zugehörigen, der Mitarbeiter und sich selbst geachtet** werden muss.

Durch eine **gute Beobachtungsgabe und ein empathisches Vorgehen** lassen sich diese Bedürfnisse schnell erkennen: *„Das Wichtigste ist, dass ich sensibel und empathisch mit*

den Leuten bin“ (T6, Abs. 26). Auch intuitives, durch Erfahrungen geprägtes Wissen ist dabei entscheidend, beispielsweise in der Final-* oder Terminalphase*: *„In der letzten Lebensphase, da bin ich eher sehr intuitiv und versuche nachzuspüren, was jetzt gut sein könnte“* (T4, Abs. 46).

Durch den täglichen Umgang mit Sterben und Tod kann die Tätigkeit in der stationären Palliativversorgung eine Belastung darstellen. Daher ist es wichtig, seine **eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und dementsprechend zu handeln**. Die Teilnehmerinnen beschreiben, dass dieses Vorgehen individuell und abhängig von dem Klienten und seinen Zugehörigen ist: *„Es gibt Menschen, die berühren einen so sehr, dass man das kaum loslassen kann“* (T4, Abs. 86). Dabei berichten die Teilnehmerinnen von ihren individuellen Strategien zum Ausgleich: *„Wenn das so viel an Energie saugt, [...] das kostet dann einfach auch Kraft und dann muss man gucken, dass man seinen guten Ausgleich wieder schafft“* (T4, Abs. 86).

Die meisten Teilnehmerinnen erachten den interdisziplinären Austausch durch Besprechungen oder Supervision dabei als hilfreich: *„Mit dem was ich da erlebe und sehe und wo ich da an meine Grenzen komme. Mir hilft da dieser Austausch total. Im interdisziplinären Team“* (T1, Abs. 97). Auch von Abschiedsritualen als Bewältigungsstrategie innerhalb des Teams berichten die Teilnehmerinnen: *„Unsere Abschiedsrituale haben wir zusammen.“* (T8, Abs. 62).

Grundsätzlich stellt die Kompetenz der **offenen Kommunikation zum Thema Sterben und Tod** für die Teilnehmerinnen eine Voraussetzung zur Arbeit in der stationären Palliativversorgung dar: *„Das Wichtigste bei allen, dass man einfach offen drüber reden kann“* (T1, Abs. 95). Der Tod ist für die Teilnehmerinnen *„etwas, was zum Leben dazugehört“* (T8, Abs. 84).

Auch ein **angemessenes Nähe-Distanz-Verhältnis** ist für die Teilnehmerinnen dabei wichtig: *„Habe nie so eine ganz enge Beziehung“* (T5, Abs. 48). (→ Kapitel 4.1.5).

4.1.8. Kategorie 8: Professionalisierung

Zur Kategorie Professionalisierung zählt auf Mikroebene unter anderem der **Besuch von Weiterbildungen**. Vor allem die Palliative Care Ausbildung wird hierbei von den Teilnehmerinnen genannt: *„Natürlich die Palliative Care Ausbildung. Dass man sich mit einfach mit dem ganzen Thema, mit der ganzen Thematik auseinandersetzen kann“* (T4, Abs. 96).

Eine Teilnehmerin schildert: *„Ich gebe selber ja Fortbildungen zu diesem Thema“* (T9, Abs. 102). Auch über interdisziplinäre Schulungen berichten einige Teilnehmerinnen: *„Wir machen dann immer so kleine Weiterbildungen für uns intern“* (T8, Abs. 54).

Laut einer Teilnehmerin gibt es derzeit Bemühungen, das Thema der Palliativversorgung in die Ausbildung zu integrieren: *„Die erarbeitet für die normale Ausbildung so einen Block, wo sie diese ganzen Themen schon mal mit reinbringt und erprobt den grade an ihrer Schule [...]. Mein Wunsch wäre schon da mehr zu machen. Ich selber gebe [...] zwei Tage im Jahr immer so einen Workshop [...] zum Thema Tod und Sterben“* (T1, Abs.101).

Eine andere Teilnehmerin schildert, dass sie *„über den DVE in der Arbeitsgruppe Palliativversorgung“* (T9, Abs. 110) ist.

Auch innerhalb dieser Bemühungen zur Professionalisierung ist **transparentes Vorgehen** sehr wichtig: *„Wir haben ja immer diesen totalen Erklärungsnotstand“* (T1, Abs. 45). Ein Bestreben der Teilnehmerinnen zeigt sich darin, *„den Fokus auch mehr auf die Betätigung zu richten. Weil es unsere Professionalität ja auch ausmacht“* (T9, Abs. 102)

Laut Aussagen der Teilnehmerinnen ist derzeit eine Entwicklung der Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung erkennbar: *„Es ist noch ein junger Bereich, aber ich glaube wir sind da auch wirklich auch gut dabei, uns Aufmerksamkeit zu verschaffen“* (T9, Abs. 114). Der Austausch mit anderen Ergotherapeuten, die im gleichen Kontext

arbeiten, ist jedoch gemäß einigen Teilnehmerinnen gering: *„Wäre es natürlich wünschenswert, gäbe es dann auch mehr Austausch. Aber die Frage ist immer, wie das in der Realität ist. Ich glaube das ist gar nicht machbar“* (T9, Abs. 110).

4.1.9. Kategorie 9: Organisation

Neben der Kompetenz des **flexiblen Vorgehens** ist auch die Kompetenz **Organisieren** in der stationären Palliativversorgung essentiell. Der Fokus liegt dabei vor allem auf den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Ergotherapeuten. Eine Teilnehmerin schildert: *„Wir haben immer so ein bisschen Zeitplan im Kopf. Wir müssen uns ja auch absprechen“* (T2, Abs. 121). Auch die **selbstständige Einteilung der Klienten** fällt unter die Kompetenz des Organisierens: *„Wir müssen uns selber planen, wie wir uns die Patienten einteilen“* (T4, Abs.18).

Die Teilnehmerinnen berichten, dass das Zusammenspiel zwischen Organisation und Flexibilität sehr wichtig ist. Dementsprechend ist auch die **Problemlösung** eine wichtige Fähigkeit.

Neben dem **eigenständigen Durchführen der Therapie** ist die Organisation auch bei der **Zugehörigenberatung** wichtig: *„Angehörigengespräche müssen wir uns selber organisieren“* (T4, Abs. 18).

Einige der Teilnehmerinnen zählen *„Sachen wie **Hilfsmittel organisieren**, Therapiematerial oder einen Rollstuhl besorgen“* (T6, Abs. 46) ebenfalls zu ihrem Aufgabenbereich.

Im Bereich der Organisation ist auch die **Priorisierung** wichtig: *„Sonst kann ich ja nur noch mit den Leuten kommunizieren. Und dann habe ich ja eigentlich keine Zeit mehr für meine Patienten“* (T3, Abs. 79).

Auch das **transparente Vorgehen und die aussagekräftige Dokumentation** zählt zum Bereich der Organisation: *„Es muss bei uns auch alles nachweisbar sein“* (T3, Abs. 4). Die meisten der Teilnehmerinnen sprechen von einer **eigenständigen**

computergestützten Dokumentation: „Halt eben in unserem Dokumentationsverlauf [...] im PC geben wir [...] ein. Da haben wir standardisierte Vorgaben“ (T2, Abs. 64).

4.2. Erleben der Kompetenzen

Neben den verschiedenen Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung ist die subjektive Wahrnehmung dieser Kompetenzen durch die Teilnehmerinnen in Anlehnung an die Phänomenologie Teil der Resultate.

Eine Teilnehmerin äußert sich zur Etablierung von Ergotherapeuten folgendermaßen: „Für mich sind die schon sehr, sehr wichtig. Ich glaube, dass wir einfach einen ganz, ganz großen, [...] Koffer mitbringen, an wertvollen Sachen“ (T8, Abs. 132).

Vor allem **Klientenzentrierung, Flexibilität, Zusammenarbeit und Kommunikation** stellen für die Teilnehmerinnen für ihren Arbeitskontext notwendige Kompetenzen dar: „Unser Vorteil ist einfach, dass wir so biegsam und flexibel sind. So sollten wir zumindest sein. Wir haben eigentlich alle Mittel, die es gibt, und wenn wir uns ein bisschen kommunikativ auskennen und wissen, wo es hingehen soll, dann müssen wir uns nur richtig ausdrücken und Ziele formulieren. Und dann geht eigentlich fast alles“ (T5, Abs. 114).

Eine Teilnehmerin beschreibt die Bedeutung der Klientenzentrierung folgendermaßen: „Immer wieder diesen Patienten als Individuum zu betrachten und mit ihm gemeinsam Dinge zu überlegen, halte ich für absolut wichtig. Und das andere. Wenn es in die andere Richtung geht, ist natürlich schon wieder Kontraproduktiv“ (T9, Abs. 114).

Das flexible, klientenzentrierte Vorgehen sieht eine Teilnehmerin auch als Herausforderung: „Ich glaube, das ist auch die Schwierigkeit in dem Bereich. Dass man sich nicht irgendwo so dranhängen kann, sondern dass man immer individuell sein muss und immer spontan in dem Moment gucken muss“ (T2, Abs. 72).

Zudem beschreiben die Teilnehmerinnen, dass **eine auf Betätigung fokussierte Ergotherapie** ein interdisziplinäres Team sinnvoll ergänzen kann. Die Gefahr der

Konkurrenzsituation zu anderen Berufsgruppen kann dadurch minimiert werden. Eine Teilnehmerin stellt dies folgendermaßen dar: *„Dadurch, dass ich nach ganz anderen Themen habe und wirklich dieses Betätigungsanliegen im Fokus habe, können wir uns da unglaublich gut ergänzen“* (T1, Abs. 56).

Die Teilnehmerinnen schätzen die allgemeine Bekanntheit der Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung als gering ein, nehmen diesbezüglich jedoch eine steigende Entwicklung wahr. Eine Teilnehmerin äußert sich diesbezüglich folgendermaßen: *„Wir sind auch als Ergotherapeuten mittlerweile bei der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin als Sektion, [...] Also wir sind da auch immer mehr gesehen. Ich glaube auch, das ist [...] ein junger Bereich, aber ich glaube, wir sind da auch wirklich auch gut dabei, uns Aufmerksamkeit zu verschaffen“* (T9, Abs. 114).

Die anhand der qualitativen Inhaltsanalyse induktiv ermittelten Kategorien werden anschließend in → Kapitel 5 mit dem *Kompetenzprofil Ergotherapie* des DVE (2018) und den *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) verglichen und mit Literatur aus →Kapitel 2 und aus weiterer Recherchearbeit untermauert.

5. Diskussion

Ein Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung innerhalb Deutschlands zu ermitteln. Die induktiv ermittelten Kategorien und das subjektive Erleben der Kompetenzen durch die Teilnehmerinnen wurden bereits in → Kapitel 4 dargestellt.

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse mit den in → Kapitel 2 aufgeführten Studienergebnissen und weiteren Autoren verglichen, um die Ergebnisse in Bezug auf den nationalen und internationalen Stand der Forschung einzuordnen.

5.1. Diskussion der 1. Leitfrage

Die erste Leitfrage: **Wie beschreiben Ergotherapeuten ihr professionelles Handeln in der stationären Palliativversorgung?** wurde mithilfe der Aussagen der Teilnehmerinnen in → Kapitel 4 beantwortet und im Folgenden mit entsprechender Literatur verglichen.

Aus den verschiedenen Kompetenzdefinitionen, welche in → Kapitel 2.10 aufgeführt sind, lassen sich Parallelen zu den ermittelten Kompetenzen von Ergotherapeuten in der Palliativversorgung ziehen.

Schnettker & Laufer (2008) beispielsweise sehen in dem Kompetenzbegriff eine Schnittmenge aus Wissen, individuellen Fertigkeiten und Einstellungen bzw. Haltungen. Die ermittelten Kategorien (→ Kapitel 4) lassen sich ebenfalls mit diesen Begrifflichkeiten verknüpfen. Klientenzentrierung, Betätigungsorientierung, Flexibilität und Reflexion können beispielsweise dem Bereich der Einstellung/Haltung zugeordnet werden. Trotzdem sind für diese Kompetenzen Wissen und Fertigkeiten notwendig.

Kommunikation, Zusammenarbeit, Professionalisierung und Organisation werden eher den individuellen Fertigkeiten zugeordnet und Wissensanwendung und -vermittlung dem Bereich Wissen. Für die genannten Kompetenzen sind demnach Einstellungen und

Haltungen, Wissen und Fertigkeiten notwendig.

Daraus wird deutlich, dass die Berufskompetenzen des Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung ganzheitlich zu betrachten sind.

Für Straka (2000) ist neben Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten auch die moralische Urteilsfähigkeit ein wichtiger Bestandteil einer Kompetenz. In den ermittelten Kompetenzen ist die moralische Urteilsfähigkeit vor allem in den Bereichen wichtig, in denen Entscheidungen getroffen werden. Dazu zählen vor allem die Kategorien der Wissensanwendung und -vermittlung, der Flexibilität, Zusammenarbeit und Klientenzentrierung.

Bei der Betrachtung der Kompetenzen wird ebenso deutlich, dass es sich bei der Mehrheit um interdisziplinäre Berufskompetenzen handelt. Die Kategorie Betätigungsorientierung unterscheidet sich jedoch von den anderen Kategorien, da diese durch die Betätigungsausrichtung das Alleinstellungsmerkmal der Ergotherapie (Townsend et al., 2013) gegenüber anderen Professionen darstellt.

Andere Kategorien wie beispielsweise die Wissensanwendung und -vermittlung enthalten eine Mischung aus ergotherapiespezifischen und interdisziplinären Kompetenzen.

Zwar ist für alle Berufsgruppen, die in der Palliativversorgung tätig sind, die Anwendung und Vermittlung von Wissen entscheidend, die Kategorie enthält jedoch auch rein ergotherapeutische Kompetenzen, wie Kenntnisse über Assessments und Hilfsmittelversorgung für den klinischen und häuslichen Kontext.

Dass viele der ermittelten Berufskompetenzen, beispielsweise klientenzentriertes Vorgehen, Kommunikation und Zusammenarbeit auch auf andere Disziplinen übertragbar sind, zeigt Glajchen et al. (2018) durch die Identifikation ähnlicher Kompetenzen für Sozialarbeiter innerhalb der Palliativversorgung auf.

Insgesamt lässt sich sagen, dass einige Parallelen zwischen den ermittelten Kompetenzen und den Kompetenzdefinitionen aus → Kapitel 2.10 feststellbar sind.

Im Folgenden werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Studienresultaten, dem *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) und den *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) aufgezeigt und mit weiterer Literatur verglichen.

5.2. Diskussion der 2. Leitfrage

Die zweite Leitfrage **„Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen zwischen den Studienergebnissen und dem *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) einerseits und den Studienresultaten und den *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) andererseits?** konnte mithilfe eines durchgeführten Vergleiches dieser Dokumente mit den Studienresultaten beantwortet werden und wird im Folgenden diskutiert.

Laut DVE (2018) ist berufliches kompetentes Handeln des Ergotherapeuten erst durch die Nutzung aller im Kompetenzprofil Ergotherapie aufgeführten Kompetenzen möglich. Die Studienresultate zeigen jedoch, dass beruflich kompetentes Handeln bereits durch Erwerb und Entwicklung einzelner Berufskompetenzen möglich ist.

Sowohl die Studienresultate, als auch die in den jeweiligen Domänen (→ Kapitel 2.11) beschriebenen Berufskompetenzen des *Kompetenzprofils Ergotherapie* (DVE, 2018) stehen nicht unabhängig, sondern in wechselseitiger Interaktion zueinander.

Die **Klientenzentrierung** wurde in dieser Studie als eigene Kategorie ermittelt, da für alle Teilnehmerinnen Klientenzentrierung eine wichtige Grundhaltung für die Begleitung sterbenskranker Klienten und ihrer Zugehörigen darstellt.

Im Kompetenzprofil Ergotherapie des DVE (2018) wird Klientenzentrierung nicht als eigene Domäne aufgeführt, klientenzentriertes Vorgehen wird allerdings innerhalb der Kerndomäne „ergotherapeutische Expertise“ für ein berufliches, kompetentes Handeln vorausgesetzt.

Auch im Dokument *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) zählt klientenzentriertes Arbeiten zu den Berufskompetenzen von Ergotherapeuten.

Ähnlich wie die Teilnehmerinnen betont Deimel (2011) die Wichtigkeit der Klientenzentrierung in der noch verbleibenden Lebenszeit des Klienten. Demzufolge werden die momentanen Wünsche und Bedürfnisse des Klienten und seiner Zugehörigen in den Fokus der Behandlung gestellt (Deimel, 2011).

Die meisten Teilnehmerinnen erachten eine wertschätzende und partizipative, gleichberechtigte Klient-Therapeut-Beziehung als absolut notwendig und entsprechen somit den Ansichten von Sumsion (2002), die ebenfalls auf eine klientenzentrierte Vorgehensweise großen Wert legt.

Gemäß Deimel (2011) und Pizzi (2015) stellt die ganzheitliche Betrachtung und Achtung der Autonomie des Klienten in seiner letzten Lebensphase einen wichtigen Grundgedanken der Ergotherapie dar.

Bezüglich der **Betätigungsorientierung** richten viele der Teilnehmerinnen die ergotherapeutischen Maßnahmen zunehmend an Betätigungsanliegen der Klienten aus und erachten dabei die Wahrnehmung und Berücksichtigung dieser als unverzichtbar in der Palliativversorgung.

Im *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) wird der Ergotherapeut in der Kerndomäne „ergotherapeutische Expertise“ als Experte für Betätigung, beispielsweise bezüglich der Evaluation und Priorisierung der Betätigungsbedürfnisse betrachtet. Demzufolge wird betätigungsorientiertes Denken und Handeln laut DVE (2018) als notwendige Berufskompetenz dargestellt.

Auch ACOTRO (2011) beschreibt die Evaluation und Integration von Betätigungsanliegen, sowie die Formulierung betätigungsorientierter Ziele als ergotherapeutische Kompetenz.

Einige Teilnehmerinnen sehen die Betätigungsorientierung zudem als wichtiges Alleinstellungsmerkmal für die Ergotherapie und als eine Möglichkeit, das interdisziplinäre Team durch den Fokus auf Betätigung zu ergänzen.

Auch Burkhart et al. (2011) sehen die Ergotherapie als eine sinnvolle Ergänzung

innerhalb der interdisziplinären Palliativversorgung, um Klienten in ihrer letzten Lebensphase in ihrem Grundbedürfnis nach Betätigung als Grundlage für Gesundheit und Wohlbefinden zu unterstützen.

Den Aussagen der Teilnehmerinnen zufolge wird die Betätigungsorientierung überwiegend von Ergotherapeuten berücksichtigt und deren professionelles Handeln gegenüber dem Klienten danach ausgerichtet.

Fisher (2014) begründet dies damit, dass das oberste Ziel der Ergotherapie darin besteht, den Klienten dazu zu befähigen, für ihn bedeutungsvolle und zweckgebundene Betätigung auszuführen oder an dieser teilzuhaben.

Ähnlich wie die Teilnehmerinnen sieht Förster (2018a) eine Vereinbarkeit eines betätigungsorientierten Vorgehens mit den Bedürfnissen sterbenskranker Klienten. Die Autorin betont, dass besonders Ergotherapeuten aufgrund ihres natürlichen Fokus auf Betätigung durch die Berücksichtigung bedeutungsvoller Betätigungen der Klienten dazu beitragen können, die Lebensqualität dieser zu verbessern (Förster, 2018a).

In der letzten Lebensphase der Klienten ist laut Förster (2018a) nicht mehr die Wiederherstellung von Körperfunktionen oder die Verbesserung bestehender Defizite vorrangig, sondern die Befähigung des Klienten zu bedeutungsvoller Betätigung bzw. der Teilhabe an dieser.

Dies stellte auch für die Teilnehmerinnen eine wichtige Kompetenz in der Behandlung und Begleitung der Klienten dar.

Townsend et al. (2013) bezeichnen das Enablen des Klienten zu der Durchführung oder der Teilhabe an bedeutungsvoller Betätigung durch den Ergotherapeuten – und somit explizit die Befähigung des Klienten – als ergotherapeutische Kernkompetenz.

Im Hinblick auf die Kategorie der **Flexibilität** stimmten alle Teilnehmerinnen der geführten Interviews darin überein, dass ein flexibles Vorgehen eine grundlegende Kompetenz von Ergotherapeuten für die Begleitung sterbenskranker Menschen und ihrer Zugehörigen darstellt und besonders in diesem Setting notwendig ist.

Der in → Kapitel 4 beschriebene hohe Stellenwert der Flexibilität geht aus den Kompetenzbeschreibungen des *Kompetenzprofils Ergotherapie* (DVE, 2018) im Gegensatz zu den Studienresultaten nicht deutlich hervor.

Das flexible Vorgehen von Ergotherapeuten ist hingegen in den *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) als Kompetenz aufgeführt. Allerdings wird hierbei, anders als in den Resultaten der Studie, Flexibilität lediglich auf die Zusammenarbeit im Team bezogen.

Laut von dem Berge et al. (2018) wird Ergotherapeuten in diesem Arbeitskontext ein sehr hohes Maß an Flexibilität abverlangt.

Aufgrund der Tatsache, dass sich die Lebenssituation und der Zustand des Klienten in kurzer Zeit verändern kann, muss die Therapieplanung durch den Therapeuten ständig überprüft, situativ beurteilt und angepasst werden (Von dem Berge, 2018).

Auch Kirsch (2018) betont, ähnlich wie einige Teilnehmerinnen, die Notwendigkeit der Flexibilität innerhalb des palliativen Arbeitskontextes aufgrund der sich verändernden Befindlichkeit des Klienten, wodurch eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der therapeutischen Maßnahmen und Ansätze unerlässlich ist.

Bezüglich der von vielen Teilnehmerinnen genannten Komplexität der Therapieverfahren, -ansätze und Behandlungsmethoden ist laut Deimel (2011) ein hohes Maß an Flexibilität erforderlich.

Bezüglich **Wissensanwendung und -vermittlung** zählt laut *DVE* (2018) wie in den Studienresultaten die Anwendung und Vermittlung von ergotherapeutischem Wissen zu den Kompetenzen eines Ergotherapeuten. Im Gegensatz zu den Resultaten betont der *DVE* (2018) diesbezüglich die Wichtigkeit der Nutzung von externer Evidenz.

ACOTRO (2011) zählt die Demonstration und Anwendung eines aktuellen professionsspezifischen Wissens ebenfalls zu den grundlegenden Kompetenzen eines Ergotherapeuten.

Im *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) wird **Zusammenarbeit** ebenfalls als Kompetenz beschrieben und wie in den Ergebnissen der Studie in inter- und

intraprofessionelle Zusammenarbeit differenziert.

In den Studienresultaten bezieht sich die Zusammenarbeit im Gegensatz zu den Kompetenzbeschreibungen des *DVE* (2018) und der Beschreibungen der *Essential Competencies* von *ACOTRO* (2011) neben der interdisziplinären Zusammenarbeit auch auf den Klienten und dessen Zugehörige.

In den *Essential Competencies* (*ACOTRO*, 2018) wird die Kompetenz des Ergotherapeuten, die Rolle der Ergotherapie und deren Möglichkeiten gegenüber dem Klienten und dem Team zu vertreten, im Vergleich mit dem *DVE* (2018) deutlicher betont.

Eine gelingende und wertschätzende inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit beschreiben die Teilnehmerinnen als Grundvoraussetzung im palliativen Setting, da diese ein wesentliches Merkmal der Palliativversorgung darstellt (*DGP*, 2016; *Bausewein*, 2018). Bereits *Saunders* (2002) beschreibt Zusammenarbeit als wichtige Voraussetzung für eine ganzheitliche Palliativversorgung.

Kommunikation wird sowohl im *Kompetenzprofil Ergotherapie* (*DVE*, 2018) als auch in den Resultaten als eigene Domäne bzw. Kategorie aufgeführt.

Daraus lässt sich schließen, dass eine wertschätzende und empathische Kommunikation mit dem Klienten, seinen Zugehörigen und im intra- und interdisziplinären Team eine grundlegende Berufskompetenz von Ergotherapeuten in der Palliativversorgung darstellt.

Kommunikationsfähigkeit sowie eine klientenzentrierte Gesprächsführung werden auch in den *Essential Competencies* (*ACOTRO*, 2011) als Kompetenz aufgeführt. Dazu zählen laut *ACOTRO* (2011) Prinzipien der Offenheit, Ehrlichkeit und des aktiven Zuhörens, welche ebenfalls von einigen Teilnehmerinnen beschrieben wurden.

Laut *Gerhard* (2015) stellt die Kommunikation mit sterbenskranken Menschen und ihren Zugehörigen für alle Beteiligten eine erhebliche Herausforderung dar, die kommunikative Fähigkeiten des Therapeuten voraussetzt. Besonders im palliativen

Kontext stellt laut Gerhard (2015) eine empathische Gesprächsführung, sowohl im Team als auch mit den Klienten und Zugehörigen eine wichtige Kompetenz dar. Diese erforderliche Fähigkeit des Ergotherapeuten wurde auch von den Teilnehmerinnen genannt.

Viele der Teilnehmerinnen schilderten die **Reflexion** der Bedürfnisse der Klienten und Zugehörigen, sowie auch eigenen Gefühle und Bedürfnisse als grundlegende ergotherapeutische Kompetenz im palliativen Setting.

Laut DVE (2018) stellt das *Professional Reasoning* die Basis für das ergotherapeutische Handeln dar und wird im *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) als auch in den *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011) innerhalb der Kompetenzbeschreibungen aufgeführt.

Auch Deimel (2010) betont diesbezüglich: „Clinical Reasoning ist allgegenwärtig, muss gelebt und praktiziert werden“ (S. 3).

Laut Förster (2018b) stellt die kontinuierliche Reflexion und Auseinandersetzung mit eigenen Werten, Erfahrungen und Emotionen in der ergotherapeutischen Begleitung und Behandlung sterbenskranker Menschen eine wichtige Grundvoraussetzung für kompetentes ergotherapeutisches Handeln dar.

Dabei verlangt die Begleitung der Klienten durch den Ergotherapeuten laut Kirsch (2018) viel Fingerspitzengefühl und ein hohes Maß an Reflexions- und Empathiefähigkeit. Auch die Teilnehmerinnen nannten dies als eine wichtige Fähigkeit in der Behandlung sterbenskranker Menschen.

Zur Verbesserung der **Professionalisierung** im palliativen Kontext erachten die Teilnehmerinnen regelmäßige interdisziplinäre, aber auch intraprofessionelle Weiterbildungen als notwendig.

Viele Teilnehmerinnen zeigten eine offene und interessierte Haltung gegenüber neuem Fachwissen und die Bereitschaft, sich dieses anzueignen.

Diesbezüglich sind Parallelen, wie die kritische Reflexion des eigenen Lernbedarfs und

die eigenverantwortliche Gestaltung des Lernprozesses durch den Ergotherapeuten, zum *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) erkennbar.

Gemäß Förster und Stein (2018) ist es empfehlenswert und notwendig, dass sich im palliativen Kontext tätige Ergotherapeuten mit entsprechenden Weiterbildungen für diesen Bereich kontinuierlich qualifizieren, um Berufskompetenzen aufzubauen und bestehendes Wissen und Fertigkeiten kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Alle Teilnehmerinnen bemängelten fehlende, palliative Inhalte in der Berufsschulausbildung. Die Vermittlung von theoretischem und praktischem palliativem Basiswissen sollte jedoch bereits während der Ausbildung oder des Hochschulstudiums erfolgen, damit Ergotherapeuten über die notwendigen Kenntnisse im palliativen Arbeitsfeld verfügen und einen verbesserten Zugang zu diesem erhalten (Förster & Stein, 2018).

Aus diesem Notstand heraus entwickelte Förster (2018c) im Rahmen ihrer Masterarbeit einen Entwurf zur Implementierung eines 36-stündigen Moduls „*Ergotherapie in der Palliative Care*“ in die schulische oder akademische Ausbildung von Ergotherapeuten, um einen ersten Schritt in Richtung der Integration des palliativen Basiswissen in die Lehre zu gehen.

Während im *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) die Erweiterung beruflicher Netzwerke und zukunftsorientierter Kooperationen als Kompetenz definiert wird, äußerten einige der Teilnehmerinnen hingegen lediglich den Wunsch oder den Bedarf einer Entwicklung diesbezüglich.

Sie betonten außerdem die erschwerte Umsetzung einer Kooperation mit anderen Ergotherapeuten aufgrund der noch fehlenden Etablierung dieser Berufsgruppe im palliativen Setting oder aufgrund des unzureichenden Wissens über Kontakte zu anderen Ergotherapeuten, die auf Palliativstationen oder in Hospizen tätig sind.

Die Optimierung der eigenen Handlungsqualität, beispielsweise durch die Nutzung externer Evidenz, wird innerhalb der Kompetenzbeschreibungen des *Kompetenzprofils Ergotherapie* (DVE, 2018) im Gegensatz zu den Studienresultaten deutlich.

Zu der Optimierung des eigenen professionellen Handelns zählt laut *ACOTRO* (2011) ebenfalls die Fähigkeit des Ergotherapeuten, externe Evidenz sowie ergotherapeutische Modelle bzw. Bezugsrahmen zu berücksichtigen.

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen gab an, dass sie eher intuitiv und von Erfahrungen geprägt handeln ohne Studien zu berücksichtigen oder ergotherapeutische Assessments oder Modelle häufig zu verwenden.

Das *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) hingegen umfasst die Kompetenz des Ergotherapeuten, das eigene methodische Handeln evidenzbasiert auszurichten und kritisch zu hinterfragen.

Ähnlich wie im *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018) wird die Lernentwicklung des Ergotherapeuten als ein lebenslanger Lernprozess betrachtet (*ACOTRO*, 2011).

Die Fähigkeiten des Ergotherapeuten als Fürsprecher für Betätigungsbelange des Klienten und seiner Zugehörigen wird im *Kompetenzprofil Ergotherapie* (2018) und in den Kompetenzbeschreibungen von *ACOTRO* (2011) im Vergleich zu den Studienresultaten expliziter beschrieben.

Im Rahmen dieser Diskussion wird deutlich, dass sowohl einige Überschneidungen und Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede bezüglich der Resultate, des *Kompetenzprofils Ergotherapie* des DVE (2018) und der *Essential Competencies* (*ACOTRO*, 2018) einerseits und weiterer hinzugezogener Literatur andererseits bestehen.

Da die vorliegende Studie an den phänomenologischen Forschungsansatz angelehnt wurde, ist das subjektive Erleben der Teilnehmerinnen bezüglich ihrer Berufskompetenzen ein wichtiger Bestandteil der Studienresultate, worauf sich die nächste Leitfrage bezieht (→ Kapitel 5.3).

5.3. Diskussion der 3. Leitfrage

Wie in → Kapitel 4 beschrieben, wurde zusätzlich zu den Kategorien ermittelt, wie die Teilnehmerinnen ihr professionelles Handeln bezüglich ihrer Berufskompetenzen erleben.

Die phänomenologisch ausgerichtete Leitfrage **„Wie erleben Ergotherapeuten diese Berufskompetenzen in dem Handlungsfeld der stationären Palliativversorgung?“** konnte mithilfe der Aussagen der Teilnehmerinnen zum Teil beantwortet werden und wird im Folgenden diskutiert.

Laut Hammill et al. (2014) ist die Ergotherapie in diesem Tätigkeitsbereich bislang nur wenig erforscht. Die Autoren geben vor allem im Bereich des Erlebens von Kompetenzen einen großen Forschungsbedarf an und beziehen sich dabei auch auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Hammill et al., 2014).

Derzeit liegen laut Hammill et al. (2014) keine Studien vor, die sich mit dem Erleben der Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung befassen.

Ein wichtiges Resultat dieser Studie ist, wie in → Kapitel 4 aufgeführt, dass Klientenzentrierung, Kommunikation, Zusammenarbeit und Flexibilität als besonders spezifische und relevante Kompetenzen für die stationäre Palliativversorgung empfunden wurden.

Die Ergebnisse einer explorativen Befragung von Müller, Pfister und Jaspers (2009) lassen sich in diesem Punkt ebenfalls mit den vorliegenden Resultaten vergleichen.

Die Befragung lässt sich Level drei der deskriptiven Forschung zuordnen und weist somit eine vergleichsweise niedrige Evidenz auf (Tomlin & Borgetto, 2011) (→ Anlage 01). Der Befragung zufolge, die sich auf psychische Belastungen von Mitarbeitern der stationären Palliativversorgung bezieht, kann die Häufung von Todesfällen als sehr belastend empfunden werden (Müller et al., 2009). Dies ist ebenfalls ein Ergebnis der vorliegenden Studie, in welcher die Teilnehmerinnen angeben, dass es zu belastenden

Situationen durch das Versterben der Klienten kommt. Darüber hinaus können laut Müller et al. (2009) nicht erfüllte Ansprüche der Mitarbeiter zu psychischen Belastungen führen. Der Anspruch der Mitarbeiter der stationären Palliativversorgung ist laut Müller et al. (2009), dass Menschen in ihrer letzten Lebensphase ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität erreichen. Was laut Müller et al. (2009) einen hohen Anspruch darstellt, welcher häufig nicht erreicht werden kann. In Folge dessen kommt es häufig zu belastenden Situationen für die Mitarbeiter, welche sich auch in den Ergebnissen dieser Studie wiederfinden.

Laut Müller et al. (2009) folgt auf diese Belastungen das verstärkte Bedürfnis nach Kommunikation.

Hierbei lässt sich eine weitere Parallele zur vorliegenden Studie ziehen, da viele Teilnehmerinnen angaben, dass das interdisziplinäre Team zur Trauerbewältigung wichtig ist.

Laut der Studie von Müller et al. (2009) ist einer wertschätzenden Kommunikation innerhalb des Teams sowie dem Angebot regelmäßiger Supervisionen und Teambesprechungen zur Selbstfürsorge der Mitarbeiter ein besonders hoher Stellenwert beizumessen.

Auch die von Müller et al. (2009) ermittelten Schutzfaktoren wie Humor und Privatleben tauchen innerhalb der vorliegenden Forschungsarbeit auf. Demzufolge gibt es zwischen dieser Studie und den Ergebnissen von Müller et al. (2009) einige Gemeinsamkeiten auch durch den gemeinsamen Kontext, der stationären Palliativversorgung in Deutschland.

Viele Teilnehmerinnen der Studie nahmen aktuelle positive Entwicklungen in Bezug auf die zunehmende Professionalisierung der Ergotherapie in der stationären Palliativversorgung wahr. Innerhalb der durchgeführten Literaturrecherche lässt sich diese Entwicklung ebenfalls erkennen (→ Kapitel 2.8).

Ein Beispiel für die zunehmende Professionalisierung ist, dass die Ergotherapie seit 2016 als Sektion in der DGP vertreten ist und als Behandlung über eine

Komplexbehandlung abrechenbar ist (DIMDI, 2016). Die Teilnehmerinnen bemängelten jedoch, dass die Palliativversorgung nicht innerhalb ihrer Ausbildung thematisiert wurde(→ Kapitel 5.2).

Laut Empfehlungen des *DVE* (2016b) sollen Inhalte der Palliativversorgung in die Curricula von Berufsschulen und Hochschulen impliziert werden, da die Palliativversorgung als Fach in der aktuellen *Ergotherapeuten- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgThAPrV)* (1999) nicht explizit aufgeführt ist.

Allerdings bemerkten mehrere Teilnehmerinnen derzeit Bemühungen, die Thematik der Palliativversorgung stärker in die Ausbildung zu integrieren. Flächendeckend geschieht dies jedoch nicht, was von einigen Teilnehmerinnen beanstandet wurde.

Die Teilnehmerinnen äußerten, dass sie bereits diverse Fortbildungen besucht haben, um ihre Kompetenzen innerhalb der Palliativversorgung zu verbessern.

Eine Pilotstudie aus den USA zeigt, dass sich die Kompetenzen von Pflegern aus der stationären Palliativversorgung durch Weiterbildungen erweitern lassen (White, Roczen, Coyne & Wiencek, 2014). Die Pilotstudie befasste sich ebenfalls mit dem Erleben der Mitarbeiter der Palliativversorgung, weswegen die Inhalte der Studie mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie verglichen und bestärkt werden können.

International wird deutlich, dass die Ergotherapie in vielen Ländern bereits einen höheren Stellenwert innerhalb der interdisziplinären Palliativversorgung einnimmt als in Deutschland (OTA, 2015; CAOT, 2017). National entwickelt sich die Ergotherapie in diesem Tätigkeitsbereich mit dem Ziel weiter, mittel- bis langfristig ein fester Bestandteil der Palliativversorgung zu werden.

Anschließend werden die Stärken und Limitationen dieser Studie aufgezeigt und die Übertragbarkeit und Validität der gewonnenen Ergebnisse eingeschätzt.

5.4. Stärken der Studie

Das Gütekriterium **Verfahrensdokumentation** (Mayring, 2016) konnte in der Studie erfüllt werden, da der Forschungsprozess transparent beschrieben wurde und zur Nachvollziehbarkeit exemplarische Auszüge der Transkription und Analyse in → Anlage 10 aufgeführt wurden. Zusätzlich ist der Entscheidungspfad innerhalb des Analyseprozesses der Forscherinnen in → Anlage 11 dargestellt.

Auch das Gütekriterium **Regelgeleitetheit** (Mayring, 2016) wurde in der Studie erfüllt, da sich die Forscherinnen an bestehenden Verfahrensregeln, beispielsweise den Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) und den Ablaufmodellen für die induktive Inhaltsanalyse und Kategorienbildung nach Mayring (2016) orientierten. Demnach erfolgte der Transkriptions- und Datenauswertungsprozess regelgeleitet.

Die **Nähe zum Gegenstand** (Mayring, 2016) konnte erreicht werden, da als Forschungsmethode eine offene Erhebungsform in Anlehnung an das phänomenologische Forschungsdesign gewählt wurde. In den semistrukturierten Interviews stand die Perspektive der Teilnehmerinnen im Fokus. Vorannahmen der Forscherinnen wurden weitestgehend in den Hintergrund gestellt.

Die Erhebung der qualitativen Daten mithilfe eines semistrukturierten Leitfadens stellt nach Meinung der Forscherinnen eine geeignete Methode für das ausgewählte Forschungsthema dar. Durch die flexible Nutzung des Leitfadens und die offene Erzählform konnte die subjektive Sichtweise der Teilnehmerinnen in Anlehnung an die Phänomenologie erhoben werden.

Außerdem wurde die Nähe zum Gegenstand dadurch berücksichtigt, dass die Teilnehmerinnen bezüglich der jeweiligen Interviewform mitentscheiden konnten.

Durch die Rücküberprüfung des Transkriptionsmaterials durch die Teilnehmerinnen wurde das Gütekriterium **kommunikative Validierung** (Mayring, 2016) berücksichtigt. Diese führte zu einer Erhöhung der Glaubwürdigkeit dieser Studie.

Das Gütekriterium **Forschertriangulation** (Mayring, 2016) konnte in der Studie durch die gemeinsame Auswertung eines Interviews und der anschließenden engen kommunikativen Absprache der Forscherinnen ebenfalls erfüllt werden.

Die Forscherinnen sehen das Gütekriterium **Argumentative Interpretationsabsicherung** (Mayring, 2016) erfüllt, da aufgestellte Thesen bzw. Theorien durch entsprechende Referenzen argumentativ begründet wurden und direkte Zitate der Teilnehmerinnen als solche kenntlich gemacht wurden.

5.5. Limitationen der Studie

In der qualitativen Forschung zählt die Verfahrensdokumentation nach Mayring (2016) zu den allgemeinen Gütekriterien. Demzufolge werden an dieser Stelle die Limitationen der vorliegenden Studie offen dargestellt, um die Qualität der Studie einschätzen zu können.

Viele der für die vorliegende Studie verwendete Quellen sind in englischer Sprache verfasst. Da für die Forscherinnen Englisch eine Fremdsprache darstellt, können Übersetzungsfehler nicht komplett ausgeschlossen werden.

Wie in → Kapitel 3.5 aufgeführt, wurden die Teilnehmerinnen über ein unterschiedliches Samplingverfahren rekrutiert. Ziel dessen war die Befragung einer in bestimmten Merkmalen wie Geschlecht, Jahren an Berufserfahrung oder Berufsabschluss möglichst heterogenen Gruppe an Teilnehmerinnen.

Es stellte sich jedoch heraus, dass die Gruppe bzgl. Merkmalen wie beispielsweise dem Berufsabschluss und dem Geschlecht sehr homogen ist.

Dies entspricht jedoch den Daten des *DVE* (2016a). Laut einer Hochschulbefragung des *DVE* (2016a) sind 90 Prozent der Absolventen im Fach Ergotherapie im Jahr 2015 weiblich. Zudem sind laut der Hochschulbefragung nur 4 Prozent der Absolventen akademisch ausgebildet. Im Jahr 2015 erhielten folglich nur 4 Prozent der Ergotherapie-Absolventen einen Bachelorabschluss. Die vom *DVE* angestrebte

Akademisierung des Fachbereichs Ergotherapie schreitet demzufolge langsam voran (DVE, 2016a).

Daraus geht hervor, dass die Teilnehmerinnen Ergotherapeuten in Deutschland bezüglich des Berufsabschlusses und des Geschlechts widerspiegeln. Es bleibt offen, ob männliche Teilnehmer oder Teilnehmer mit einem Bachelorabschluss andere Berufskompetenzen genannt hätten oder ob sie diese anders erlebt hätten.

Zwar konnten die Teilnehmerinnen die Ergebnisse, wie in → Kapitel 3.7.1 aufgeführt, im jeweiligen Transkript überprüfen und ggf. Änderungen oder Ergänzungen an diesem vornehmen. Durch die zeitlichen Rahmenbedingungen dieser Studienarbeit war eine abschließende **kommunikative Validierung** der Studienresultate durch die Teilnehmerinnen jedoch nicht möglich. Daher verzichteten die Forscherinnen auf eine Rücküberprüfung der Resultate.

Eine weitere Limitation dieser Forschungsarbeit besteht darin, dass keine Methodentriangulation (Mayring, 2016) erfolgte. Durch Beobachtungen der Forscherinnen im jeweiligen Arbeitskontext der Teilnehmerinnen wären eventuell differenziertere Resultate möglich gewesen. Aufgrund der zeitlichen und örtlichen Rahmenbedingungen der Studie wurde von dieser Form der Triangulation abgesehen.

Das subjektive Erleben der Teilnehmerinnen bezüglich der Berufskompetenzen wurde nur teilweise ermittelt. Ein Grund ist, dass sich die Fragen aus dem Interviewleitfaden auf das allgemeine subjektive Erleben der Teilnehmerinnen in ihrem Arbeitskontext bezogen, dabei jedoch nicht konkret auf die individuellen Berufskompetenzen eingegangen wurde. Dadurch konnte die dritte Leitfrage nur teilweise beantwortet werden.

5.6. Übertragbarkeit der Resultate

Laut Mayring (2016) lassen sich in qualitativer Forschung gewonnene Studienresultate nicht automatisch verallgemeinern. Demzufolge ist es wichtig, zu begründen, weshalb die Ergebnisse auch auf andere Kontexte übertragbar sind (Mayring, 2016).

Wie in → Kapitel 3.7.1 beschrieben, stammen die Teilnehmerinnen aus vier verschiedenen Bundesländern innerhalb Deutschlands. Zwar wurden Unterschiede aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen deutlich, dabei konnte jedoch keine Abhängigkeit vom jeweiligen Bundesland festgestellt werden.

Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass die Resultate für Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung innerhalb Deutschlands relevant und auf deren Arbeitskontext übertragbar sind. Zur Validierung dieser Aussage sehen die Forscherinnen weiteren qualitativen und quantitativen Forschungsbedarf.

Da in der vorliegenden, qualitativen Studie die Erfahrungen und das individuelle Erleben einzelner Teilnehmerinnen im Fokus stehen, war es nicht Ziel der Studie, eine Repräsentativität der Resultate für die Gesamtpopulation anzustreben.

5.6.1. Hospize und Palliativstationen

Innerhalb der Studie wurden neun Teilnehmerinnen befragt, die auf Palliativstationen tätig sind sowie eine Teilnehmerin, die in einem Hospiz arbeitet.

Dabei wurden innerhalb der Resultate Unterschiede zwischen den auf Palliativstationen tätigen Teilnehmerinnen und der Ergotherapeutin aus dem Hospiz bezüglich institutioneller Rahmenbedingungen deutlich.

Da Hospize jedoch ebenfalls zu den stationären palliativen Einrichtungen zählen, sind die ermittelten Berufskompetenzen für den ergotherapeutischen Tätigkeitsbereich im Hospiz relevant und übertragbar. Diesbezüglich besteht allerdings weiterer Forschungsbedarf, um die Übertragbarkeit validieren zu können.

Wie in → Kapitel 2.2.2 und 2.3.2 aufgeführt, unterscheiden sich Hospize und Palliativstationen unter anderem in ihrer Zielsetzung. Das Ziel von Palliativstationen besteht darin, den Klienten wieder zu entlassen (Husebø & Klaschik, 2006). Dies schließt auch die Hilfsmittelversorgung der Klienten ein. In einem Hospiz dagegen lebt der Klient in der Regel bis zu seinem Versterben (Husebø & Klaschik, 2006).

5.6.2. Betätigungsorientierung im Hospiz

Aus den Studienresultaten geht hervor, dass die Betätigungsorientierung sowohl in Hospizen als auch auf Palliativstationen Anwendung finden kann. In der Datenerhebung wurde deutlich, dass Ergotherapeuten auch in Hospizen die Möglichkeit haben, mit ihren Klienten sehr betätigungs- und kontextbasiert zu arbeiten, beispielsweise durch Kochen in der Therapieküche.

Laut Stein (2018) findet Ergotherapie im Hospizsetting überall dort statt, wo der Klient lebt und sich aufhält, also in der direkten Lebenswelt des Klienten. Demnach belegt der Fokus auf die Ermöglichung von Betätigung die Besonderheit der Ergotherapie in diesem Kontext (Stein, 2018).

5.6.3. Ambulante Palliativversorgung

Die Umsetzung der Betätigungsorientierung ist ebenfalls für die ambulante Palliativversorgung durch Ergotherapeuten möglich. Laut Eichner, Hornke & Sitte (2018) beinhaltet ambulante Palliativversorgung die Betreuung der Klienten in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung. Demzufolge können Ergotherapeuten durch die Befähigung des Klienten zu Betätigung innerhalb seiner direkten Lebenswelt einen wertvollen Beitrag leisten (Deimel, 2011).

Aus den ermittelten Berufskompetenzen für den stationären, palliativen Kontext ergibt sich aufgrund der ähnlichen Arbeits- und Aufgabeninhalte eine Relevanz für die ambulante Palliativversorgung.

Aufgrund bestehender Unterschiede zur stationären Palliativversorgung (→ Kapitel

2.4.1 und 2.4.2) sind die vorliegenden Resultate jedoch nicht direkt auf dieses Setting übertragbar, wodurch sich weiterer Forschungsbedarf ergibt. Dieser ist zudem notwendig, da die Literaturrecherche überwiegend für die stationäre Palliativversorgung durchgeführt wurde.

5.6.4. Seniorenpflegeeinrichtungen

Neben Palliativstationen und Hospizen ist es laut *ALPHA* (2017) ebenfalls notwendig, die Palliativversorgung in Seniorenpflegeeinrichtungen zu etablieren. Diese stellen gemäß *ALPHA* (2017) aufgrund des demografischen Wandels immer häufiger einen Sterbeort dar (Dasch et al., 2015) (→ Kapitel 2.5).

Dadurch entwickelten viele Seniorenpflegeeinrichtungen in den letzten Jahren Konzepte zur Palliativversorgung für ihre Einrichtung (ALPHA, 2017).

In der vorliegenden Studie wurden in Seniorenpflegeeinrichtungen tätige Ergotherapeuten aufgrund der verschiedenen Rahmenbedingungen als Ausschlusskriterium festgelegt (→ Kapitel 3.5).

Die Forscherinnen vermuten jedoch, dass es aufgrund des in Seniorenpflegeeinrichtungen vertretenen palliativen Ansatzes Parallelen bezüglich der erforderlichen Berufskompetenzen und dem Erleben dieser von Ergotherapeuten gibt.

Diesbezüglich ist weiterer Forschungsbedarf erforderlich, um weitere Parallelen und Unterschiede zu diesem Arbeitsbereich ermitteln zu können.

5.6.5. Internationaler Kontext

Wie in → Kapitel 5.2 aufgeführt, bestehen zwischen den Resultaten der Studie und der verwendeten internationalen Literatur, wie den *Essential Competencies* (ACOTRO, 2011), Gemeinsamkeiten.

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Studienresultate aufgrund der in → Kapitel 2.3 genannten unterschiedlichen Rahmenbedingungen und akademischen und berufspolitischen Entwicklungen nicht direkt auf den internationalen Raum

übertragen werden können. International ist demzufolge weiterer Forschungsbedarf gegeben, um die Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in der Palliativversorgung zu erfassen.

6. Schlussfolgerung

Durch diese Studie konnten einerseits die qualitativ erhobenen Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung und andererseits Anteile des subjektiven Erlebens dieser Kompetenzen ermittelt werden.

Aus den ermittelten komplexen und als ganzheitlich zu betrachtenden Berufskompetenzen und ihrem Erleben geht hervor, dass in der Palliativversorgung tätige Ergotherapeuten innerhalb ihres professionellen Handelns stark gefordert sind.

Die Berufskompetenzen sollen demnach als ein Kompetenzprofil für Ergotherapeuten in diesem Kontext verstanden werden. An dieser Stelle betonen die Forscherinnen, dass die vorliegenden Studienresultate noch kein vollständiges Kompetenzprofil für Ergotherapeuten in der Palliativversorgung innerhalb Deutschlands abbilden und daher als vorläufig zu betrachten sind.

Zudem können die Resultate eine Orientierung und Hilfestellung für die eigene Berufspraxis von Ergotherapeuten bieten, die im palliativen Kontext tätig sind oder sich für diesen interessieren. Dadurch kann die Selbstreflexion von Ergotherapeuten und deren kontinuierliche Kompetenzentwicklung als lebenslanger Lernprozess unterstützt werden.

Auch soll die Studie dazu beitragen, die Profession der Ergotherapie in dem Handlungsfeld der stationären Palliativversorgung durch die Kompetenzbeschreibungen intra- und interprofessionell transparenter darzustellen.

Die Forscherinnen gehen zwar davon aus, dass die ermittelten Berufskompetenzen auch für andere Ergotherapeuten in der stationären Palliativversorgung innerhalb Deutschlands zutreffen. Da sich diese Studie jedoch auf das subjektive Erleben und die Erfahrungen einzelner Ergotherapeuten bezieht, ist weitere Forschung notwendig, um die Vollständigkeit und Übertragbarkeit der Resultate zu überprüfen.

Als weiterführende Studie wäre eine quantitative Erhebung möglich, um die Validität der im Rahmen dieser Bachelorarbeit qualitativ ermittelten Berufskompetenzen mithilfe einer größeren Stichprobe zu untersuchen.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Durchführung einer deskriptiven Studie, um erfassen zu können, in welchen Kontexten der Palliativversorgung Ergotherapeuten innerhalb Deutschlands arbeiten und wo aktuell noch ein erhöhter ergotherapeutischer Bedarf besteht.

Anteile der Studienresultate wie beispielsweise die Kategorie Betätigungsorientierung heben das Alleinstellungsmerkmal bzw. die Besonderheit der Ergotherapie in der Palliativversorgung hervor. Da die Umsetzung der Betätigungsorientierung neben Palliativstationen auch in Hospizen möglich ist, ist es in Zukunft vorstellbar und wünschenswert, die ergotherapeutische Palliativversorgung auch in stationären Hospizen zu etablieren.

Die Studienresultate zeigen auf, dass besonders in der Palliativversorgung die Interdisziplinarität einen unverzichtbaren Baustein des therapeutischen Arbeitens darstellt und es dadurch zu Überschneidungen innerhalb des Handelns sowie der Berufskompetenzen im interdisziplinären Team kommen kann.

Einige der ermittelten Berufskompetenzen beziehen sich demnach nicht ausschließlich auf die Ergotherapie, sondern sind auch auf andere Disziplinen innerhalb der stationären Palliativversorgung übertragbar.

Wie in → Kapitel 5 beschrieben, sind die Resultate ebenfalls für Ergotherapeuten in Seniorenpflegeeinrichtungen oder der ambulanten Palliativversorgung relevant. Diesbezüglich ist jedoch weiterer Forschungsbedarf notwendig, um gegebenenfalls weitere Kompetenzen für diese Kontexte zu ergänzen und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede bezüglich dieser ermitteln zu können.

Die Forscherinnen sind sich darüber bewusst, dass der Bereich der Palliativversorgung für die Ergotherapie insbesondere in Deutschland, aber auch im internationalen Raum,

beispielsweise in Kanada und Australien, noch weiter erschlossen werden muss.

Die Recherche- und Studienergebnisse zeigen auf, dass die Palliativversorgung für Ergotherapeuten in Deutschland und international ein relevantes, aber noch nicht ausreichend etabliertes Arbeitsfeld darstellt.

Demzufolge besteht weiterer Forschungsbedarf für den nationalen und internationalen Raum.

Bezüglich des weiteren Erschließens des Handlungsfeld für Ergotherapeuten in Deutschland, ist eine Implementierung von palliativem Basiswissen während der Ausbildung oder des Studiums von Ergotherapeuten notwendig.

Diesbezüglich gibt es bereits einen ersten Implementierungsversuch des Moduls „*Palliative Care*“ in das Curriculum einer Berufsfachschule für Ergotherapie in Deutschland.

Aus der durchgeführten Literaturrecherche und den Resultaten geht hervor, dass derzeit ein erhöhter Professionalisierungsbedarf von Ergotherapeuten im palliativen Handlungsfeld besteht.

Demzufolge ist ein erweitertes Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten für Ergotherapeuten erforderlich, die in diesem Kontext tätig sind oder sich für diesen interessieren. Dabei sollten diese Weiterbildungen intra- und interdisziplinäre Themen beinhalten.

Aus den Resultaten geht zudem das Bedürfnis vieler Teilnehmerinnen nach einer einrichtungsübergreifenden Kooperation mit anderen Ergotherapeuten aus der Palliativversorgung hervor. Durch einen interprofessionellen Zusammenschluss, beispielsweise in Form von Arbeits- oder Projektgruppen, kann die Ergotherapie im Handlungsfeld der Palliativversorgung gestärkt und deren Bekanntheitsgrad erhöht werden.

Die bestehende Projektgruppe „*Palliativversorgung*“ des DVE kann diesbezüglich eine wichtige Unterstützung bieten.

Literaturverzeichnis

- Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizversorgung und Angehörigenbegleitung (ALPHA) (2017). *Pflegeheim*. Abgerufen von <https://alpha-nrw.de/hospizkultur-und-palliativversorgung-in-pflegeeinrichtungen-in-nrw/>.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) & Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH) (2015). *Leitlinienprogramm Onkologie. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*. Abgerufen von <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/128-001OL.html>
- Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations (ACOTRO, (2011). *Essential Competencies of Practice for Occupational Therapists in Canada*. (3rd edition).
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (1999). *Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – ErgThAPrV* Abgerufen von <https://www.gesetze-im-internet.de/ergthapr/ergthaprV.pdf>
- Bacchetto, A., Nyffenegger, M., & Späth, A. (2015). Ergotherapie in der Palliativ Care – Einfluss von unheilbaren Erkrankungen auf die Betätigung. *Ergoscience*, 10 (1), 13-20. Doi: 10.2443

- Bausewein, C. (2018a). Aktuelle Situation und Perspektive für Deutschland. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt*. (S. 21). Idstein: Schulz- Kirchner.
- Bausewein, C. (2018b). Geschichte und Entwicklung. In E. v.d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.), *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt*. (S.15-16). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bausewein, C. (2018c). Weiterentwicklung palliativmedizinischer Konzepte. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt*. (S. 19-20). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bausewein, C. & Wagner, L., (2014). Stationäre Hospize und Palliativstationen: Aktueller Stand und Entwicklungspotenziale stationärer Versorgungsstrukturen. *Die Hospizzeitschrift*, 16 (62), 14–17.
- Bertelsmann Stiftung (2015). *Palliativversorgung Modul 3: Überversorgung kurativ, Unterversorgung Palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungsverfahren am Lebensende*. Abgerufen von https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf
- Boyt Schell, B.A. & Schell, J. W. (2008). Professional Reasoning as the basis of practice. In B. A Boyt Schell & J. W. Schell (Hrsg.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy* (S. 3-12). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Broom, A., & Kirby, E. (2013). The end of life and the family: Hospice patients' views on dying as relational. *Sociology of health & illness*, 35 (4), 499–513.
Doi:10.1111
- Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) (2017). Einwilligung. §51, Abs. 4 (S. 30).
- Burkhart, A., Ivy, M., Kannenberg, K. R., Low, J. F., Marc-Aurel, J., & Youngstrom, M. J. (2011). The role of occupational therapy in end-of-life care. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 66-75. Doi: 10.5014
- Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) (2012). *Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada*. Abgerufen von <https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf>
- Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) (2017). *CAOT: Position Statement: Occupational therapy and end-of-life-care*. Abgerufen von https://www.caot.ca/document/6130/PS_EndofLife.pdf
- Champion, N., Medigovich, K., & Morrison, P. (2015). Exploring why some terminally ill people die in hospital when home was their preferred choice. *Australian Journal of advanced nursing*, 33 (2), 6–12.
- Cohen, J., Pivodic, L., Miccinesi, G., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Naylor, W. A., Wilson, D. M ... Deliens, L. (2015). *International study of the place of death of people with cancer: A population-level comparison of 14 countries across 4 continents using death certificate data*. *British journal of cancer*, 113 (9), 1397–1404. Doi:10.1038

- Dasch, B., Blum, K., Gude, P., & Bausewein, C. (2015). Sterbeorte: Veränderung im Laufe eines Jahrzehnts. *Deutsches Ärzteblatt*, 112, (29-30), 496-504. Doi: 10.3238
- Deimel, V. (2011). Ergotherapie in der Palliativversorgung Erwachsener. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 4, 17-21. Doi: 0.2443
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) (2008). *Palliativ Care*. Abgerufen von <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/downloads/080915%20Solid%20Facts%20Deutsche%20Endfassung.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) (2009). *SAPV-Glossar*. Abgerufen von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV_Glossar_DGP_DHPV_15_01_2009.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) (2016). *Sektion Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie*. Abgerufen von <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-physiotherapie.html>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) (2017). *Hospiz- und Palliativversorgung 2016 in Deutschland*. Abgerufen von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Bericht_Wegweiser_2016.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutscher Hospiz und Palliativverband e.V. (DHPV), & Bundesärztekammer [BÄK] (Hrsg.). (2016). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. *Heilberufe*. Berlin

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) (2013). *Ehrenamt unverzichtbar für die Hospiz- und Palliativarbeit*. Abgerufen von http://www.dhpv.de/presseerklaerung_detail/items/ehrenamt-unverzichtbar-fuer-die-hospiz-und-palliativarbeit.html

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) (2018). *Zahlen und Fakten*. Abgerufen von https://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hrsg.). (2008). *Ergotherapie im Profil*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hrsg.). (2013). *Selbstbestimmt handeln bis zuletzt. Ergotherapie im Bereich Palliative Care*. Karlsbad: DVE.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hrsg.). (2016a). DVE-Hochschulbefragung 2015. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 55 (11), 6-7.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hrsg.). (2016b). *Empfehlungen des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e. V. zur Einrichtung primärqualifizierender ergotherapeutischer Studiengänge*. Abgerufen von <https://dve.info/aus-und-weiterbildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung/empfehlungen-zur-einrichtung-von-studiengaengen/file>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hrsg.). (2018). *Kompetenzprofil Ergotherapie- ein Diskussionspapier*. Karlsbad.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Abgerufen von http://www.soziale-initiative.net/wp-content/uploads/2013/09/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2016). *OPS Version 2017*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2017/block-8-97...8-98.htm#code8-98h>

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2013). *Krebsstatistiken*. Abgerufen von <https://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php>

Diakonie (2016). *Wissen kompakt Hospiz und Palliativ*. Abgerufen von https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Wissen_kompakt_PDF/2016_Wissen_kompakt_Hospiz_und_Palliativ.pdf.

Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. (8.Aufl.). Marburg: Eigenverlag.

Eichner, E., Hornke, I., & Sitte, T. (Hrsg.) (2014). *Ambulante Palliativversorgung*. Fulda: Deutscher PalliativVerlag.

European Association for Palliative Care (EAPC) (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16 (6), 278–289.

- Feiler, M. (2007). Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Fundament für die ergotherapeutische Praxis. In C. Scheepers (Hg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (3. Aufl.) (S.138-143). Stuttgart: Thieme.
- Fellows, S. (2014). Lets go together collaboration in end of life care. *International Journal of Therapy an Rehabilitation*, 21 (7), 307.
- Fisher, K. (2006). Specialist palliative care for patients with non-cancer diagnosis. *Nursing standard*, 21 (4), 44–47. Doi:10.7748
- Fisher, A. (2018). Einführung. In A. G. Fisher (Hrsg.). *OTIPM- Occupational Therapy Intervention Process Modell. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsorientierter Top-down-Intervention* (S.15- 24). (2.Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Förster, A. & Kirsch, G. (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care- Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S. 217-228). Idstein: Schulz- Kirchner.
- Förster, A. (2018a). Palliative Care – ein Handlungsfeld für Ergotherapeuten. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S. 49-50). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Förster, A. (2018b). Trauerprozesse verstehen und begleiten. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S. 178-179). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Förster, A. (2018c). Implementierung des Moduls „Ergotherapie in der Palliative Care“ in das Curriculum einer Berufsfachschule für Ergotherapie. In E. v. d. Berge, A.

- Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S. 217-218). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Freeman, S., Heckman, G., Naus, P. J., & Marston, H. R. (2013). Breaking Down Barriers: Hospice Palliative Care as a Human Right in Canada. *Educational Gerontology*, 39 (4), 241–249. Doi: .10.1080/03601277.2013.750930
- Gail, E., & Deidre, M. (2018). Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. *Palliative Medicine*, 32 (5), 960-968. Doi: 10.1177/0269216318758928
- Glajchen, M., Berkman, C., Otis-Green, S., Stein, G. L., Sedgwick, T., Bern-Klug, M., ... Portenoy, R. K. (2018). Defining Core Competencies for Generalist-Level Palliative Social Work. *Journal of Pain and Symptom Management*. Doi: 0.1016
- Goldsbury, D. E., O'Connell, D. L., Girgis, A., Wilkinson, A., Phillips, J. L., Davidson, P. M., & Ingham, J. M. (2015). Acute hospital-based services used by adults during the last year of life in New South Wales, Australia: A population-based retrospective cohort study. *BMC health services research*, 15, 537. Doi:10.1186
- Götsch, K. (2015). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In: Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.). *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S.2-9). Stuttgart: Thieme

- Hammill, K.A. (2014). *A national survey of occupational therapists working with people living with terminal illness: Profile, role, context, professional reasoning and challenges* (Dissertation). University of Western Sydney, Sydney.
- Hammill, K., Bye, R., & Cook, C. (2014). Occupational therapy for people living with a life-limiting illness: a thematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 77 (11), 582- 589. Doi: 10.4276
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten* (4.Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hennebühl, C. (2018). Organisationsformen. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S. 22-28). Idstein: Schulz- Kirchner.
- Hess, S., Stiel, S., Hofmann, S., Klein, C., Lindena, G., & Ostgathe, C. (2014). Trends in specialized palliative care for non-cancer patients in Germany--data from the national hospice and palliative care evaluation (HOPE). *European journal of internal medicine*, 2, 187–192. Doi:10.1016/.2013.11.012
- Hui, D., de La Cruz, M., Masanori, P., Kwon, J., & Torres-Vigil, I., (2013). Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21 (3), 659–685. Doi:10.1007

- Husebø, S., & Klaschik, E. (2006). *Palliativmedizin Grundlagen und Praxis* (4. aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer Medizin
- Keesing, S., & Rosenwax, L. (2013). Establishing a role for occupational therapists in end-of-life care in Western Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 370-373. Doi:10.1111/14401630.12058
- Kirsch, G. (2018). Der ergotherapeutische Prozess. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S. 54-64). Idstein: Schulz- Kirchner.
- Klieme, E. (2004). Begründung, Implementation und Wirkung von Bildungsstandards: Aktuelle Diskussionsleitlinien und empirische Befunde. *Zeitschrift für Pädagogik*, 50 (5), 625-634.
- Kübler-Ross, E., & Student, J.-C. (Hrsg.). (2014). *Interviews mit Sterbenden. Was Menschen bewegt*. Freiburg im Breisgau: Kreuz.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Lima, L. de, & Pastrana, T. (2016). Opportunities for Palliative Care in Public Health. *Annual review of public health*, 37, 357–374. Doi:10.1146
- Mayring, P (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Miesen, M. (2008). Definition Ergotherapie. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten

- e. V. (Hrsg.), *Ergotherapie im Profil* (S. 8-9). Karlsbad.
- Moens, K., Higginson, I. J., & Harding, R. (2014). Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 48 (4), 660–677. Doi:10.1016
- Müller, M., Pfister, D., & Jaspers, B. (2009). *Wie viel Tod verträgt ein Team. Befragung der Palliativstationen in Deutschland zu Belastungsfaktoren, Belastungssymptomen und Schutzfaktoren im Umgang mit dem Tod*. Abgerufen von http://www.monikamueller.com/pdf/06_Wie%20viel%20Tod%20vetrgt%20ein%20Team.pdf.
- Murad, M. S., Idris, S. N. H., Kannan, C., & Danis, A. (2016). Impact of Occupationally Based Intervention Program in Relation to Quality of Life of Spinal Injury People. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 222, 442–449. Doi:10.1016
- Occupational Therapist Australia (OTA) (2015). *Position Paper: Occupational therapy in palliative care*. Abgerufen von <https://www.otaus.com.au/sitebuilder/advocacy/knowledge/asset/files/21/positionpaperoccupationaltherapyin%20palliativecare%5Baugust2015%5D-occupationaltherapyaustralia.pdf>
- Opdenakker, R. (2006). Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 7 (4). Abgerufen von <http://www.qualitativeresearch.net.zuyd.idm.oclc.org/index.php/fqs/article/view/175>.

- Pearson, E. J. M., Todd, J. G., & Fitcher, J. M. (2007). How can occupational therapists measure outcomes in palliative care? *Palliative medicine*, 21 (6), 477–485.
Doi:10.1177
- Perkhofer, S., Gebhart, V., Tucek, G., Wertz, F. J., Weigl, R., Ritschl, V, ... Heimerl, K. (2016). Qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 68-124). Berlin Heidelberg: Springer.
- Pixabay, (2018). *Pustelblume, Löwenzahn, Himmel, Blume, Natur, Samen*. Abgerufen von <https://pixabay.com/de/pustelblume-l%C3%B6wenzahn-himmel-blume-463928/>
- Pflegemarkt (2017). *Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland*. Abgerufen von <https://www.pflegemarkt.com/2017/09/20/hospiz-und-palliativversorgung-in-deutschland/>
- Pizzi, M. A. (2004). Occupational and physical therapy in hospice. The facilitation of meaning, quality of life, and well-being. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 20 (2), 12-130.
- Psyhyrembel-Online. (2016a). *Kurativ*. Abgerufen von <https://www.psyhyrembel.de/kurativ/K0CD2/doc/>
- Psyhyrembel-Online. (2016b). *Rehabilitation*. Abgerufen von <https://www.psyhyrembel.de/Rehabilitation/K0JLA/doc/>

- Rémi, C. (2017). *Palliative Care Geschichte und Entwicklung*. Abgerufen von http://media.dav-medien.de/sample/9783769268003_p.pdf.
- Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm. (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 62-63). Berlin Heidelberg: Springer.
- Roulston, E. (2018). Canadians' Views on Palliative Care. *Journal of palliative medicine*, 21 (11), 9-14.Doi:10.1089
- Saunders, D. C., (1996). Hospice. *Mortality*, 1 (3), 317–322.
- Saunders, D.C., (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41, 7–13.
- Saunders. D.C., (2002). Hospice: a global network. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95 (468).
- Schnettke, R. & Laufer, A. (2006). *Berufskompetenzen der Ergotherapie – Eine Studie zur Ermittlung von Kompetenzen, die in Deutschland tätige Ergotherapeuten in ihrem Berufsalltag benötigen.* (Bachelorarbeit). Abgerufen von https://infonet.hszuyd.nl/files/grp_bibliotheek/Heerlen/Ergo/Scripties/2006/Berufskompetenzen.pdf
- Schulze, C. (2018). Entwicklung der Ergotherapie im Bereich Palliative Care. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S. 51-53). Idstein: Schulz- Kirchner.

- Sozialgesetzbuch. (SGB) Fünftes Buch (V). *Gesetzliche Krankenversicherung - BGBI. I S. 2477) § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen. SGB V*. Abgerufen von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___39a.html.
- Stein, F. & Förster, A. (2018). Interview mit Friederike Stein – Eine Ergotherapeutin im Hospiz. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S. 169-172). Idstein: Schulz- Kirchner.
- Straka, G. A (2000). Lernen unter informellen Bedingungen. In Bosch, G. et al. (Hrsg.). *Lernen im Wandel – Wandel durch Lernen*. Münster: Waxmann.
- Sumsion, T. (2002). Übersicht über klientenzentrierte Praxis. In T. Sumsion (Hrsg.). *Klientenzentrierte Ergotherapie* (S. 6). Stuttgart: Thieme.
- Thiebes, K. (2008). Arbeitsfelder. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hrsg.), *Ergotherapie im Profil*, (S. 22). Karlsbad.
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011) Research Pyramid: A new evidence based practice Model for Occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189–196. Doi: 10.5014
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In E. A. Townseind., & H. Polatajko (Hrsg.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (second edition). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

- Townsend, E.A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (second edition). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Universität Konstanz. (2015). *Moralische Kompetenz-Tests (MKT)*. Abgerufen von <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/mut/MJT-d-kurz.htm>
- Von dem Berge, E., & Förster, A. (2018). Ergotherapie in der letzten Lebensphase. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S. 150-153). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Von dem Berge, E., Kirsch, G. & Förster, A. (2018). Ergotherapeutische Interventionen. In E. v. d. Berge, A. Förster & G. Kirsch (Hrsg.). *Ergotherapie in der Palliative Care – Selbstbestimmt handeln bis zuletzt* (S.87- 127). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Walkenhorst, U., Stüve, B. (2004). Qualitätsanforderungen an die Ergotherapie. In M. Miesen (Hrsg.), *Berufsprofil Ergotherapie* (S.205-209). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Wegweiser Hospiz und Palliativversorgung in Deutschland (2018). Abgerufen von <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de/angebote/erwachsene/3-palliativstationen>
- Weigl, R. (2016). Quantitative Messverfahren. In V. Ritschl, R. Weigl & T. A. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 137–206). Berlin, Heidelberg: Springer
- Wertz, F.J (1987). Phänomenologie (R. Weigl, Übers.). (2016). In V. Ritschl, R. Weigl &

- T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S.69-78). Berlin Heidelberg: Springer.
- White, K. R, Roczen, M. L., Coyne, P. J, & Wiencek, C. (2014). Acute and Critical Care Nurses' Perceptions of Palliative Care Competencies: A Pilot Study. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45 (6): 265-277. Doi:10.3928
- Wilson, D. M., Truman, C. D., Thomas, R., Fainsinger, R., Kovacs-Burns, K., Froggatt, K., & Justice, C. (2009). The rapidly changing location of death in Canada, 1994-2004. *Social science & medicine*, 68 (10), 1752–1758. Doi:10.1016
- World health organisation (WHO) (1998). *Health promotion Glossary*. Abgerufen von <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World health organisation (WHO) (2002). *Neue Definition von Palliative Care*. Abgerufen von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002
- Yu, M., Guerriere, D. N., & Coyte, P. C. (2015). Societal costs of home and hospital end-of-life care for palliative care patients in Ontario, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 23 (6), 605–618. Doi:10.1111

Glossar

Argumentative Interpretationsabsicherung

Laut Mayring (2016) zählt diese zu den sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung. Interpretationen sollten Mayring (2016) zufolge immer argumentativ begründet, Interpretationen schlüssig aufgebaut, Brüche erklärt und Alternativdeutungen gesucht werden.

Betätigung

Betätigung umfasst jegliche Aktivität und Aufgabe des täglichen Lebens, denen vom Individuum Bedeutung und Zweck beigemessen werden. Betätigung stellt ein Grundbedürfnis des Menschen dar und ist sehr individuell (Förster, 2018a).

Empowerment

Empowerment ist ein Prozess, durch den Menschen durch Handlungen und größere Kontrolle über ihre Entscheidungen erlangen, was ihre Gesundheit beeinflusst (WHO, 1998).

Enablement

Das Enablement (Befähigung) richtet den Fokus auf Betätigung, die Kerndomäne der Ergotherapie. Befähigung ist ein Kernbereich der Ergotherapie (Townsend & et al., 2013). Ergotherapie ist eine Möglichkeit, Menschen zum Beteiligt-Sein oder in das Eingebunden-Sein von Betätigung zu befähigen (Towsend & et al., 2013).

Finalphase

„In der Finalphase ist der Eintritt des Todes in absehbarer Zeit zu erwarten, das heißt in wenigen Stunden bis zu einem Tag“ (Jonen-Thielemann, 2008, zitiert nach Von dem Berge, Förster, 2018, S. 150).

Induktiv

Die Theorienbildung und Generierung neuer Hypothesen erfolgt induktiv, das heißt aus den erhobenen Einzelfällen der Studienteilnehmer werden allgemeine Aussagen abgeleitet (Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016).

Interdisziplinarität

Die strukturierte Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Berufsgruppen (Synonym: Professionen) innerhalb eines Teams wird als multiprofessionelles Arbeiten verstanden. (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH) (2015).

Klient

Unter dem Begriff Klient wird nicht ausschließlich die behandelnde Person verstanden, sondern nach Townsend und Polatajko (2013) auch weitere:

- Personen, die Probleme in der Betätigungsausführung oder der Teilhabe an Betätigungen haben;
- Bezugspersonen (Zugehörige) solcher Personen, die für sie sprechen können;
- Institutionen, die für Personen mit Betätigungsproblemen zuständig sind.

ACOTRO (2011) definiert den Begriff als individuelle Person, Gruppe, Gemeinschaft oder Organisation, die professionelle Dienstleistungen, Produkte oder Informationen erhält. Der Klient ist der direkte Empfänger einer ergotherapeutischen Dienstleistung.

Klientenzentrierung

Sumsion (2002) versteht unter dem Begriff eine wertschätzende Zusammenarbeit und Partnerschaft zwischen Klient und Therapeut. Die Betätigungsanliegen und Bedürfnisse des Klienten stehen im Fokus der Behandlung. Der Therapeut begegnet dem Klienten

mit Empathie und Respekt. Die Intervention wird so adaptiert, dass sie den Bedürfnissen des Klienten gerecht wird. Der Klient ist während des gesamten Therapieprozesses möglichst aktiv beteiligt und trifft autonome Entscheidungen.

Kollaborativ

„Collaborate“ zählt laut Townsend und Polatajko (2013) zu den *Enablement Skills* und bedeutet gemeinsam mit dem Klienten zu arbeiten. Der Klient und der Therapeut stehen dabei auf Augenhöhe. Das bedeutet unter anderem, dass die Expertise des Klienten genauso wichtig ist wie die Expertise des Therapeuten (Townsend & Polatajko, 2013).

Kommunikative Validierung

Die Ergebnisse eines Interviews werden den befragten Personen (erneut) vorgelegt und mit ihnen diskutiert (Mayring, 2016). Dies kann ein wichtiges Instrument zur Ergebnisabsicherung sein (Mayring, 2016).

Kurativ

„Heilend, auf Heilung ausgerichtet“ (Psyhyrembel-Online, 2016a)

Lebensqualität

„Die für ihn wesentlichen Komponenten von Lebensqualität und deren Priorisierung bestimmt der Patient selbst. Sie konstituiert sich aus allen individuell denkbaren Faktoren und geht über das Erleben krankheitsassoziierter Aspekte hinaus. Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist die subjektive Selbsteinschätzung von Individuen oder Gruppen im Hinblick auf die Zufriedenheit zu physischen, psychischen, sozialen und alltagsnahen Aspekten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit. Sie erfasst nicht die äußeren Faktoren, die Lebensqualität bestimmen bzw. bedingen. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität existieren psychometrisch geprüfte und normierte Messinstrumente.“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen

Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)– Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH) (2015), S. 24)

Moralische Urteilsfähigkeit

Moralische Urteilsfähigkeit wird von Kohlberg (1964) definiert als „das Vermögen, Entscheidungen und Urteile zu treffen, die moralisch sind, das heißt, auf inneren Prinzipien beruhen und in Übereinstimmung mit diesen Urteilen zu handeln.“ (Kohlberg 1964, zitiert nach Universität Konstanz, 2015).

Palliativversorgung

Palliativversorgung bzw. *Palliative Care* ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Klienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (WHO, 2002).

Partizipation

Partizipation (Teilhabe) bedeutet das Einbezogensein in eine Lebenssituation (DIMDI, 2005).

Performanzfertigkeit

Aktionen, kleinste beobachtbare Einheiten von Betätigung (Fisher, 2014).

Professional Reasoning

„All die Gedanken und Strategien – der gesamte Prozess, der den ergotherapeutischen Prozess begleitet.“ (Feiler 2007, S. 138).

Der Begriff Professional Reasoning (Boyt Schell & Schell, 2008) wird in dieser

Bachelorarbeit genutzt, da dieser Begriff den Reasoningprozess auch in nicht medizinischen bzw. klinischen Kontexten umfasst.

Rehabilitation

„Nach dem Verständnis der Vereinten Nationen ein Prozess, der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderungen ihr optimales physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches und/oder soziales Funktionsniveau erreichen und aufrecht erhalten, indem ihnen Hilfestellungen zur Änderung ihres Lebens bezüglich eines höheren Niveaus der Unabhängigkeit gegeben werden“ (Pschyrembel-Online, 2016b).

Regelgeleitetheit

In qualitativer Forschung müssen bestimmte, festgelegte Verfahrensregeln berücksichtigt werden, um ein systematisches Vorgehen gewährleisten zu können (Mayring, 2016).

Terminalphase

„In der Terminalphase ist der Klient die meiste Zeit bettlägerig und zieht seine Aufmerksamkeit immer mehr zurück, nimmt Abschied, ist verzweifelt und ruhelos. Die Prognose ist in dieser Zeit auf wenige Tage bis zu einer Woche begrenzt, der Klient lebt unmittelbar an der Grenze seines Lebens zum Tod (Jonen-Thielemann, 2008, zitiert nach Von dem Berge & Förster, 2018, S. 150).

Total Pain

Der Begriff wurde von Cicely Saunders geprägt und zielt auf die Mehrdimensionalität von Schmerzen ab. Laut Saunders haben Schmerzen physische, emotionale, soziale und spirituelle Anteile. (Saunders, 2000).

Transkription

Gesprochene Sprache wird in eine schriftliche Fassung gebracht (Mayring, 2016).

„Durch wörtliche Transkription wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet (Mayring, 2016, S.89).

Triangulation

Triangulation zählt zu den sechs Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2016). Mayring versteht darunter den Vergleich von Studienergebnissen anhand beispielsweise verschiedener Datenquellen, Interpreten, Theorien oder Methoden.

Verfahrensdokumentation

Die Verfahrensdokumentation zählt zu den sechs Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2016). Diese beschreibt die transparente und detaillierte Dokumentation des Forschungsprozesses für den Leser.

Zugehörige

Da der Begriff Angehörige auf den engeren Familienkreis beschränkt ist, wird für die wichtigsten Bezugspersonen der übergeordnete Begriff „Nahestehende“ oder „Zugehörige“ gewählt. Zugehörige können dabei sowohl wichtige Ressource als auch Adressat für eigenständige Intervention und Unterstützung sein (DGP, 2016).

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 01: Löwenzahn von Pixabay.com	S.1
Abbildung 02: Ausschnitt aus Kompetenzprofil des <i>DVE</i> 2018	S.129
Abbildung 03: Ausschnitt aus den <i>Essential Competencies</i> von <i>ACOTRO</i> (2011)	S. 130
Abbildung 04: Anschreiben erster Teil	S. 138
Abbildung 05: Anschreiben zweiter Teil	S. 139
Abbildung 06: Einverständniserklärung	S. 141
Abbildung 07: Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) erster Teil	S. 142
Abbildung 08: Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) zweiter Teil	S. 143
Abbildung 09: Ablaufmodell nach Mayring (2015)	S. 152
Abbildung 10: Z-Regeln nach Mayring (2015)	S. 153

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Informationen zu den Studienteilnehmerinnen	S. 60
Tabelle 2: Studieneinschätzung nach Tomlin & Borgetto (2011)	S. 127-128
Tabelle 3: Auszug aus dem Suchverlauf	S. 131-132
Tabelle 4: Leitfaden mit Quellenangaben	S. 133-137

Anlage 01: Studieneinschätzung nach Tomlin und Borgetto (2011)

Autoren	Titel	Jahr	Veröffentlicht in	Land	Art der Studie	Einschätzung nach Tomlin und Borgetto (2011)
Bacchetto, A, Nyffenegger, M., Späth A.	Ergotherapie in der Palliative Care - Einfluss von unheilbaren Erkrankungen auf die Betätigung	2015	Ergoscience	Deutschland	Qualitative Metaanalyse	Level 1 (qualitative Forschung)
Cohen, J., Pivodic, L., Miccinesi, G., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Naylor, W. A., Wilson, D. M., Deliens, L.	International study of the place of death of people with cancer:	2015	British journal of cancer	Großbritannien	Querschnittstudie	Level 2 (deskriptive Forschung)
Dasch, B., Blum, K., Gude, P., & Bausewein, C.	Sterbeorte: Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts.	2015	Deutsches Ärzteblatt	Deutschland	Querschnittstudie	Level 2 (deskriptive Forschung)
Gail, E. & Deidre, M.	Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey	2018	Palliative Medicine	Europa	Querschnittstudie	Level 2 (deskriptive Forschung)
Goldsbury, D. E., O'Connell, D. L., Girgis, A., Wilkinson, A., Phillips, J. L., Davidson, P. M., & Ingham, J. M.	Acute hospital-based services used by adults during the last year of life in New South Wales, Australia:	2015	BMC health services research	Australien	Retrospektive Kohorten Studie	Level 2 (deskriptive Forschung)
Hammill, K., Bye, R., & Cook, M.	Occupational Therapy for People Living with a Life-Limiting Illness: A Thematic Review.	2014	British Journal of Occupational Therapy	Großbritannien	Thematischer Review	Level 1 (deskriptive Forschung)
Hui, D., La Cruz, M., de, Mori, M., Parsons, H.A., Kwon, J.H., Torres-Vigil, I., Bruera, E.	Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks.	2013	Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer	USA	Thematischer Review	Level 1 (deskriptive Forschung)

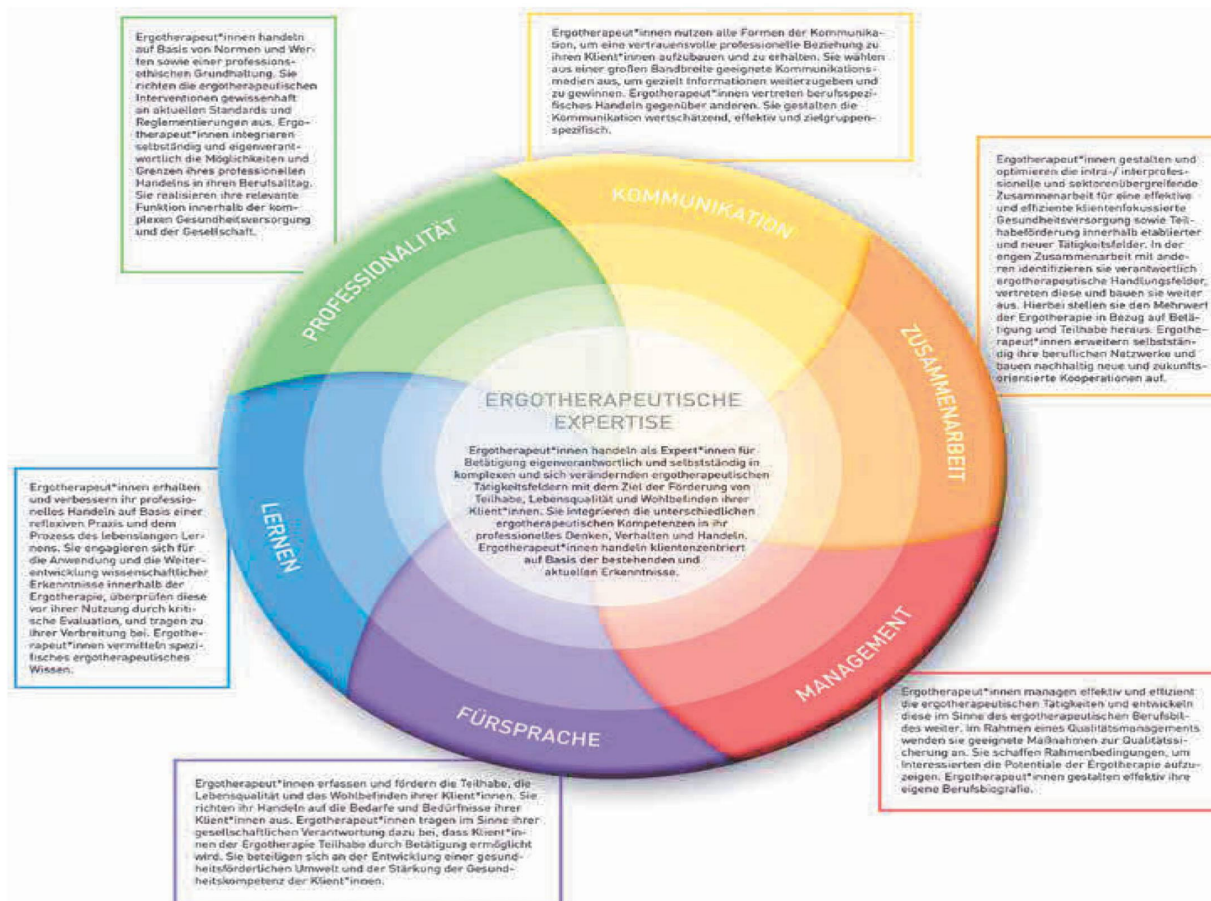
Autoren	Titel	Jahr	Veröffentlicht in	Land	Art der Studie	Einschätzung nach Tomlin und Borgetto (2011)
Müller, M., Pfister, D., Jaspers, B.	Wie viel Tod verträgt ein Team: Befragung der Palliativstationen in Deutschland zu Belastungsfaktoren, Belastungssymptomen und Schutzfaktoren im Umgang mit dem Tod.	2009	Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA)	Deutschland	Umfrage	Level 3 (deskriptive Forschung)
Moens, K., Higginson, I. J., & Harding, R.	Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions?	2014	Journal of pain and symptom management,	Großbritannien	Systematic Review	Level 1(klinisch-experimentellen Forschung)
Roulston, E.	Canadians' Views on Palliative Care	2018	Journal of palliative medicine	Kanada	Survey	Level 3 (deskriptive Forschung)

2. Tabelle: Studieneinschätzung nach Tomlin & Borgetto (2011)

Anlage 02: Auszug aus dem *Kompetenzprofil Ergotherapie* (DVE, 2018)

4. Das Modell

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



Anlage 03: Auszug aus den *Essential Competencies (ACOTRO, 2011)*

ESSENTIAL COMPETENCIES FOR CLINICAL PRACTICE

UNIT 1: Assumes Professional Responsibility: Occupational therapists assume professional responsibility for safe, ethical and effective practice.

- 1.1 Demonstrates a commitment to their clients, public and profession.
- 1.2 Practices within scope of professional and personal limitations and abilities.
- 1.3 Adheres to the Code of Ethics recognized by the provincial regulatory organization.
- 1.4 Applies ethical frameworks to solve ethical situations.
- 1.5 Demonstrates professional integrity.

UNIT 2: Thinks Critically: Occupational therapists use critical reasoning and reflection approaches for safe, ethical and effective practice.

- 2.1 Demonstrates sound professional judgment and clinical reasoning in decision-making.
- 2.2 Engages in reflection and evaluation and integrates findings into practice.

UNIT 3: Demonstrates Practice Knowledge: Occupational therapists demonstrate practice knowledge for safe, ethical and effective practice.

- 3.1 Uses current occupational therapy foundational knowledge in day-to-day practice.
- 3.2 Demonstrates awareness of the physical, social, cultural, institutional and economic environment relevant to the jurisdiction of practice.
- 3.3 Demonstrates awareness of experiential knowledge of client and occupational therapist.
- 3.4 Demonstrates awareness of legislative and regulatory requirements relevant to the province and area of practice.

UNIT 4: Utilizes an Occupational Therapy Process to Enable Occupation: Occupational therapists use systematic approaches to enabling occupation for safe, ethical and effective practice.

- 4.1 Clarifies role of occupation and enablement when initiating services.
- 4.2 Demonstrates a systematic client-centred approach to enabling occupation.
- 4.3 Ensures informed consent prior to and throughout service provision.
- 4.4 Assesses occupational performance and enablement needs of client.
- 4.5 Develops client-specific plan with client, inter-professional team members, and other stakeholders.
- 4.6 Implements plan for occupational therapy services.
- 4.7 Monitors plan to modify in a timely and appropriate manner.

UNIT 5: Communicates and Collaborates Effectively: Occupational therapists use effective communication and collaboration approaches for safe, ethical and effective practice.

- 5.1 Communicates effectively with client, inter-professional team and other stakeholders using client-centred principles that address physical, social, cultural or other barriers to communication.
- 5.2 Communicates using a timely and effective approach.
- 5.3 Maintains confidentiality and security in the sharing, transmission, storage and management of information.
- 5.4 Collaborates with client, inter-professional team and other stakeholders.
- 5.5 Works effectively with client, inter-professional team and other stakeholders to manage professional relationships.

UNIT 6: Engages in Professional Development: Occupational therapists engage in professional development for safe, ethical and effective practice.

- 6.1 Uses self-evaluation, new learning and evidence in professional development.
- 6.2 Demonstrates commitment to continuing competence.
- 6.3 Enhances personal competence through integration of on-going learning into practice.

UNIT 7: Manages Own Practice and Advocates Within Systems: Occupational therapists manage the quality of practice, and advocate within systems for safe, ethical and effective practice.

- 7.1 Manages day-to-day practice processes.
- 7.2 Manages assignment of service to support personnel, other staff, students and others under the occupational therapist's supervision.
- 7.3 Contributes to a practice environment that supports client-centered occupational therapy service, which is safe, ethical and effective.
- 7.4 Demonstrates commitment to client and provider safety.
- 7.5 Participates in quality improvement initiatives.
- 7.6 Advocates for the occupational potential, occupational performance and occupational engagement of clients.

ESSENTIAL COMPETENCIES FOR NON-CLINICAL PRACTICE

UNIT A: Assumes Professional Responsibility: Occupational therapists assume professional responsibility for safe, ethical and effective development, delivery, oversight and/or improvement of systems and services.

- A.1 Demonstrates a commitment to their work, the public and the profession.
- A.2 Works within scope of professional and personal limitations and abilities.
- A.3 Adheres to the Code of Ethics recognized by the provincial regulatory organization.
- A.4 Applies ethical frameworks to solve ethical situations.
- A.5 Demonstrates professional integrity.

UNIT B: Thinks Critically: Occupational therapists use critical reasoning and reflection approaches for safe, ethical and effective development, delivery, oversight and/or improvement of systems and services.

- B.1 Demonstrates sound professional judgment and reasoning in decision-making.
- B.2 Engages in reflection and evaluation, and integrates findings into work.

UNIT C: Communicates and Collaborates Effectively: Occupational therapists use effective communication and collaboration approaches for safe, ethical and effective development, delivery, oversight and/or improvement of systems and services.

- C.1 Communicates using a timely and effective approach.
- C.2 Maintains confidentiality and security in the sharing, transmission, storage and management of information.

UNIT D: Engages in Professional Development: Occupational therapists engage in professional development for safe, ethical and effective development, delivery, oversight and/or improvement of systems and services.

- D.1 Uses self-evaluation, new learning and evidence in professional development.
- D.2 Demonstrates commitment to continuing competence.
- D.3 Enhances personal competence through integration of on-going learning.

UNIT E: Manages Own Work and Advocates Within Systems: Occupational therapists manage the quality of practice and advocate within systems for safe, ethical and effective development, delivery, oversight and/or improvement of systems and services.

- E.1 Demonstrates commitment to safety.
- E.2 Participates in quality improvement initiatives.

Anlage 04: Auszug aus dem Suchverlauf vom 28.03.18

Nr.	Suchbegriffe	Suchoptionen	Datenbank	Ergebnisse
17	Abstract (AB) "palliative care" AND canada AND survey	Erweiterungen - Auch innerhalb des Volltext-Artikels suchen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	167
16	AB "palliative care" AND canada AND survey AND adults	Erweiterungen - Auch innerhalb des Volltext-Artikels suchen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	6
15	"palliative care" AND canada AND survey AND adults	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	9,637
14	"palliative care" AND canada AND survey AND adults	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	8
13	"palliative care" AND canada AND stationary AND adults	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	287
12	"palliative care" AND canada AND stationary	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	353
11	"palliative care" AND canada AND stationary	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	10
10	"palliative care" AND Canada AND (stationary OR residental)	Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	469
9	"palliative care" AND Canada AND stationary	Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	463
8	"Palliative care" AND canada AND residental OR stationary	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	1,368,154

Nr.	Suchbegriffe	Suchoptionen	Datenbank	Ergebnisse
7	"Palliative care" canada residential OR stationary	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	1,368,154
6	"Palliative care" canada residential	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	1
5	"Palliative care" canada "residential	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	1
4	"Palliative care" canada	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	28,850
3	Palliative care canada	Eingrenzungen - Full text toegang Erweiterungen - Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Suchmodi - Alle meine Suchbegriffe suchen	Zuyd Bibliothek	42,862
2	"palliative care" AND Australia	keine	Pubmed	3040
1	„palliative care" AND Australia hospice	free fulltext letzte 10 Jahre	Pubmed	1951

2. Tabelle: Auszug aus dem Suchverlauf

Anlage 05: Interviewleitfaden

Leitfaden für die Interviewdurchführung

In diesem Interview möchte ich gerne etwas über **Ihre individuellen Berufskompetenzen im stationären, palliativen Arbeitsbereich** erfahren.

Sie haben **bereits die Einverständniserklärung unterschrieben**, trotzdem möchte ich sie nochmal **kurz** auf die wichtigsten Punkte **hinweisen**:

Ihre Teilnahme an diesem Interview ist **freiwillig**. Der **Schutz ihrer persönlichen Daten** hat für uns **oberste Priorität**, daher werden im späteren Verlauf keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sein. Die erhobenen Daten werden lediglich **anonymisiert** innerhalb der Bachelorarbeit und damit verbundenen Publikationen veröffentlicht.

Sie können das Interview **jederzeit abbrechen** und **selbst entscheiden**, welche Fragen Sie beantworten möchten.

Es gibt **keine richtige oder falsche Antwort**, **ihre persönliche Sichtweise bzw. Haltung steht im Vordergrund** des Interviews.

Rückfragen dürfen Sie jederzeit stellen, oder auch wenn Sie das Bedürfnis nach einer **Pause** haben, äußern Sie dies bitte. Das Interview wird schätzungsweise 45-60 Minuten dauern.

Gerne stellen wir Ihnen nach der Verschriftlichung des Interviews das mit Ihnen durchgeführte **Interview digital zur Verfügung**. Sie erhalten dadurch die Möglichkeit, ggf. Änderungen, Ergänzungen usw. zuzufügen oder auch einzelne Passagen zu löschen.

Ich bedanke mich bereits im Vorfeld für Ihre Zeit und die Teilnahme an diesem Interview.

Bestehen noch weitere Fragen zum Ablauf?

Sind Sie bereit? Dann werde ich das Diktiergerät jetzt einschalten.

Allgemeine Informationen und Einstiegsfrage

- **In welcher(n) Einrichtung/Abteilung (en) arbeiten Sie?**
- **Seit wann arbeiten Sie im stationären, palliativen Kontext?**
- **Wie viele Jahre arbeiten Sie schon als Ergotherapeut/in?**
- **Welchen Berufsabschluss haben Sie?**

Helfferrich (2011)
Fakten- Informations-
Wissensfragen zu Beginn
des Interviews ◇
informative Ausrichtung

	• Wie viele Stunden arbeiten Sie wöchentlich im palliativen Kontext?	des Forschungsinteresses
Tagesablauf	• Beschreiben Sie Ihren Tagesablauf innerhalb ihrer Einrichtung.	ACOTRO (2011) Helfferich (2011) (S. 102) Modulierung eines Erzählstimulus → Narratives Interview Zur Eröffnung der Interviewinteraktion,
Organisation	• Beschreiben Sie die für Ihren Aufgabenbereich relevante Organisation.	ACOTRO (2011), Schnett- ker & Laufer (2006)
Therapieprozess/ Intervention	• Bitte erläutern Sie einen typischen, ergotherapeutischen Behandlungsverlauf. • Wie beginnen Sie üblicherweise den Behandlungsprozess? • Bitte beschreiben Sie kurz Ihr weiteres Vorgehen innerhalb des Behandlungsverlaufes. (d. Methoden beschreiben lassen) (Frage mit Kompetenzen rausgelassen) (Stichpunkt • (angewendete Interventionen und Methoden beschreiben lassen) (Frage mit Kompetenzen rausgelassen) (Stichpunkte auf die dabei genauer eingegangen werden kann: Basale Stimulation, Lagern, Hilfsmittelversorgung) (Welche Fähigkeiten brauchen Sie dafür?) • Falls noch nicht angesprochen: Beziehen Sie individuelle Wünsche und Bedürfnisse des Klienten/ Patienten in die Therapie ein? • Falls ja, wie gehen Sie dabei vor? Nennen Sie bitte ein Beispiel. • Wie schließen Sie einen Behandlungsprozess ab? • Nennen Sie verschiedene Möglichkeiten.	ACOTRO (2011) Helfferich (2011) → Erzählstimulus Schnettker & Laufer (2006) Sumsion (2002) Saunders (1996) (Kirsch, 2018) Feiler (2007) Hammill (2014) Pearson, Todd, & Futcher (2007)

	• Wie reflektieren Sie ihr therapeutisches Handeln? • Wie begründen Sie Ihre therapeutischen Entscheidungen? • Beziehen Sie Fachliteratur und/oder Studienergebnisse in ihre Arbeit ein? • Wenn ja, wie gehen Sie dabei vor? • Nutzen Sie Assessments, Modelle oder Testverfahren regelmäßig in ihrem beruflichen Kontext? • Welche Erfahrungen haben Sie mit diesen gemacht?	
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	• Findet regelmäßiger Austausch mit anderen Ergotherapeuten aus der Einrichtung statt? ▪ Falls ja, wie gestaltet sich die interne Zusammenarbeit? • Arbeiten Sie mit anderen Berufsgruppen innerhalb der Einrichtung(en) regelmäßig zusammen? • Falls ja, mit welchen? • Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit? • Wie nehmen Sie die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team wahr? • Welche persönlichen Voraussetzungen bringen Sie für eine gute Zusammenarbeit mit? • Wie nehmen ihrer Meinung nach andere Berufsgruppen die Kompetenzen von Ergotherapeuten im palliativen Kontext wahr? • Wo sehen andere Berufsgruppen die Stärken / Schwächen von Ergotherapeuten innerhalb des palliativen Settings? ▪ Wo sehen andere Berufsgruppen die Stärken / Schwächen von Ergotherapeuten innerhalb des palliativen Settings?	Fellows (2014) Schnettker & Laufer (2006) DGP (2016)

Angehörigenarbeit / Zugehörigenarbeit / Arbeit mit Nahestehenden	• <i>Auf einen Begriff einigen.</i> • Zählt Angehörigen/Zugehörigen Arbeit mit Nahestehenden zu ihrem Aufgabenbereich? • Wie beziehen Sie den Angehörigen ... in den Therapieprozess mit ein? • Beschreiben Sie Ihr Vorgehen diesbezüglich ein einem Beispiel (Situationen, Rahmenbedingungen, Häufigkeit) • Wie nehmen Sie die Angehörigenarbeit ... wahr?	Schnettker & Laufer, (2006) Saunders (1996) Förster (2018)
Merkmale der Palliativversorgung	• Wie gestalten Sie die Behandlung von Klienten/ Patienten in der Sterbephase? • Wie erleben Sie die Begleitung von Klienten/ Patienten in der Sterbephase? • Wie ist ihre persönliche Haltung zum Thema Sterben und Tod? (Spiritualität) • Erleben Sie belastende oder herausfordernde Situationen in ihrer täglichen Arbeit? • Falls ja, können Sie näher darauf eingehen? • Wie gehen Sie mit diesen Situationen um (Grenzen, Nähe-Distanz, privater Kontext)?	WHO (2002), Müller, Pfister, Jaspers, (2009) Kirsch (2018)
Weiterbildung und Professionalisierung	• Wurde Ihnen in Ausbildung bzw. Studium für die Palliative Care relevantes Wissen vermittelt? ▪ Falls ja, welches? • Welche Weiterbildungen erachten Sie als besonders relevant für ihre Tätigkeit? • Gibt es Ihrer Meinung nach weiteren Bedarf an Fortbildungen für den Bereich der Palliativversorgung? • Falls ja, nennen Sie Ihrer Meinung nach wichtige Themengebiete.	ACOTRO (2011) Helfferich (2011) Deimel (2011) Förster (2018)

	• Findet eine regelmäßige Kooperation mit externen Berufsschulpraktikanten bzw. Studierenden statt? • Falls ja, wie nehmen Sie diese Kooperation wahr? • Falls ja, welches Wissen versuchen Sie diesen zu vermitteln? • Falls nein, was sind Ihrer Meinung nach Gründe dafür? • Findet ein Austausch mit anderen Ergotherapeuten aus der Palliativversorgung statt? • Falls ja, inwiefern?	
Fazit Abschluss-	• Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach die Etablierung von Ergotherapeuten in der stationären, Palliativversorgung? • Können Sie näher darauf eingehen? • Möchten Sie noch etwas ergänzen?	Helfferrich (2011) Ergänzungsfrage
Kommunikative Validierung	• Sind Sie mit der Überprüfung ihrer Aussagen einverstanden? • Zusendung des abgetippten Interviews ggf. zur Änderung bzw. Ergänzung von Passagen • Frist absprechen (max. 2 Wochen) • Falls wir nach Ablauf der Frist nichts von Ihnen hören, gehe ich davon aus, dass wir das Interview, so wie es ist, auswerten können. • Kontaktdaten (Mail, Post) vorhanden?	Mayring (2016)

3. Tabelle: Leitfaden mit Quellenangaben

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Anlage 06: Anschreiben



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit März 2016 absolvieren wir, **Christine Botzky** und **Sarah Schäkel**, den berufsbegleitenden Studiengang “Bachelor of Science in Occupational Therapy” an der Zuyd Hogeschool in Heerlen, Niederlande.

Das Arbeitsfeld der Palliativversorgung wird für die Ergotherapie zunehmend relevanter. Die Zahl der stationären Einrichtungen in der Betreuung schwerstkranker und sterbender, erwachsener Menschen ist in Deutschland in den letzten 15 Jahren bereits deutlich angestiegen (Deutscher Hospiz und Palliativverband e.V., 2013). Dennoch ist die ergotherapeutische Profession in diesem Kontext in Deutschland noch wenig vertreten.

Bisher gibt es keine Studien zu den spezifischen Berufskompetenzen von Ergotherapeuten, die im palliativen Setting in Deutschland tätig sind.

Daher möchten wir in unserer Bachelorarbeit die Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in Deutschland ermitteln, die im palliativen, stationären Setting in der Behandlung erwachsener Klienten tätig sind. Diese Studie soll dazu beitragen, die Berufsidentität und Professionalisierung von Ergotherapeuten in dem palliativen Arbeitsfeld zu verbessern.

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage benötigen wir als Interviewpartner Ergotherapeuten, die:

- mindestens 15 Stunden in der Woche im stationären Hospiz oder auf einer Palliativstation innerhalb Deutschlands angestellt sind
- über eine abgeschlossene Berufsausbildung und/ oder ein Hochschulstudium verfügen
- mindestens zwei Jahre Berufserfahrung als Ergotherapeut/in aufweisen

Das Interview wird ca. 45-60 Minuten dauern und digital aufgezeichnet. Nach Rücksprache werden die Interviews persönlich, telefonisch oder via Skype durchgeführt. Die erhobenen Daten werden anonymisiert und streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden im Rahmen unserer Bachelorarbeit und möglichen damit verbundenen Artikeln anonymisiert veröffentlicht.

Bitte unterstützen Sie uns bei der Durchführung unserer Studie und tragen Sie dazu bei, das fehlende Wissen über die Berufskompetenzen von Ergotherapeuten in Deutschland für das palliative Arbeitsfeld zu erweitern. Gerne stellen wir Ihnen im Nachhinein unsere ausgearbeitete Bachelorarbeit digital zur Verfügung.

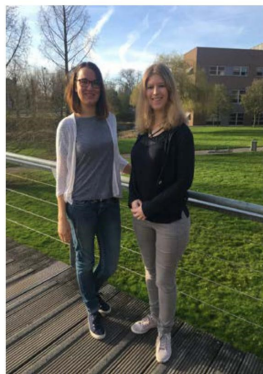
Haben wir Ihr Interesse geweckt? ☺

Wenn Sie an unserer Studie teilnehmen möchten, nehmen Sie bitte bis spätestens 30.05.2018 telefonisch oder per E-Mail Kontakt mit uns auf:

Für noch offene Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Wir bedanken uns im Voraus sehr für die Unterstützung durch Ihre Teilnahme an unserer Studie.

Mit freundlichen Grüßen,



C. Botzky

Christine Botzky

S. Schäkel

Sarah Schäkel

Anlage 07: Pretestfragen

- **Wie empfanden Sie die Atmosphäre während des Interviews?**
- **Wie empfanden Sie den zeitlichen Aufwand für die Durchführung des Interviews?**
- **Hatten Sie genug Zeit, um auf Fragen zu antworten?**
- **War die Reihenfolge der Fragen passend?**
 - Falls nein, haben Sie Änderungsvorschläge?
- **Waren die Frageformulierungen für Sie verständlich?**
 - Falls nein, welche Formulierungen waren unklar?
 - Haben Sie Änderungsvorschläge?
 - Empfanden Sie die Formulierungen frei von Vorannahmen der Interviewerin?
- **Erschienen Ihnen Fragestellungen doppelt bzw. überflüssig?**
 - Wenn ja, welche?
- **Fehlten Ihnen Fragen zum Thema?**
 - Welche Vorschläge hätten Sie?
- **Gab es Unklarheiten bezüglich einzelner Begrifflichkeiten?**
 - ➔ Falls ja, welche Begriffe waren für Sie unverständlich?
 - Hätten Sie diesbezüglich einen alternativen Vorschlag?
- **Haben Sie sonstige Anregungen, um die Qualität des Interviews zu steigern?**

Anlage 08: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung



zur Teilnahme an der Studie:
Ermittlung ergotherapeutischer Berufskompetenzen in der stationären, palliativen
Versorgung

Mit meiner Unterschrift stimme ich, _____,
der Teilnahme an der Studie von Christine Botzky und Sarah Schäkel zu.

Über folgende Punkte bin ich in Kenntnis gesetzt:

- Meine Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und ich kann diese jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angaben von Gründen widerrufen.
- Ich stimme der digitalen Audio-Aufzeichnung des Interviews zu und kann diese jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen.
- Ich entscheide, welche Fragen ich beantworte.
- Das verschriftliche Interview wird mir zur Verfügung gestellt. Dadurch kann ich meine Antworten überprüfen, ggf. korrigieren und/oder ergänzen. Dafür können die Forscherinnen mir an folgende Kontaktadresse das verschriftlichte Interview zuschicken:

- Durch die Anonymisierung der erhobenen Daten sind künftig keine Rückschlüsse auf meine Person möglich. Kontakt- und Interviewdaten werden getrennt voneinander gespeichert.
- Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten anonymisiert und ggf. in Form direkter Zitate im Rahmen der Bachelorarbeit und damit verbundenen Veröffentlichungen verwendet werden dürfen.
- Die erhobenen Daten werden nach Abschluss der Ausarbeitung und möglicher weiterer Publikationen vernichtet.
- Die Teilnahme an der Studie wird nicht vergütet, jedoch stellen wir Ihnen gerne die Ergebnisse der Arbeit nach Abschluss zur Verfügung.
- Bei Rückfragen kann ich mich jederzeit unter folgender Email - Adresse melden:
Ba-et-palliativ@web.de

Datum, Ort

Name des Interviewteilnehmers

Datum, Ort

Namen der Forscherin

Einfaches Transkriptionssystem

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so’n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
4. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
5. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.

6. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
7. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSS-SCHREIBUNG gekennzeichnet.
8. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
9. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
10. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
11. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“).

Anlage 10: Auszug Transkript

T4: Das ist genauso individuell. Also, wenn die noch fitter sind, dann bin ich ganz gern und oft beim Bobathkonzept. Oder wenn es nicht mehr so gut geht und auch eine Demenz mit dabei ist, dann bin ich oft und gerne beim Affolterkonzept. Ich, mache ganz viel FOTT- facioorale Trakttherapie. Also, das ist/ je nachdem halt, ne? (07:23)

F1: Sehr individuell. Höre ich da heraus, ja. Und beziehen Sie individuelle Wünsche und Bedürfnisse des Patienten auch in die Therapie ein? (07:32)

T4: Natürlich. Natürlich (07:34)

F1: Ja. Können Sie mal beschreiben, konkret an einem Beispiel, wie Sie da vorgehen? (07:38)

T4: Also, wenn zum Beispiel, ähm, die Patienten Tiere haben, dann ist es kein Problem, die Tiere mit hierher zu bringen. Hunde, Katzen hatten wir schon hier. Einmal ein Pferd. (lacht) Der Wunsch des Patienten war nochmal das Pferd zu sehen. Eine andere Patientin, wollte ganz gerne ihre Großtante in Amerika nochmal sehen. Dann haben wir Skype eingerichtet. Da haben die nochmal geskyppt. (08:07)

F1: Schön. (08:09)

T4: Ähm. Weihnachtsmarkt waren wir schon mal mit einem Patienten, weil das ein großer Wunsch war, nochmal einen großen Weihnachtsbaum zu sehen. Also, wenn es irgendwie möglich und machbar ist, versuchen wir es auch, möglich zu machen. Ja (08:29)

F1: Schön, mhm. Wie schließen Sie denn einen Behandlungsprozess ab? Haben Sie da irgendwie nochmal dann ein Gespräch mit Ärzten oder Angehörigen? Können Sie da nochmal ein Beispiel für nennen? (08:41)

T4: Also, in erster Linie hab ich nochmal sowieso ein Abschlussgespräch mit der Patientin. Also wenn sie wieder nach Hause geht, dann besprechen wir nochmal, ähm, wie die weitere Versorgung ist. Wie man sich zu verhalten hat quasi, wenn zum Beispiel die SAPV mit eingeschaltet ist. Oder oder. Wie / Wenn wir Taktiken entwickelt haben, wie man sich bei Schmerzen oder bei Angst verhalten soll. Dass man das einfach nochmal wiederholt. Dass der Patient auch Sicherheit drin kriegt, wenn so etwas kommen sollte. Und/ also der Sozialdienst hat auf jedenfall auch nochmal ein großes Abschlussgespräch mit Patient und Angehörigen. Und der Arzt auch. Also ich ma / wir haben das dann im Team, äh, wenn wir in der Palliativbesprechung sind, 2x in der Woche noch extra haben. (09:47)

Anlage 11: Entscheidungspfad

Prozess der Datenanalyse

- Herunterladen Software F4-Analyse
(kostenlose Demoversion)
- Aufstellung der Analysecodes nach inhaltlich-thematischen Abschnitten aus I-Leitfaden
- Festlegung der Analyseeinheit (Definition)
(→ gemeinsam festgelegt)
- Festlegung des Abstraktionsniveaus (Definition)
(→ gemeinsam festgelegt)
- Zuordnen von Textstellen/direkten Zitaten → Codes Erst Zusammen, dann einzeln und Absprachen zwischen durch.
- Generalisierung/ Paraphrasierung der gesammelten Textstellen im Textfeld für den jeweiligen Code
- Interview I/4: gemeinsame Durchführung der Analyse
- Schrittweise Bündelung/Reduktion der paraphrasierten Aussagen der Teilnehmer
- Anpassung des Abstraktionsniveaus /schrittweise Verallgemeinerung der Abstraktionsebene → Vereinheitlichung der Sprachebene (+ grammatikalische Kurzform)
- Zuordnung von Forscherin-Teilnehmernummer zu entsprechender Textstelle
- Erst gemeinsam dann jeder seinen Teil in Absprache mit anderem Teilnehmer: Bündelung der Textstellen in thematische Abschnitte
- erneute Reduktion (Zusammenfassung von bedeutungsähnlichen/gleichen Paraphrasen)
- Induktives Herausfiltern möglicher Kompetenzen aus dem Textmaterial
(erst getrennt voneinander und dann abgesprochen)
- gemeinsame Bündelung der aufgestellten Kompetenzen in Tabellendokument
- Rücküberprüfung der zusammengefassten Kompetenzen am Ausgangsmaterial
- Kategorienbildung

Anlage 12: Tabelle Kompetenzen und Kategorien

Themen	Kompetenzen	induktive Kategoriebildung
Organisation Bewältigungsstrategien im Team Therapeutisches Vorgehen Zusammenarbeiten Therapeutische Haltung Zugehörigenarbeit Kooperation mit Praktikanten	• Kooperation (Angehörigenarbeit, im Team) • Kenntnis über Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeit anderer Professionen • Kenntnis der persönlichen Fähigkeiten und fachlichen Grenzen • Inter-/intraprofessionelle Vernetzung/ Zusammenarbeit • Gestaltung einer tragfähigen Klient-Therapeut Beziehung • Authentisches Auftreten	Zusammenarbeit (Zusammenarbeit auch mit Klient und Zugehörigen)
	• Kommunikation von Anliegen und Belastungen • Kommunikationsfähigkeit (fachlicher Austausch, Absprachen im Team ...) • Aktives Zuhören • Empathische Gesprächsführung	Kommunikation (im Team, mit Klient, mit Zugehörigen ...)
Bewältigungsstrategien im Team	• Kenntnis über Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden	Wissensanwendung und Vermittlung

Themen	Kompetenzen	induktive Kategoriebildung
Bereiche der Flexibilität Hilfsmittel Behandlungsmethoden Therapeutisches Vorgehen Professionalisierung Organisation Zusammenarbeit Befundung	• Anwendung geeigneter Behandlungsmethoden • Kenntnis und Anwendung über Fachwissen aus Fortbildungen und Selbststudium • Kenntnisse über Hilfsmittelversorgung und -anpassung • Kenntnisse über Rahmenbedingungen innerhalb des Arbeitskontexts • Kenntnisse über Ansätze/ Annahmen in der Palliativversorgung • Anwendung palliativen Ansatzes (nicht kurativ...) • Kenntnisse über standardisierte Assessments und Tests • Anwendung standardisierter Assessments und Tests (selten) • Anwendung von Professional Reasoning • Vermittlung von ergotherapeutischem Wissen • Anleitung zu ergotherapeutischem Wissen und Methoden • Anleitung von Zugehörigen bzgl. weiteren Versorgungsmöglichkeiten • Beratung von Angehörigen bzgl. HIMI/ weiteren Versorgungsmöglichkeiten	

Themen	Kompetenzen	induktive Kategoriebildung
	Anwendung der Kenntnisse über Hilfsmittelversorgung und -anpassung	
Praktikanten-kooperation / Zugehörigenarbeit	- Vertretung des eigenen Berufsbildes / Außendarstellung - Teilnahme an Weiterbildungen - Transparentes Vorgehen (Begründen warum Professionalisierung)	Professionalisierung
Bewältigungsstrategien im Team Persönliche Bewältigungsstrategien Abschluss der Therapie Zusammenarbeit Therapeutische Haltung Zugehörigenarbeit	- Reflexionsfähigkeit - Selbstwahrnehmung (Bedürfnisse) - Fremdwahrnehmung (der Bedürfnisse Klient, Zugehörige, Team) - Ausgleich schaffen - Beobachtungsgabe (freie Befundung, situatives Beobachten) - Adäquates Nähe-Distanzverhalten - Adäquater Umgang mit Thema Tod - Nutzung persönlicher Lebenserfahrungen bzgl. Thema Tod - Wahrnehmung von Herausforderungen und Belastungen	Reflexion

Themen	Kompetenzen	induktive Kategoriebildung
Persönliche Bewältigungsstrategien Zeitplanung (Flexibilität und Individualität) Therapeutisches Vorgehen Voraussetzung für Klientenzentrierung Zusammenarbeit therapeutische Haltung Zielsetzung Befundung	• Variables Vorgehen • Anpassungsfähigkeit • Intuitives und situatives Handeln • Spontanes Handeln und Entscheiden • Unvoreingenommene und offene Haltung einnehmen • Anwendung geeigneter Behandlungsmethoden (auch bei Wissen...)	Flexibilität
Flexibilität Therapeutische Haltung Behandlungsmethoden Therapeutisches Vorgehen Zugehörigenarbeit Autonomie des Klienten Zielsetzung	• Respekt und Akzeptanz der Wünsche des Klienten • Empowerment des Klienten (Befähigen, Bestärken, Ermutigen) • Berücksichtigen biografischer Inhalte des Klienten • Fürsprache für Klienten • Zielsetzung mit dem Klienten • Ganzheitliche Vorgehensweise / Einbezug des Systems (Zugehörige)	Klientenzentrierung

Themen	Kompetenzen	induktive Kategoriebildung
	• Individuelle Begleitung • Empathisches und sensibles Einfühlen und Vorgehen (Adäquate Nutzung von Humor) • Wahrnehmung, realistische Einschätzung und Berücksichtigung der Bedürfnisse des Klienten (auch Reflexion) • Motivierbarkeit	
Zielsetzung Alltagsorientierung Behandlungsmethoden Therapeutisches Vorgehen Zusammenarbeit Berufsbild ET Therapeutische Haltung Zugehörigenarbeit	• Herstellung von Alltagsbezug • Wahrnehmung/Erfassen von Betätigungsbedürfnisses • Berücksichtigung von Betätigungsanliegen und -problemen • Ausrichtung der Behandlung auf Betätigung • Situatives Ermöglichen von Betätigung dadurch Lebensqualität	Betätigungsorientierung
Voraussetzungen für Klientenzentrierung Organisation Zugehörigenarbeit Therapeutisches	• Organisieren von z.B. Hilfsmitteln und Therapiematerial • Priorisierung (Zielsetzung und Zeiteinteilung) • Systematisches und strukturiertes Handeln	Organisation

Themen	Kompetenzen	induktive Kategoriebildung
Vorgehens Zeitplanung Dokumentation Zusammenarbeit Professionalisierung Therapeutische Haltung	• Computergestützt dokumentieren • Eigenständig dokumentieren • Eigenständiges und selbstorganisiertes Handeln • Problemlösungskompetenz (Organisation)	

Anlage 13: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015)

70 5. Techniken qualitativer Inhaltsanalyse

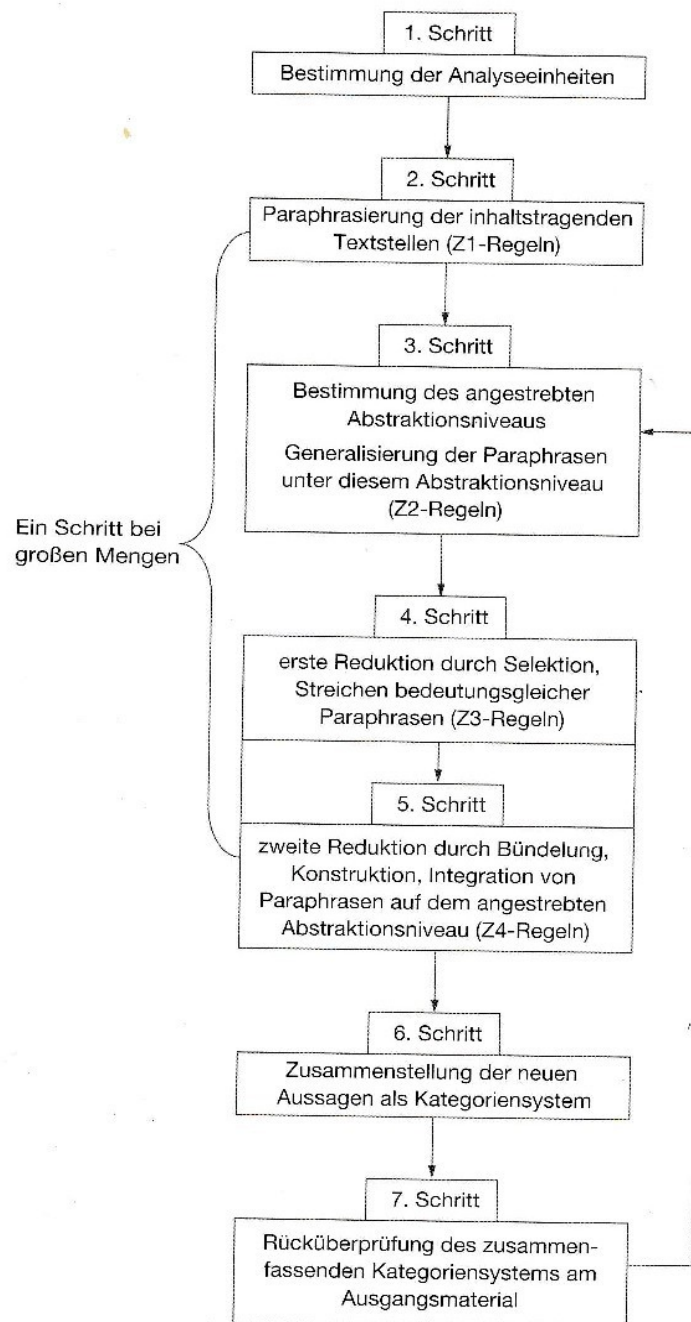


Abb. 10: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse

Anlage 14: Z-Regeln nach Mayring (2015)

Z1: Paraphrasierung

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

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

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

Z3: Erste Reduktion

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

Z4: Zweite Reduktion

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