

BACHELORARBEIT

Ergotherapeuten als Anbieter von Supported Employment?

**Wiedereingliederung von Menschen mit einer psychischen Beein-
trächtigung in den allgemeinen Arbeitsmarkt durch Supported
Employment**

Petra Steffen

Suleggstrasse 2

3800 Interlaken

E-Mail: petra_steffen@hotmail.com

Matrikelnummer: S06-531-180

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Departement Gesundheit

Bachelorstudiengang: Ergotherapie

Studienjahrgang: 2006

Betreuende Lehrperson: Anja Langlotz

Vorgelegt am: 18. Juni 2009

Inhaltsverzeichnis

1.	ABSTRACT	4
2.	EINLEITUNG	5
2.1	VERSCHIEDENE BLICKWINKEL AUF DAS THEMA WIEDEREINGLIEDERUNG VON PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGTEN MENSCHEN	5
2.1.1	<i>Sicht auf die psychisch beeinträchtigten Menschen.....</i>	5
2.1.2	<i>Mit Blick auf die Invalidenversicherung.....</i>	7
2.1.2.1	5. IV-Revision	8
2.1.3	<i>Aus volkswirtschaftlicher Sicht.....</i>	8
2.1.4	<i>Sicht auf die Arbeitgeber.....</i>	9
2.2	WIEDEREINGLIEDERUNG VON PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGTEN MENSCHEN IN DIE ARBEIT – DIE PRAXIS.....	9
2.2.1	<i>Traditionelle Arbeitsrehabilitation</i>	9
2.2.2	<i>Supported Employment.....</i>	10
2.2.3	<i>Individual Placement and Support.....</i>	11
2.2.3.1	Kernprinzipien von IPS:.....	11
2.2.3.2	Aufgaben eines Employment Spezialisten nach Becker und Drake (2003)	13
2.2.3.3	Wirksamkeit von IPS.....	14
2.2.4	<i>Supported Employment in der Schweiz.....</i>	15
2.3	ERGOTHERAPIE UND ERGOTHERAPEUTISCHE ARBEITSREHABILITATION	15
2.3.1	<i>Ergotherapeuten als Anbieter von IPS in der Schweiz.....</i>	17
2.4	DIE PROBLEMSTELLUNG	18
2.5	FRAGESTELLUNG	18
2.6	METHODIK / ABGRENZUNG.....	19
3.	HAUPTTEIL.....	21
3.1	ANGEFERTIGTER KOMPETENZENVERGLEICH EMPLOYMENT SPEZIALIST UND ERGOTHERAPEUT	21
3.2	RESULTATE AUS DER LITERATURRECHERCHE.....	24
3.3	ERGOTHERAPEUTISCHE KOMPETENZEN, DIE GUT ZUM IPS PASSEN	27
3.4	FEHLENDE KOMPETENZEN DER ERGOTHERAPEUTEN	29
3.5	DISKUSSION.....	29
3.6	THEORIE-PRAXIS-TRANSFER	34

4.	SCHLUSSTEIL	36
4.1	ZUSAMMENFASSUNG	36
4.2	OFFENE FRAGEN	37
5.	VERZEICHNISSE	38
5.1	LITERATURVERZEICHNIS	38
6.	DANKSAGUNG	44
7.	EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	45
8.	ANHÄNGE	46
8.1.1	<i>Vergleich Austrittskompetenzen Ergotherapie von allen drei Schulen</i>	46
8.1.1.1	Austrittskompetenzen Lausanne mit freier Übersetzung der Autorin	56
8.1.1.2	Austrittskompetenzen Lugano mit freier Übersetzung der Autorin	57
8.1.1.3	Austrittskompetenzen Winterthur	61

1. Abstract

Hintergrund: Psychisch beeinträchtigte Menschen wollen und können arbeiten. Und dennoch arbeiten viele von ihnen nicht. Das Individual Placement and Support (IPS) ist ein sehr wirkungsvolles Supported Employment Modell das psychisch beeinträchtigten Menschen zur Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt hilft. Es läuft nach dem Prinzip: „zuerst Platzieren, dann Trainieren“ ab. In der Schweiz und auch in der Schweizer Ergotherapie wird jedoch vorwiegend nach dem herkömmlichen arbeitsrehabilitativen Ansatz „zuerst Trainieren, dann Platzieren“ gearbeitet, wobei nur sehr niedrige Wiedereingliederungsraten erzielt werden.

Ziel und Methode: Dieser Literaturbericht fasst die aktuelle Literatur zum Thema Ergotherapie und Supported Employment bei psychiatrischen Klienten zusammen und befasst sich mit der Fragestellung, ob Ergotherapeuten in der Schweiz über die nötigen Kompetenzen verfügen um IPS anzubieten.

Resultate: Es werden eine Reihe ergotherapeutischer Kompetenzen identifiziert, die sich für das Anbieten von IPS gut eignen. Am Bedeutsamsten ist hierbei das Arbeiten nach dem Klientenzentrierten Ansatz in der Ergotherapie, welches hervorragend zum IPS passt. Andere Fertigkeiten und Kompetenzen wie z.B. die Akquirierung von Arbeitsplätzen müssen Ergotherapeuten noch ausbauen.

Schlussfolgerung: Ergotherapeuten können aus theoretischer Sicht in der Schweiz IPS anbieten. Es geht jetzt darum, dass sie die Wirksamkeit der aktuellen arbeitsrehabilitativen Berufspraxis kritisch überdenken, sich dem evidenzbasierten IPS zuwenden und sich damit in der Praxis beweisen.

Keywords: Supported Employment, Individual Placement and Support, Ergotherapie, Psychisch Kranke, Kompetenzen

2. Einleitung

Schlagwörter wie “immer mehr psychisch Kranke“, “immer mehr IV-Rentner“, “hochverschuldete Invalidenversicherung“, „psychisch Kranke wollen arbeiten“, “Wiedereingliederung“, “5. IV-Revision“, „Eingliederung statt Rente“, “Supported Employment“, “Sparen“ waren in den letzten Monaten und Jahren häufig zu hören und lesen. Das Interesse an der Wiedereingliederung von psychisch beeinträchtigten Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt (freie Wirtschaft) ist gross. Die Beweggründe dazu sind sehr unterschiedlich. Mit psychisch beeinträchtigten Menschen werden in dieser Arbeit Menschen bezeichnet, die aufgrund einer psychischen Störung (Krankheit) in ihrem Denken, Fühlen und Handeln beeinträchtigt sind.

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit jeweils die männliche Schreibform (z.B. Klient) verwendet. Gemeint sind jedoch immer beide Geschlechter.

2.1 Verschiedene Blickwinkel auf das Thema Wiedereingliederung von psychisch beeinträchtigten Menschen

2.1.1 Sicht auf die psychisch beeinträchtigten Menschen

Der Wunsch in einem „normalen“ Umfeld zu arbeiten, ist bei psychisch beeinträchtigten Menschen gross. Je nach Befragung wollen dies 6 - 9 von 10 Psychatriepatienten (Baer, 2007). Dies ist leicht nachvollziehbar, wenn man die grosse Bedeutung von Arbeit in unserer Kultur und die vielen positiven Auswirkungen betrachtet. So schreibt Hoffmann (2004):

„Arbeit verhilft zu gesellschaftlicher Integration, fördert die Entwicklung von Identität, verleiht einen sozialen Status, ermöglicht soziale Kontakte und Beziehungen, bedeutet die Erfüllung einer sozialen Norm, ermöglicht den Einsatz sowohl körperlicher wie geistiger Energie und Kräfte, strukturiert den Zeitablauf und ordnet den Lebensrhythmus. Neben der sozialen Dimension befrie-

digt die Arbeit das Bedürfnis nach Anerkennung, Sicherheit und das Gefühl, ein Teil der Gesellschaft zu sein.“ (S. 334)

Einer bezahlten Arbeit nachzugehen hat auch Einfluss auf die finanzielle Situation eines Individuums. Erwerbsarbeit kann zur selbständigen Sicherung des Lebensunterhaltes führen und eine Person unabhängig von Sozialversicherungen und Fürsorgeleistungen machen. Bezahlte Arbeit ist generell förderlich für die physische und psychische Gesundheit und das Wohlbefinden (Waddell & Burton, 2006). Umgekehrt gibt es starke Evidenz für das Bestehen von Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und schlechterer physischer und psychischer Gesundheit und erhöhter Mortalität (Waddell & Burton, 2006). Deutlich zeigten sich die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit im österreichischen Dorf Marienthal, wo im Zuge der Weltwirtschaftskrise 1929/1930 die einzige Fabrik im Dorf geschlossen wurde und von den 478 Familien 367 arbeitslos wurden (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1975). Die Menschen wurden allgemein passiver, das Tempo bei ihren Aktivitäten verlangsamte sich und die Menschen hatten einen schlechteren Gesundheitszustand. Baer (2007) schreibt, dass Erwerbsarbeit den Genesungsprozess bei psychischen Krankheiten beschleunigt, die Anzahl und Dauer von psychiatrischen Hospitalisationen reduziert und die Lebensqualität der psychisch kranken Menschen erhöht. Gemäss Rüesch, Graf, Meyer, Rössler und Hell (2004) haben Menschen mit einer kompetitiven Arbeit ein grösseres soziales Netzwerk zur Verfügung und erhalten dadurch auch mehr soziale Unterstützung (Rüesch et al., 2004).

Unter kompetitiver Arbeit wird in dieser Arbeit eine Anstellung verstanden, die folgende Kriterien nach Becker & Drake (2003) erfüllt:

- mindestens gesetzlich vorgeschriebener Mindestlohn
- eine Arbeitsumgebung, die Mitarbeiter ohne Behinderung einschliesst
- der Arbeitsplatz kann von jedermann besetzt werden, d.h. jemand muss nicht zur Populationsgruppe „Behinderte“ gehören um diesen Arbeitsplatz zu erhalten

Trotz des Wunsches vieler psychisch beeinträchtigter Menschen, zu arbeiten und den vielen positiven Auswirkungen von Arbeit, stehen wenige in einem kompetitiven Arbeitsverhältnis. Nur ein Drittel der Patienten in Psychiatrischen Kliniken ha-

ben bei Klinikeintritt eine Arbeitsstelle im allgemeinen Arbeitsmarkt, davon verlieren 40 % ihre Stelle während der Hospitalisation (Cahn & Baer, 2003). Laut Jäckel (2008) erhalten auch nicht alle, von einer Invalidisierung bedrohten, psychiatrischen Patienten, Arbeitsrehabilitation angeboten. In Bezug auf die finanzielle Situation fand eine Studie aus der Schweiz heraus, dass von den befragten Teilnehmern mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung, 12 % von denen mit einer kompetitiven Arbeit, und 28 – 38 % von denen mit einem geschützten Arbeitsplatz, unter der Armutsgrenze leben (Rüesch et al., 2004).

2.1.2 Mit Blick auf die Invalidenversicherung

Vor zehn Jahren bezogen 56'067 Personen in der Schweiz wegen einer psychischen Erkrankung eine Invalidenrente, im Jahr 2008 waren es bereits 99'080 Personen (Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), 2008a). Der Anteil der Versicherten, die wegen einer psychischen Erkrankung eine IV-Rente beziehen, ist von 30 % (1999) auf 39 % (2008) aller IV-Renten-Bezüger angestiegen (BSV, 2008a). Zur besseren Übersicht wurde eine einfache Tabelle erstellt mit der Anzahl Rentner in der Schweiz nach Invaliditätsgrund (Auszug aus der Tabelle 6.2.2, BSV, 2008b)

Jahr	Anzahl IV-Bezüger						
	Geburts- gebrechen	Krankheiten				Unfall	Total
		Psychische Erkrankung	Nerven- system	Knochen- u. Bewegungs- organe	Andere Krankheiten		
1999	26'214	56'067	13'101	40'087	32'279	20'315	188'063
2008	28'406	99'080	17'331	51'271	32'407	23'567	252'062

Betrachtet man nur die Neurenten¹, unabhängig des Invaliditätsgrundes, ist seit 2004 ein stetiger Rückgang zu verzeichnen. (BSV, 2008a). Konzentriert man sich auf die Gebrechensgruppe der „Psychisch Kranken“ ist die Entwicklung jedoch weniger deutlich: Bei den Neurenten fand zwischen 1998 bis 2002 zuerst ein sehr

¹ Die Neurenten werden auf der Basis eines Vergleiches an zwei verschiedenen Zeitpunkten berechnet. Die Neurenten für das Jahr 2007 ergeben sich z.B. aus dem Vergleich der Personen, die im Januar des Jahres 2008 eine Renten bezogen, aber im Januar 2007 noch keine Rente erhielten.

starkes Wachstum statt, das danach bis 2007 wieder rückläufig war, aber im Gegensatz zu den anderen Gebrechensgruppen nicht unter den Stand von 1998 sank (BSV, 2008b).

Ein Grossteil der Personen mit einer IV-Rente wegen psych. Erkrankung (81 %) hat einen Invaliditätsgrad zwischen 70 und 100 % (BSV, 2008b). Dies wirkt sich ebenso auf hohe Kosten aus, wie die Tatsache, dass auch viele junge Leute wegen einer psychischen Krankheit berentet werden.

Trotz der insgesamt positiveren Entwicklung machte die IV 2008 ein Defizit von über 1,3 Milliarden Schweizer Franken und erhöhte ihre aufkumulierten Schulden beim AHV-Fonds auf rund 13 Milliarden Franken (BSV, 2009).

2.1.2.1 5. IV-Revision

Um diesen riesigen Verlusten entgegenzuwirken, ist am 1. Januar 2008 die 5. IV-Revision eingeführt worden. Eines der Hauptziele dabei ist die Reduktion der Neurenten durch strikte Anwendung des Grundsatzes „Eingliederung vor Rente“ (BSV, 2008a). Der IV stehen dabei mehrere Instrumente zur Seite: Meldeformular zur Früherfassung, Früherfassungsgespräch, Frühintervention (z.B. Arbeitsplatzanpassung, Arbeitsvermittlung, Ausbildungskurse), Integrationsmassnahmen (Sozialberufliche Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen) sowie Anreizmassnahmen für Arbeitgeber (Einarbeitungszuschuss bei der Anstellung von gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern und Entschädigung bei der Weiterbeschäftigung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen).

2.1.3 Aus volkswirtschaftlicher Sicht

Im Monitoringbericht zur psychischen Gesundheit in der Schweiz (Schuler, Rüesch, Weiss, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2007, S. 11) steht: „Volkswirtschaftliche Folgekosten von psychischen Krankheiten belaufen sich auf durchschnittlich drei bis vier Prozent des Bruttoinlandprodukts (Gabriel & Lilimatainen, 2000). Zwei Drittel entfallen auf Produktivitätseinbussen und ein Drittel auf lange Arbeitsabwesenheiten (Lachenmeier, 2002 [sic]).“ Auf das Jahr 2005 ausge-

rechnet, ergeben das für die Schweiz Folgekosten von über 18 Milliarden Schweizerfranken (Schuler et al., 2007).

2.1.4 Sicht auf die Arbeitgeber

Eine Befragung (Baer, 2007) bei rund 750 kleineren und mittleren Unternehmen im Kanton Basel Land zeigte, dass psychisch Beeinträchtigte von Arbeitgebern beim Auswahlverfahren für eine Stelle stark stigmatisiert werden. Viele der befragten Arbeitgeber berichteten über schlechte Erfahrungen mit psychisch beeinträchtigten Angestellten. Die befragten Unternehmen wünschen sich mehr Anreizsysteme wie Risikominimierung (Probebeschäftigung, Übernahme der Sozialversicherungsbeiträge, Ersatz bei Krankheitsausfall, finanzielle Sicherheit) und fachliche Unterstützung (Beratung und Information über die Behinderung, langfristiges Coaching, Help Line).

Zusätzlich zu den hohen Kosten wegen Fehlzeiten, besteht für Arbeitgeber das Risiko, dass psychisch beeinträchtigte Personen an der Arbeitsstelle überfordert sein könnten und die Stelle wieder verlassen müssten, was wiederum zu Kosten sowie einem Know-How-Verlust führen würde.

2.2 Wiedereingliederung von psychisch beeinträchtigten Menschen in die Arbeit – die Praxis

2.2.1 Traditionelle Arbeitsrehabilitation

In der Arbeitsrehabilitation wird traditionell ein schrittweiser Wiedereinstieg in die Arbeit angestrebt. Dabei wird eine beeinträchtigte Person zuerst im geschützten Rahmen auf die Wiedereingliederung vorbereitet und erhält danach - falls sie den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes genügt - eine Stelle (Rüst & Debrunner, 2004). Viele schaffen allerdings den Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht. (Becker & Drake, 2003; Hoffmann, 2005). Vorbereitende Massnahmen sind beispielsweise das Training von Fertigkeiten und Ausdauer oder Um-

schulung. Bei diesem Vorgehen wird oft auch von „first train, than place“ (zuerst Trainieren, dann Platzieren) gesprochen. Dieser Ansatz ist heute auch in der Schweiz weit verbreitet. Ende der 70er Jahre wurde zunehmend erkannt, dass dieser Grundsatz wenig zur beruflichen Integration von Menschen mit Behinderungen beitrug (European Union of Supported Employment, 2005). Becker und Drake (2003) schreiben, dass es höchst ineffizient ist, einer Person spezifische Fertigkeiten beizubringen, die für den Erfolg bei der Arbeit wichtig sein sollen, wenn noch nicht bekannt ist, was für eine Arbeit die Person später machen wird. Gemäss Bond (1998; zit. nach Becker & Drake, 2003, S. 15) entsprechen in solchen Berufstrainingsprogrammen die Aufgaben kaum den Interessen der Teilnehmer und die Leute verlieren häufig das Interesse und die Motivation. Zudem schreibt er, dass es wenig oder gar keine Evidenz dafür gibt, dass diese Programme den Leuten wirklich helfen eine kompetitive Arbeit zu finden. Bei neueren Modellen in der Arbeitsrehabilitation werden diese Aspekte vermehrt berücksichtigt, so zum Beispiel beim Supported Employment:

2.2.2 Supported Employment

Ein evidenzbasiertes Modell zur Wiedereingliederung von Menschen mit einer Leistungsbeeinträchtigung in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist das Supported Employment. Dabei wird nach dem Prinzip „first place, than train“ (zuerst Platzieren, dann Trainieren) verfahren. Also gerade in umgekehrter Abfolge als beim vorher beschriebenen traditionellen Ansatz. Das Ziel davon ist, dass Menschen mit einer Leistungsbeeinträchtigung möglichst rasch eine ihren Interessen entsprechende, bezahlte Arbeitsstelle im allgemeinen Arbeitsmarkt finden und aufrechterhalten können. Die betroffene Person, ihr Arbeitgeber und gegebenenfalls das Arbeitsteam werden beim gesamten Integrationsprozess von einem so genannten Job Coach professionell und zeitlich unbefristet, unterstützt.

Das Modell des Supported Employment wurde in den 80er Jahren in den USA für Menschen mit Entwicklungsstörungen entwickelt. Es wurde dann für Personen mit psychischer Beeinträchtigung adaptiert und mit Gedankengut aus anderen Modellen ergänzt (Bond, Drake, Mueser & Becker, 1997; zit. nach McGrew & Griss,

2005). Supported Employment wird in verschiedenen Ländern in verschiedenen Variationen angeboten, z.B. Choose-Get-Keep-Model, Transitional Employment oder Individual Placement and Support (Auerbach, 2001). Individual Placement and Support (IPS) wurde entwickelt, um Supported Employment standardisiert anbieten zu können (Bond, Becker, Drake, Rapp, Meisler, Lehmann, Bell & Blyler, 2001a). Es ist das am umfangreichsten beschriebene und erforschte Supported Employment Modell für die Wiedereingliederung psychisch beeinträchtigter Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt (Becker & Drake, 2003). Sowohl in der Literatur, wie auch in der Praxis wird für das IPS einfachheitshalber oft der bekanntere Begriff Supported Employment verwendet.

2.2.3 Individual Placement and Support

IPS funktioniert sehr ähnlich wie das oben kurz beschriebene allgemeine Supported Employment. Die Rolle des Job Coach wird beim IPS „Employment Specialist“ (Employment Spezialist) genannt. Ein Unterschied zwischen Supported Employment und IPS ist, dass beim IPS die Employment Spezialisten direkt im psychiatrischen Team integriert sind. Zudem darf es beim IPS keine Ausschlusskriterien geben, wie z.B. Suchtkrankheiten. Alle, die Interesse an kompetitiver Arbeit haben, werden im Programm eingeschlossen (Becker & Drake, 2003).

2.2.3.1 Kernprinzipien von IPS:

Empirisch abgeleitete Kernprinzipien von IPS nach Becker & Drake (2003) sind:

1. **Berufliche Rehabilitation** ist ein **integrierter Bestandteil** der **psychiatrischen Behandlung** (und nicht ein separates Angebot).
2. Das Ziel von IPS ist **kompetitive Arbeit**, eingebettet in eine Arbeitsumgebung (anstatt geschützte oder isolierte Arbeitserfahrung).
3. Leute mit schwerer psychischer Krankheit können **direkt** kompetitive **Arbeit erhalten** und erfolgreich ausführen **ohne vorangehendes Arbeitstraining**.

4. Die **berufliche Einschätzung (Assessment) wird kontinuierlich, basierend auf kompetitiven Arbeitserfahrungen** vorgenommen. Es werden keine Erhebungen in künstlicher oder geschützter Umgebung gemacht. Das heisst, dass Erhebung und Beurteilung von Stärken, Vorlieben, dem beruflichen Werdegang und der Passung zwischen dem Individuum und der Arbeitsumgebung ein fortlaufender Prozess ist, der bis zum Austritt der Person aus dem Programm andauert. Jede zusätzliche Arbeitserfahrung gibt wiederum neue Informationen über die Fähigkeiten einer Person und die Herausforderungen, die sich ihr stellen.
5. **Langfristige und umfassende Unterstützung**, angepasst an die Bedürfnisse des Klienten. Die Unterstützung ist zeitlich unbegrenzt.
6. Die Suche des **Arbeitsplatzes**, die Offenlegung der psychiatrischen Erkrankung und die Unterstützung am Arbeitsplatz **basieren auf den Entscheidungen, Wahlmöglichkeiten und Vorlieben des Klienten**, und nicht auf dem Ermessen des IPS-Anbieters.
7. Der **Service** wird **in der Gemeinde / Öffentlichkeit** (community) angeboten und nicht innerhalb des psychiatrischen oder rehabilitativen Settings. (damit ist gemeint, dass Treffen wann immer möglich z.B. in einem ruhigen Café oder in einem Park abgehalten werden sollen, anstatt im Büro in der Klinik).
8. Ein **multidisziplinärer Teamansatz** begünstigt die Integration der beruflichen, klinischen und unterstützenden Angebote (anstatt parallel verlaufende Interventionen in getrennten Systemen oder Institutionen).

Zur Qualitätssicherung gibt es beim IPS zwei Skalen, die messen, wie stark ein IPS-Programm die Kernprinzipien und andere wichtige Grundsätze einhält (McGrew & Griss, 2005): Dies sind die IPS Fidelity Scale von Drake und Becker (1996) und die Quality of Supported Employment Implementation Scale (QSEIS) von Bond, Picone, Mauer, Fishbein & Stout (2000).

Im Folgenden wird genauer darauf eingegangen, wie IPS praktisch abläuft und welche Aufgaben der Employment Specialist innehat.

2.2.3.2 Aufgaben eines Employment Spezialisten nach Becker und Drake (2003)

Der Employment Spezialist unterstützt Klienten beim Finden und Aufrechterhalten einer Arbeit. Er bietet die gesamte Bandbreite des Supported Employment an, dafür hat er nur eine kleine Klientengruppe von maximal 25 Klienten.

Er arbeitet eng mit dem Behandlungsteam (Klient, Case Manager, Psychiater, andere involvierte Berufsgruppen, auf Wunsch des Klienten auch Familienmitglieder oder Freunde) zusammen um sicherzustellen, dass der Bereich Arbeit, bei interessierten Klienten, auch wirklich ein Teil der Behandlung wird.

Der Employment Spezialist baut eine vertrauensvolle und partnerschaftliche Beziehung zum Klienten auf. Damit der Klient sich gut entscheiden kann, berät der Employment Spezialist ihn auch über die sozialen Unterstützungsleistungen (Renten) und darüber, wie diese evtl. beeinflusst werden durch das Aufnehmen einer bezahlten Arbeit. Die beiden diskutieren die Vor- und Nachteile einer Offenlegung der psychiatrischen Krankheit gegenüber potentiellen Arbeitgebern.

In Gesprächen sammelt der Employment Spezialist Informationen darüber, was der Klient gerne machen möchte und was seine Stärken, Fähigkeiten, Interessen, Erfahrungen sind, um dann einen passenden Job zu suchen. Dabei wird davon abgesehen traditionelle Assessments und Tests wie z.B. Papier-und-Bleistift-Tests² oder Arbeitsproben durchzuführen. Dieser Prozess des Informationensammelns zieht sich über den gesamten Zeitraum weiter, in dem der Klient im IPS-Programm involviert ist. Jede neue Arbeitserfahrung liefert neue Informationen. Nach dem ersten Informationensammeln wird ein individueller Plan für den Klienten aufgestellt. Dieser enthält die kurz- und langfristigen Ziele, die nächsten Schritte um die Ziele zu erreichen und die identifizierte Unterstützung dabei. Danach wird gemeinsam versucht, einen, den Interessen und Fähigkeiten des Klienten entsprechenden, Arbeitsplatz zu finden oder allenfalls zu entwickeln. Wichtig ist hier: Es geht nicht darum, den Klienten einem Arbeitsplatz anzupassen, sondern die individuellen Schwierigkeiten, Herausforderungen und die Art des Klienten von Anfang an bei der Arbeitssuche zu berücksichtigen. Um einen Arbeitsplatz zu fin-

² Papier-und-Bleistift-Tests sind Tests, wo der Proband zum Beispiel Arbeitsblätter ausfüllen muss zur Testung seiner Konzentrationsfähigkeit

den braucht es Kreativität, Ausdauer, Beharrlichkeit und gute Netzwerke. Herkömmliche Methoden werden dazu ebenso genutzt wie eher unkonventionelle Möglichkeiten wie z.B. Direktkontakte mit Arbeitgebern, die Beziehungsnetze des Teams nutzen, die Augen offen halten, ob irgendwo eine neue Stelle geschaffen werden könnte. Den potentiellen Arbeitgebern wird dann die Verbindung aufgezeigt zwischen den Anforderungen der Stelle und den Fertigkeiten und Interessen des Klienten.

Wurde eine Stelle gefunden, geht die Unterstützung weiter. Zum Beispiel kann gemeinsam geschaut werden, wie der Klient den Arbeitsweg meistern kann und ob er saubere Kleidung hat für die Arbeit. Auch ein Gespräch über verschiedene Arbeitskulturen und Regeln bei der Arbeit wäre als Unterstützungsmassnahme denkbar. Wenn der Klient zu arbeiten begonnen hat, bleibt der Employment Spezialist weiterhin und zeitlich unbefristet mit ihm in Kontakt und bietet ihm individuelle Unterstützung an damit er seinen Arbeitsplatz behalten kann. Auf Wunsch des Klienten trifft sich der Employment Spezialist auch mit dem Arbeitgeber, unterstützt ihn z.B. mit den nötigen Informationen über das Krankheitsbild und hilft so Stigmatisierungen abzubauen oder handelt mit ihm Anpassungen des Arbeitsplatzes oder Arbeitsablaufes aus (z.B. Möglichkeit individuell die Pausen zu gestalten).

2.2.3.3 Wirksamkeit von IPS

Es gibt weltweit viele Studien und Literaturreviews über IPS. Die meisten dieser Studien sind quantitativ und befassen sich mit der Wirksamkeit dieser Programme hinsichtlich „Finden eines Arbeitsplatzes in der freien Wirtschaft“. Bond (2008) fasste in einem Review 11 randomisierte, kontrollierte Studien zusammen, bei denen die Interventionsgruppen IPS erhielten und die Kontrollgruppen traditionelle Arbeitsrehabilitation. Darunter befand sich unter anderem auch die europäische Multicenter Studie EQOLISE (Burns, Catty, Becker, Drake, Fioritti, Knapp, Lauber, Rössler, Tomov, van Busschbach, White & Wiersma, 2007), die unter anderem auch in der Schweiz durchgeführt wurde. Bei all diesen Studien fanden signifikant mehr Leute aus der Interventionsgruppe mit IPS eine Arbeitsstelle in der freien Wirtschaft, als Leute aus den Kontrollgruppen. Durchschnittlich fanden 61 % der Teilnehmenden an IPS Programmen eine kompetitive Arbeitsstelle. In der Kontroll-

gruppe waren es im Schnitt lediglich 23 %. Sieben von diesen Studien untersuchten zusätzlich, wie lange (Anzahl Tage) es dauerte, bis die Teilnehmer ihre erste Stelle antreten konnten. Bei den IPS-Interventionsgruppen waren dies durchschnittlich 137 Tage, gegenüber 205 Tagen bei den Kontrollgruppen. Bezüglich ausserberuflicher Resultate wie beispielsweise Lebensqualität oder Symptomrückgang sind die Resultate weniger klar. Klienten, die unter Wettbewerbsbedingungen arbeiten, berichten jedoch über höheres Selbstwertgefühl und bessere Symptomkontrolle (Bond, Resnick, Drake, 2001b). Die Hypothese, dass die Teilnahme an IPS Programmen wegen erhöhtem Stress negative Auswirkungen auf die psychiatrischen Symptome, die allgemeine Gesundheit und die Anzahl psychiatrischer Hospitalisationen hat, konnte widerlegt werden (Bond et al., 2001a).

2.2.4 Supported Employment in der Schweiz

In der Schweiz gibt es vereinzelt Stellen, die Supported Employment anbieten (z.B. das Berner Job Coach Projekt oder die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich). Gemäss Rüst & Debrunner (2005) gibt es in der Deutschschweiz daneben eine Reihe weiterer Fachstellen, die Supported-Employment-ähnliche Dienstleistungen anbieten, die jedoch unabhängig vom Supported Employment entstanden sind. Neu gibt es an der Hochschule Luzern ein Programm Certificate of Advanced Studies in Job Coaching – Supported Employment (Hochschule Luzern, o.D.). Zudem gibt es seit 2008 neu einen Verein Supported Employment Schweiz und die Schweiz wurde kürzlich Mitglied bei der European Union of Supported Employment (EUSE). All diese Entwicklungen zeigen deutlich auf, dass Supported Employment in der Schweiz zunehmend an Bedeutung gewinnt.

2.3 Ergotherapie und ergotherapeutische Arbeitsrehabilitation

Ergotherapie geht davon aus, dass Betätigung - und somit auch Arbeit - das Wohlbefinden und die Gesundheit positiv beeinflussen und therapeutische Effekte erzielen kann (World Federation of Occupational Therapists – WFOT, 2004a). In der

derzeit noch aktuellen Berufsdefinition des ErgotherapeutInnen-Verbands Schweiz (EVS, o.D.) steht:

„Ergotherapie [...] ist eine ganzheitlich ausgerichtete medizinische Behandlung, die psychologische, pädagogische und soziale Aspekte einbezieht. Ergotherapie geht davon aus, dass Tätigsein ein menschliches Grundbedürfnis ist, und dass gezielt eingesetzte Tätigkeit eine therapeutische Wirkung hat. Die sorgfältige Erfassung des Menschen in seiner gesamten Lebenssituation ist Voraussetzung für therapeutisches Planen und Behandeln mit ausgewählten Tätigkeiten. Das Auswerten des Behandlungsverlaufes garantiert ein individuelles, dem Genesungsprozess angepasstes Behandlungsprogramm.“

Der ergotherapeutische Weltverband drückt sich noch etwas genauer aus. Im Ethikkodex (WFOT, 2004b) steht unter anderem, dass Ergotherapeuten zu evidenzbasiertem Arbeiten³ verpflichtet sind. Und die Berufsdefinition (WFOT, 2004a) benennt als Hauptziel der Ergotherapie: den Menschen zu ermöglichen, an ihren Alltagsaktivitäten teilzunehmen. Im AOTA-Framework⁴ steht, dass Ergotherapeuten ihr Fachwissen auf, für das Individuum, bedeutungsvolle Betätigungen und Aktivitäten richten (Reichel, 2005). Diese Aktivitäten werden in verschiedenen Betätigungsfeldern kategorisiert: ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens), IADL's (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens), Bildung und Ausbildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Partizipation (Reichel, 2005). Weiter steht im Framework, dass keines der Elemente im ergotherapeutischen Gegenstandsbereich wichtiger oder unwichtiger als ein anderes ist (Reichel, 2005). Damit wird deutlich, dass der Bereich Arbeit ein sehr wichtiges Thema für die Ergotherapie ist. In der Praxis ist die Arbeits-

³ Evidenzbasierte Praxis fordert von Therapeuten die Integration von klinischer Erfahrung, Studienergebnissen aus der systematischen Forschung und die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Klienten (Voigt-Radloff, 2007).

⁴ Das AOTA-Framework wurde vom amerikanischen Berufsverband entworfen mit dem Ziel eine einheitliche Systematisierung der Ergotherapie zu erreichen. Im AOTA-Framework wird der Gegenstandsbereich der Ergotherapie bestimmt, Begriffe werden definiert und die Ziele und Prozesse der Ergotherapie beschrieben (Reichel, 2005)

rehabilitation in der Schweiz allerdings eher ein kleines Gebiet der Ergotherapie und die Angebote beschränken sich meist auf traditionelle Ansätze zur Wiedereingliederung. Dies wahrscheinlich, weil die Forschungsergebnisse in der Arbeitsrehabilitation in der Schweiz nur spärlich in die ergotherapeutische Praxis einfließen (Jäckel, 2008).

Persönliche Anfragen an die drei Schweizer Fachhochschulen mit Studiengang Ergotherapie ergaben folgende Resultate betreffend Unterricht in Arbeitsrehabilitation: An der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) wird im Studiengang Ergotherapie seit 2006 „Behandlungsverfahren in der Arbeitsrehabilitation“ unterrichtet. Die Ergotherapie-Studierenden der Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (Hes so) in Lausanne erhalten ebenfalls Unterricht auf diesem Gebiet. Einzig die Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) bietet keinen Unterricht in Arbeitsrehabilitation an.

In Anbetracht der oben beschriebenen Entwicklungen ist jedoch anzunehmen, dass die Arbeitsrehabilitation bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in Zukunft stark an Bedeutung gewinnen wird. Ergotherapeuten sind, wie Jäckel (2008, S. 72) es schön beschreibt, „Expertinnen für betätigungsorientierte rehabilitative Ansätze an der Person und der Umwelt“. Es wäre wichtig, dass sie sich in Zukunft vermehrt am arbeitsrehabilitativen Diskurs beteiligten und ihren Stellenwert innerhalb der klinischen und rehabilitativen Versorgung sicherten und ausbauen (Jäckel, 2008).

2.3.1 Ergotherapeuten als Anbieter von IPS in der Schweiz

Supported Employment und IPS sind in der Schweizer Ergotherapie kaum verbreitet. Mittels Recherchen im Internet und persönlichen Anfragen bei Fachpersonen des Supported Employments konnte in der Deutschschweiz einzig die 2009 neu eröffnete ergotherapeutische Praxis RehaWIn mit Supported Employment Angebot ausfindig gemacht werden. Da davon auszugehen ist, dass Arbeitsrehabilitation ein zukunftssträchtiges Gebiet der Ergotherapie ist und die Modelle Supported Employment und IPS hierfür die stärkste Evidenz aufweisen, drängt sich die Frage

auf, ob Supported Employment bzw. IPS in der Schweiz mögliche Angebote der Ergotherapie sein könnten.

2.4 Die Problemstellung

Psychisch beeinträchtigte Menschen wollen und können arbeiten. Das Individual Placement and Support ist ein sehr wirkungsvolles Supported Employment Modell das psychisch beeinträchtigten Menschen zur Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt hilft. Es läuft nach dem Prinzip: „zuerst Platzieren, dann Trainieren“ ab. In der Schweiz und auch in der Schweizer Ergotherapie wird jedoch vorwiegend nach dem traditionellen arbeitsrehabilitativen Ansatz gearbeitet, wobei nur niedrige Wiedereingliederungsraten erzielt werden. Dies obwohl Ergotherapeuten eigentlich verpflichtet sind, ihren Klienten die best mögliche Therapie anzubieten. Daraus resultiert die Frage, ob Supported Employment / IPS mögliche Angebote der Ergotherapie sein könnten.

2.5 Fragestellung

Eine offene Frage dabei ist: Welche Kompetenzen braucht ein Employment Spezialist, um evidenzbasiertes Individual Placement and Support zur Wiedereingliederung von psychisch beeinträchtigten Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt anzubieten und können Ergotherapeuten in der Schweiz die Rolle des Employment Spezialisten einnehmen?

Kompetenzen nach Erpenbeck & von Rosenstiel (2007, S. XI) sind: „Selbstorganisationsdispositionen des gedanklichen und gegenständlichen Handelns“. Die beiden Autoren beschreiben weiter, dass Kompetenzen aus Fertigkeiten, Wissen, Qualifikationen, sowie aus etwas, „das die Handlungsfähigkeit in offenen, unsicheren, komplexen Situationen erst ermöglicht, beispielsweise selbstverantworteten Regeln, Werten und Normen als „Ordner“ des selbstorganisierten Handelns“ (Erpenbeck & Rosenstiel, 2007, S. XII) bestehen.

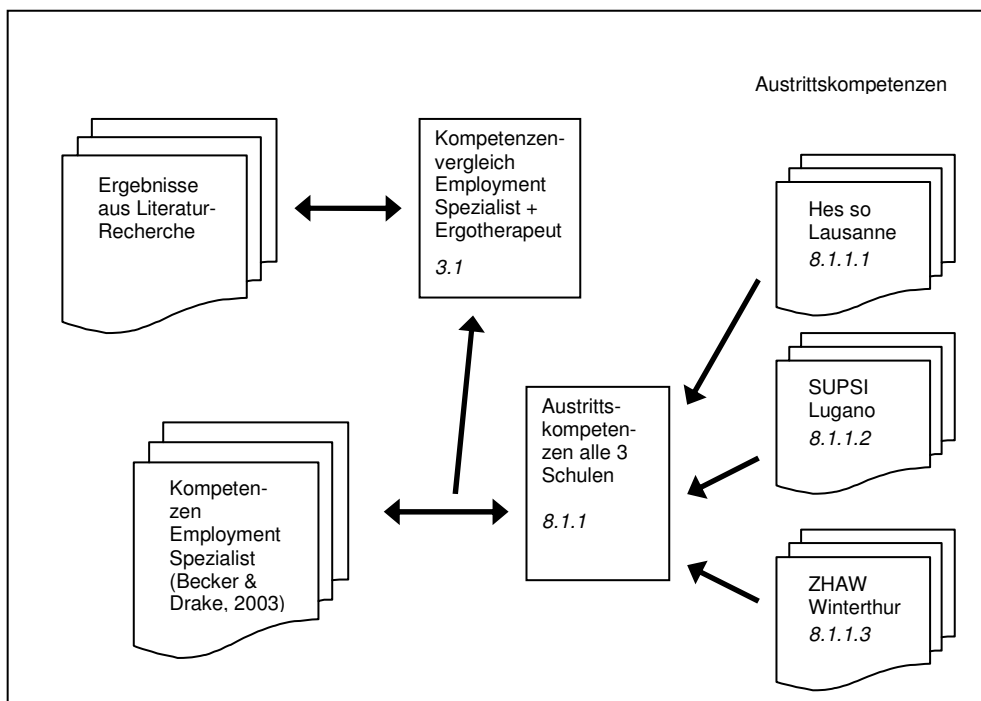
2.6 Methodik / Abgrenzung

Die Literatursuche wurde in den Datenbanken CINAHL, PsychINFO, AMED, The Cochrane Library, OTDBase und OT Seeker durchgeführt. Um aktuelle Literatur in diese Arbeit einfließen zu lassen, wurde die Suche auf die Jahre 2000 – 2009 beschränkt. Die Suche wurde mit den Schlüsselwörtern: [“Supported Employment“, “vocational rehabilitation“, “Individual Placement and Support”] und [“mental health“, “psychiatry“, “severe mental illness“, “mental disorder“, “mentally ill“, “schizophrenia”] gestartet. Bei den gefundenen Resultaten wurden Titel und Abstract überflogen und nicht passende Resultate aussortiert. Die verbleibenden Studien und Artikel wurden in einer Tabelle grob nach Relevanz und Inhalt geordnet und für das Verfassen des Einleitungsteils benutzt. In einer weiteren Suchrunde wurden danach die Resultate aus der ersten Runde einerseits mit Ergotherapie und andererseits mit Begriffen bezüglich Kompetenzen und Berufsprofil kombiniert. Zu Letzterem wurden allerdings keine Studien oder Artikel gefunden. Die Suche zum Thema Ergotherapie und Supported Employment ergab neun Resultate. Bei den gefundenen Artikel und Studien wurde das Abstract genau gelesen um nicht zur Fragestellung passende Studien ausschliessen zu können. Dabei wurde die qualitative Studie von Liu, Hollis, Warren & Williamson (2007) ausgeschlossen, weil sie nicht relevant für die Fragestellung war (das IPS-Programm wurde nicht von Ergotherapeuten angeboten). Ein Artikel (Henry, 2005) musste ebenfalls ausgeschlossen werden, weil keine Möglichkeit gefunden wurde, diesen zu bestellen.

Bei den verbleibenden Artikeln und Studien wurden die Literaturverzeichnisse nach weiterer passender Literatur abgesucht, was einen zusätzlichen Artikel ergab. Unter den verbleibenden Resultaten waren drei Studien, 2 Literaturreviews und 3 Artikel. Die Studien wurden mittels des Formulars Critical Review Form – Quantitative Studies (Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland, 1998) beurteilt. Zudem wurden die Studien und die zwei Practice Evaluation Artikel grob auf ihre IPS-Modell-Treue (Fidelity) eingeschätzt. Die japanischen Studien (Oka, Otsuka, Yokoyama, Mintz, Hoshino, Niwa & Liberman, 2004; Fuller, Oka, Otsuka, Yokoyama, Liberman & Niwa, 2000) wurden dabei ausgeschlossen, weil sie ein gemischtes Programm von Ergotherapie und Supported Employment anboten, wobei sich die

ergotherapeutische Vorbereitung zum Teil über Jahre erstreckte, was eine grobe Verletzung der IPS-Prinzipien darstellt.

Da es keine passenden Studien für die Schweiz gab, wurden die drei Fachhochschulen, die in der Schweiz Ergotherapie-Studiengänge anbieten, für die Austrittskompetenzen der Studierenden angefragt. Die einzelnen Kompetenzen wurden dann auf Deutsch übersetzt, in einer Tabelle einander gegenübergestellt und zusammengefasst. Wie bereits erwähnt, konnte für die Seite der Employment Spezialisten keine Studien gefunden werden, die die erforderlichen Kompetenzen explizit und vollständig identifizieren. Deshalb wurden die Kompetenzen aus dem Buch „A working life for people with mental illness“ von den Begründern des IPS, Becker & Drake (2003), zusammengetragen und dann in einer Tabelle den identifizierten Austrittskompetenzen der Fachhochschulen gegenübergestellt (vgl. Grafik)



Grafische Darstellung der Vorgehensweise. Die kursiven Zahlen stehen für die entsprechenden Kapitel.

3. Hauptteil

3.1 Angefertigter Kompetenzenvergleich Employment Spezialist und Ergotherapeut

Im Folgenden werden die benötigten Fähigkeiten und Kompetenzen und das Wissen eines Employment Spezialisten dargestellt und mit den Austrittskompetenzen der Absolventen eines Ergotherapie-Studiums in der Schweiz verglichen. Von den Kompetenzen der Ergotherapeuten wurden nur diejenigen aufgeführt, die in relevantem Zusammenhang mit den Aufgaben und Kompetenzen eines Employment Spezialisten stehen. Zur besseren Übersicht wurde dies tabellarisch dargestellt.

Employment Spezialist	Ergotherapeuten in der Schweiz
Quelle: Becker & Drake (2003)	Quelle: Resultate aus der eigens angefertigten Gegenüberstellung der Austrittskompetenzen der drei Fachhochschulen in der Schweiz (Quellen: Hes so (2007), ZHAW (2007) und SUPSI (2005)); der Vergleich liegt im Anhang bei.
Kommunikation / Interaktion	
Interpersonelle Fertigkeiten um effektiv mit Team-Mitgliedern, Arbeitgebern Klienten und Familienangehörigen zu arbeiten	Aufbau einer therapeutischen Beziehung / Partnerschaft geprägt von Respekt und Empathie (20) ⁵
Gute Gesprächsführungstechnik (z.B. aktives Zuhören, Zusammenfassen, spiegeln), klientenzentrierte Sprache	Klar und angepasst mit verschiedenen Partnern kommunizieren können (21) Arbeiten nach dem klientenzentrierten Ansatz (1)
Eine partnerschaftliche Beziehung zum Klienten aufbauen können	Kennen und Anwenden von ethischen Prinzipien und Theorien (10)
Empathie und Sensibilität um den individuellen Klienten gut zu verstehen und emotional zu unterstützen	
Fertigkeiten um den Klienten zu engagieren	

⁵ Die Nummer bezieht sich auf die Nummerierung im Formular „Vergleich der Austrittskompetenzen von den drei Fachhochschulen“

Fähigkeit zur effizienten Zusammenarbeit mit andern Team-Mitgliedern	Kooperativ mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten (25)
Für den Klienten einstehen können gegenüber anderen Teammitgliedern, Arbeitgebern und Angehörigen	(→ enthalten im Klientenzentrierten Ansatz (1))
Professionelles Auftreten potentiellen Arbeitgebern gegenüber	
Geschick, sich positiv in Beziehung zu bringen / zu verknüpfen mit potentiellen Arbeitgebern, Netzwerkarbeit	
Beratungs-Fertigkeiten	(→ enthalten im Klientenzentrierten Ansatz (1))
Ökonomie und Arbeitsorganisation / Berufsspezifische Kenntnisse	
Fähigkeit zur Identifikation von Interessen, Stärken, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Coping Strategien des Klienten, Herausforderungen und Abgleichung mit den Anforderungen eines Arbeitsplatzes.	Identifizieren von Barrieren und Ressourcen beim Klienten, Analyse von Aktivitäten und Umwelteinflüssen (4, 37, 39). Anwendung von Analyseinstrumenten und Assessments (38).
Kenntnisse über eine breite Palette an Berufen und Arbeiten	
Kenntnisse und Erfahrungen in der Akquirierung von Arbeitsplätzen	
Vornehmen von Arbeitsplatzanpassung	Gezielter + angemessener Einsatz von Alltagshandlungen und weiteren anerkannten ergotherapeutischen Mitteln, Methoden, Techniken und Konzepten in der Behandlung (34) → z.B. Arbeitsplatzanpassung
Kenntnisse über Sozialversicherungssysteme, Renten, etc.	Sind vertraut mit institutionellen, rechtlichen, ökonomischen, politischen Zu-

	sammenhängen (z.B. Gesundheitssystem, Sozialversicherungen) und ihrer Bedeutung für das eigene Berufsfeld (26, 27)
<p>Business Skills</p> <p>(Business Skills sind Handlungsmuster, welche sich in den ökonomischen Situationsbereichen Konsum, Beruf und Gesellschaft wieder finden, z.B. Rekonstruktion von entscheidungsrelevantem Wissen bzgl. Produkten, Rahmenbedingungen und Regeln von Märkten, etc. (WidaWiki, 2009))</p>	
<p>Wissen haben über die wesentlichen psychischen Krankheiten inklusive Psychosen, Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, Gemütskrankheiten wie Depressionen und bipolare Störung, schwere Persönlichkeitsstörungen wie Borderline, Angststörungen, Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörung, Alkohol- und Drogenabhängigkeit.</p> <p>Kenntnisse über psychische Symptome, Behandlung, Medikation und Nebenwirkungen und über verschiedene Copingstrategien haben. Kenntnisse über die möglichen Einflüsse davon auf das Arbeiten haben.</p>	<p>Haben Grundkenntnisse in Naturwissenschaften der Humanmedizin und weiteren Bezugswissenschaften und können diese in die Praxis integrieren (15)</p> <p>Verstehen die Vielfalt menschlichen Handelns und können die Folgen von Einschränkungen auf das Handeln und die Partizipation verstehen (35)</p>
<p>Kreativität um Job-Möglichkeiten zu finden (z.B. beim Wechsel im Management von Firmen, wenn neue Gebäude gebaut werden, bei Geschäftseröffnungen, etc.)</p>	
<p>Fähigkeit zur Identifizierung + Arrangierung von Langzeit-Unterstützung am Arbeitsplatz für den Klienten</p>	

	Reflektierte Praxis (8)
Qualitätsmanagement	
	Engagieren sich für Qualitätssicherung (28). Erhalten, verbessern und entwickeln von Fachkompetenzen und Wissen und Integration in die Praxis (lebenslanges Lernen) (29).
Wissenschaft	
	Sind fähig englisch geschriebene, wissenschaftliche Texte zu verstehen (14, 16) und in die Praxis umzusetzen (41)

3.2 Resultate aus der Literaturrecherche

Studien zu Supported Employment befassen sich meist mit beruflichen Wiedereingliederungsraten. Es gibt nur wenige Studien, die andere Aspekte untersuchen und es konnten überhaupt keine Studien gefunden werden, die beispielsweise die notwendigen Kompetenzen von Employment Spezialisten untersuchten oder die explizit die Eignung der Ergotherapeuten als Anbieter von IPS untersuchten. Zum Thema Supported Employment und Ergotherapie im Bereich Psychiatrie wurden zur Beantwortung der Fragestellung 1 RCT-Studie, 2 Literaturreviews, 2 Evaluationsartikeln (Practice Evaluation) und ein weiterer Artikel mit einem Modellvergleich verwendet.

Auerbach (2001) beschreibt und vergleicht in ihrem Artikel ausführlich zwei, auf unterschiedliche Art und Weise erfolgreiche, arbeitsrehabilitative Modelle: IPS und den Menu Approach. Sie erläutert die Rolle des Ergotherapeuten bei beiden Modellen anhand eines Fallbeispiels. In ihrer Schlussfolgerung schreibt sie, dass Ergotherapeuten mit ihren Kenntnissen und Fähigkeiten gut vorbereitet sind um beide Programme ausführen zu können. Ergotherapeuten, die Supported Employ-

ment anbieten, können auf diesem Weg hervorragend die ergotherapeutische Praxis mit den Bedürfnissen des Klienten nach Produktivität verbinden. Und weiter sagt sie, dass die Werte und die Philosophie von Supported Employment mit denen der Ergotherapie kompatibel sind.

Davis und Rinaldi (2004) beschreiben in ihrem Artikel die Implementierung von IPS in der Ergotherapie eines Mental Health Trusts in England.

Wegen ihren mangelnden Kenntnissen in Bezug auf lokale Arbeitgeber, Stellenvermittlungszentren, Ausbildungsstätten, etc. werden die Ergotherapeuten bei ihrer Arbeit beraterisch unterstützt von einem „Mental Health Employment Koordinator“. Zudem erhalten sie Schulungen zu evidenzbasierter Arbeitsrehabilitation, Sozialversicherungen, Renten und Regeln. Die Ergotherapeuten führen bei diesem Programm die wesentlichen Schritte durch. Nachdem sie ein berufliches Profil des Klienten erstellt haben, beraten sie sich mit dem Koordinator und stellen gemeinsam einen Handlungsplan mit den Zuständigkeiten auf. Die Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche wird durch die Ergotherapeuten und / oder den Koordinator, evtl. unter Zuzug von anderen Organisationen wie Berufsberatung für Behinderte oder Stellenvermittlungszentren, angeboten. Wenn der Klient eine Stelle gefunden hat, geht die Unterstützung weiter, jedoch nicht durch die Ergotherapeuten, sondern durch so genannte „Pfleger Koordinatoren“.

Kin Wong, Chiu, Tang, Mak, Liu & Ning Chiu (2008) führten eine randomisierte kontrollierte Studie über ein IPS Programm bei psychisch Beeinträchtigten in Hongkong durch. Die Employment Spezialisten, die das IPS anboten, waren alleamt Ergotherapeuten mit mindestens einem Jahr Erfahrung in der Rehabilitation von psychisch Kranken. Das Programm erreichte, geratet an der Fidelity Scale, einen hohen Grad an IPS-Treue. 70 % der Teilnehmenden aus der IPS-Interventionsgruppe arbeiteten zu irgendeinem Zeitpunkt während der 18-monatigen Dauer der Studie in einem kompetitiven Arbeitsverhältnis. In der Kontrollgruppe mit herkömmlicher stufenweiser Arbeitsrehabilitation waren es lediglich 29 %.

Kirsh, Cockburn, Gewurtz (2005) machten einen Literaturbericht darüber, welches die beste ergotherapeutische Praxis in der Arbeitsrehabilitation ist. Sie identifizierten dabei aus 39 Studien 12 Eigenschaften/Merkmale, die den Erfolg der Arbeitsrehabilitation bei psychisch Kranken positiv beeinflussen. Der Literaturbericht befasst sich dabei nicht ausschliesslich mit Supported Employment oder IPS. Die meisten der 12 identifizierten Merkmale gehören jedoch zu den IPS-Prinzipien.

Über die Kompatibilität der 12 Merkmale mit der ergotherapeutischen Theorie und Praxis schreiben die Autoren, dass es viele Hinweise gebe, dass diese Merkmale beispielhaft mit ergotherapeutischen Prinzipien und Praktiken harmonisieren. Sie schreiben beispielsweise, der Glaube der Ergotherapeuten, dass aktives Engagement in den alltäglichen Betätigungen ein Mittel zur Selbstverwirklichung sei, unterstütze das IPS Prinzip der direkten und schnellen Platzierung, wo Lernen „in vivo“ passiere und zur Entwicklung von Selbstwirksamkeit beitrage. Die Autoren kommen zum Schluss, dass die gefundenen Merkmale offensichtlich gut vereinbar sind mit den Werten und Annahmen der Ergotherapie und dass ihre Einbindung in die Praxis dazu beiträgt, näher an den Bedürfnissen der Klienten zu arbeiten.

Moll, Huff & Detwiler (2003) verfassten einen Literaturbericht über IPS und diskutierten Schlussfolgerungen für die Ergotherapie. Sie stimmen mit Auerbach (2001) überein, dass die Werte und die Philosophie des Supported Employment mit denen der Ergotherapie kompatibel sind. Dann beschreiben sie ausführlich, welche Kompetenzen der Ergotherapeuten gut zum Supported Employment passen und welche Kenntnisse und Fertigkeiten den Ergotherapeuten noch fehlen. Alles in allem kommen sie zum Schluss, dass Ergotherapeuten ein gutes Fundament an Wissen und Fertigkeiten haben um sich als exzellente IPS-Anbieter zu positionieren.

Porteous & Waghorn (2007) fassen in einem Evaluationsbericht die Entwicklungen, Fortschritte und Ergebnisse der ersten fünf Jahre eines neu implementierten IPS Pilotprojekts zusammen. Das Programm wird in zwei psychiatrischen Früh-Interventionsstationen in Neuseeland angeboten und richtet sich an junge Erwachsene mit Psychosen. Es erreichte – unabhängig geratet an der Fidelity Scale – ein hohes Mass an IPS-Treue. Ein negativer Punkt dabei war, dass die Unterstützung

am Arbeitsplatz aus finanziellen Gründen nach zwei Jahren endet. Von 2002-2004 wurde das Programm von zwei Ergotherapeuten, die bereits auf den Frühinterventionsstationen angestellt waren, ausgeführt. 2004 wurde eine zusätzliche Person (nicht Ergotherapeut) angestellt und 2007 kam noch ein Arbeitsrehabilitations-Koordinator dazu, der einen Weiterbildungs-Plan für die Angestellten entwickelte und die internationalen Forschungsergebnisse in praktische Trainingsmaterialien für das Team übersetzte.

Resultate: Während dem ersten Zeitraum (2002–2004) erreichten 49 % der Teilnehmer ein berufliches Ergebnis. Während dem zweiten Zeitraum (2004–2006) schafften dies 59 % der Teilnehmenden. Unter beruflichem Ergebnis wurde hier entweder eine Vollzeit- oder Teilzeitanstellung oder der Beginn einer Vollzeit- oder Teilzeitausbildung / -schule sein. Die Resultate verbesserten sich während dem zweiten Zeitraum in Richtung internationaler Durchschnittswerte beim IPS. Als Nebeneffekt stellten sie fest, dass das gesamte Team vermehrt Fokus auf Klientenzentrierung, Ressourcenorientierung und Berücksichtigung des beruflichen Status bei der Behandlung zu legen begann. Durch den Rollenausbau zum Employment Consultant stieg die Arbeitszufriedenheit der Ergotherapeuten. Die Autoren kommen zum Schluss, dass Ergotherapeuten ideal qualifiziert sind um bei Klienten mit psychiatrischen Erkrankungen evidenzbasierte Arbeitsrehabilitation anzubieten. Als erforderliche Kompetenzen zur Ausführung der dynamischen Rolle eines Employment Consultant nennen sie Kenntnisse und Erfahrungen in der Anstellung von Behinderten, Kommunikationsfertigkeiten und relevante wirtschaftliche Qualifikationen.

3.3 Ergotherapeutische Kompetenzen, die gut zum IPS passen

Mehrere Autoren betonten die gute Vereinbarkeit des IPS mit dem ergotherapeutischen Schlüsselprinzip der Klientenzentrierung (Auerbach, 2001; Davis & Rinaldi, 2004; Kirsh et al., 2005; Moll et al., 2003; Porteous & Waghorn, 2007). In zwei Artikeln steht, dass es wichtig ist, dass die Anbieter von Supported Employment mit klientenzentrierter Praxis vertraut sind, damit sie die Klienten befähigen können, selber Ziele zu setzen und Entscheidungen zu treffen (Davis & Rinaldi, 2004; Moll

et al., 2003). Einigkeit gibt es auch zu ändern Fertigkeiten und Kompetenzen der Ergotherapeuten, die für die Arbeit als Employment Spezialisten sehr nützlich sind. So schreiben Auerbach (2001); Davis & Rinaldi (2004) und Moll et al. (2003) dass Ergotherapeuten sehr geübt und erfahren bei der Analyse von Aktivitäten sind, was zum Prozess der Entwicklung von neuen Arbeitsplätzen und zur Identifizierung von nötiger Unterstützung beiträgt sowie dabei hilft, eine Arbeitsstelle mit den aktuellen Fertigkeiten des Klienten abzugleichen (Moll et al., 2003). Für diesen Abgleich sehr förderlich ist zudem die Expertise der Ergotherapeuten, die Person und die Umwelt zu erfassen und die Interaktionen zwischen Person, Umwelt und Aktivität zu verstehen (Auerbach, 2001; Kirsh et al., 2005; Moll et al., 2003). Wenn ein Klient eine Arbeit gefunden hat, können Ergotherapeuten, wenn nötig, die Umwelt oder die Arbeit anpassen (Auerbach, 2001; Moll et al., 2003) oder mit dem Klienten nötige Fertigkeiten entwickeln (Kirsh et al., 2005) um seine Performanz zu optimieren. Eine weiterer wichtiger Aspekt für effektive Leistungserbringung sehen Auerbach (2001), Kirsh et al. (2005) und Moll et al. (2003) in der ergotherapeutischen Problem-Lösungs-Fähigkeit.

Um die Rolle des Employment Spezialisten ausführen zu können, braucht es zudem gute Kommunikationsfertigkeiten und die Fähigkeit zum Aufbau positiver therapeutischer Beziehungen – beides Elemente, die auch Voraussetzungen für die ergotherapeutische Praxis sind (Auerbach, 2001; Kirsh, 2005; Moll et al., 2003). Employment Spezialisten müssen, ebenso wie Ergotherapeuten, die Klienten in die Arbeit einbinden können (Auerbach, 2001; Moll et al., 2003) und Kenntnisse darüber haben, wie man Klienten etwas beibringt (Auerbach, 2001; Kirsh et al., 2005). Ergotherapeuten sind geübt darin Individuen bei der Ausführung ihrer Aufgaben zu unterstützen (Auerbach, 2001), bzw. unterstützende und integrierende Ansätze auf die Arbeit mit Klienten und Arbeitgebern anzuwenden (Kirsh et al., 2005). Obwohl Ergotherapeuten ein solides Fundament an Fertigkeiten und Kompetenzen haben, wurden auch Fertigkeiten identifiziert, die sie noch entwickeln oder ausbauen müssen um die Rolle des Employment Spezialisten effektiv ausführen zu können.

3.4 Fehlende Kompetenzen der Ergotherapeuten

Ergotherapeuten müssen ihren Fokus vermehrt auf die Entwicklung von, und den Zugang zu, Unterstützung in der Arbeitsumgebung legen (Moll et al., 2003). Sie müssen mit potentiellen Arbeitgebern ausserhalb der Psychiatrie Kontakte knüpfen und sich vernetzen um Arbeitsplätze zu finden und neu entwickeln zu können (Moll et al., 2003). Weiter schreiben diese Autoren, dass es wichtig ist, dass Ergotherapeuten ein gutes Verständnis der Arbeitgeber-Perspektive entwickeln und dass sie lernen müssen, wie man Klienten, gegenüber zukünftigen Arbeitgebern, vermarktet. Davis & Rinaldi (2004) sind ähnlicher Meinung. Sie schreiben, dass Ergotherapeuten ihre Kenntnisse über die lokalen beruflichen Ressourcen ausweiten müssen.

3.5 Diskussion

Alle im Ergebnisteil dargelegten Artikel und Studien sind aus dem Ausland und keine/r bezieht sich genau auf die Beantwortung der Fragestellung. Die beiden Practice-Evaluation-Artikel sowie der Artikel mit dem Modell-Vergleich sind mit besonderer Vorsicht zu interpretieren, da es sich dabei nicht um einwandfreie Forschungsberichte handelt. Sie wurden trotzdem in diese Arbeit integriert, weil sie über praktische Erfahrungen von Ergotherapeuten mit dem IPS Programm berichten und somit wichtige Quellen zur Beantwortung der Fragestellung darstellen.

Die verschiedenen Autoren sind sich, wie im Ergebnisteil beschrieben, einig in Bezug auf mehrere ergotherapeutische Kernprinzipien und -kompetenzen, die sehr nützlich für die Arbeit der Employment Spezialisten sind. Konsens besteht vor allem über die gute Verwendbarkeit des Klientenzentrierten Ansatzes beim IPS. Sumsion (2002) definiert den Klientenzentrierten Ansatz in der Ergotherapie wie folgt:

„Klientenzentrierte Ergotherapie ist eine Partnerschaft zwischen Therapeut und Klient. Den Betätigungszielen des Klienten wird

Priorität eingeräumt, sie stehen im Mittelpunkt von Erhebung und Therapie. Der Therapeut hört dem Klienten zu, respektiert dessen Massstäbe und adaptiert seine Interventionen so, dass sie den Bedürfnissen des Klienten gerecht werden. Der Klient ist aktiv an der Vereinbarung der Behandlungsziele beteiligt, und es wird ihm durch Training und Unterweisung ermöglicht, Entscheidungen zu treffen. Therapeut und Klient arbeiten gemeinsam an den herausgefundenen Schwierigkeiten, die durch unterschiedliche Umweltaspekte zustande kommen, damit der Klient seine Rollenerwartungen erfüllen kann.“ (S. 6)

Beim Lesen dieser Definition kann die Einigkeit über die Übertragbarkeit des Klientenzentrierten Ansatzes ins IPS gut nachvollzogen werden. Fast jede Aussage dieser Definition lässt sich irgendwo im IPS wieder finden: Sei es bei den Kernprinzipien (Berücksichtigung der Wahlmöglichkeiten des Klienten), bei den geforderten Kompetenzen eines Employment Spezialisten (z.B. Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung) oder bei seinen Aufgaben (z.B. gemeinsam Ziele setzen und Arbeitsplatz suchen oder den Klienten beraten, damit er Entscheidungen treffen kann).

Konsens besteht bei den zitierten Autoren zudem mehrheitlich über die ergotherapeutischen Kompetenzen bezüglich Analyse von Umwelteinflüssen, Kommunikation, Beziehungsaufbau, Verständnis der Interaktionen von Person, Umwelt und Betätigung, Fähigkeit zur Adaption der Umwelt und der Betätigung, Problemlösungsfähigkeit, Fähigkeit die Klienten einzubinden, zu unterstützen und ihnen etwas beizubringen sowie in Bezug auf die Aktivitätsanalysefähigkeiten. Joss (2007) schreibt, dass die Fähigkeiten, die es braucht um eine Arbeitsplatzanalyse durchzuführen, eine natürliche Erweiterung der Fähigkeiten sind, die Ergotherapeuten brauchen um Aktivitäten zu analysieren.

Die genannten Fähigkeiten und Kompetenzen stimmen mehrheitlich mit dem tabellarischen Kompetenzenvergleich Employment Spezialisten und Ergotherapeuten in der Schweiz (erstellt nach Becker & Drake, 2003; Hes so, 2007; SUPSI, 2005;

ZHAW, 2007) überein. Der erwähnte tabellarische Vergleich ergab noch zusätzliche Übereinstimmungen. So weisen Becker & Drake (2003) darauf hin, dass Employment Spezialisten Kenntnisse über die wesentlichen psychiatrischen Symptome, Krankheiten, Behandlungen, Medikationen (inkl. Nebenwirkungen), Copingstrategien und über die Einflüsse davon auf die Arbeit, haben sollten. Dies sind alles Inhalte von ergotherapeutischen Ausbildungen (vgl. dazu auch Kompetenz 15 und 35 in der Tabelle, bzw. im Anhang). Weitere Übereinstimmungen in der Tabelle sind die Fähigkeit zu effizienter Teamarbeit und das Verständnis von rechtlichen, ökonomischen und politischen Zusammenhängen (z.B. auch Kenntnisse über das Sozialversicherungssystem und Renten). Wobei Letzteres nach Meinung der Autorin noch stark ausgebaut werden müsste um effektives IPS anbieten zu können. Zumal das Schweizerische Sozialversicherungssystem sehr komplex ist und zum Teil kantonale Unterschiede in der Organisation bestehen wie z.B. bei der Invalidenversicherung.

Die Autoren, der im Ergebnisteil dargelegten Literaturen, schreiben, dass Ergotherapeuten nur mangelhafte Kompetenzen bezüglich Verstehen der Arbeitgeberperspektive, Akquirierung von Arbeitsplätzen, Netzwerkarbeit und Identifizierung von Unterstützung am Arbeitsplatz haben. Die gleichen fehlenden Elemente zeigten sich bei der Analyse des tabellarischen Vergleiches. Hier wurden zusätzlich auf der Seite der Ergotherapeuten noch Lücken bei den so genannten Business Skills und bei den Kenntnissen über die verschiedenen Berufe festgestellt. Im englischen Artikel (Davis & Rinaldi, 2004) wird beschrieben, dass den Employment Spezialisten deshalb eine Fachperson mit viel Berufserfahrung und guten Kenntnissen des lokalen Arbeitsmarktes zur Beratung zur Verfügung steht. Kritisch ist hier jedoch zu betrachten, dass diese Fachperson in England teilweise auch Aufgaben übernimmt, wie z.B. Bewerbungstraining oder Arbeitsplatzsuche. Becker & Drake (2003) erwähnen jedoch ausdrücklich, dass beim IPS der Employment Spezialist alle Aufgaben übernehmen soll.

Beim tabellarischen Vergleich fanden sich bei den Ergotherapeuten auch Kompetenzen, die beim IPS nicht explizit erwähnt wurden, nach Meinung der Autorin, jedoch ebenfalls wichtig sind für die Arbeit als Employment Spezialist. Ergotherapeu-

ten engagieren sich in ihrer Arbeit für die Qualitätssicherung. Dies zum einen, weil das Krankenversicherungsgesetz (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2009) von ihnen wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen fordert und zum andern, weil sie selber und auch ihre Klienten den Anspruch auf die bestmögliche Behandlung haben (Evidenzbasierte Praxis). Im Zuge der in Zukunft vermehrt zu erwartenden Sparmassnahmen im Gesundheitswesen, werden genau solche Kompetenzen, zur Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungskonzepten, vermehrt an Bedeutung gewinnen. Und zwar sowohl in der Ergotherapie, wie auch beim Supported Employment.

Eine Austrittskompetenz der Ergotherapeuten ist zudem die Fähigkeit, englisch geschriebene, wissenschaftliche Texte zu verstehen und in die Praxis umzusetzen. Dies wurde weder von Becker & Drake (2003), noch von den anderen Autoren genannt. Für die Arbeit in der Schweiz ist dies jedoch eine wichtige Kompetenz, da wissenschaftliche Artikel und Studien zu IPS ausschliesslich in Englisch publiziert werden. Weil IPS in der Schweiz noch wenig Verbreitung gefunden hat, ist es für Personen, die es anbieten wollen, umso wichtiger, sich an der englischen Fachliteratur zu orientieren um zu einer qualitativ hochwertigen Implementierung beizutragen. Supported Employment ist kein starres Gebilde. In Studien werden stetig neue Aspekte und Zusammenhänge untersucht um die Eingliederungsraten zu verbessern. Dies lässt vermuten, dass sich IPS auch in Zukunft weiterentwickeln wird. Und hierfür ist es wichtig, dass sich Anbieter von Supported Employment die nötigen Informationen beschaffen und diese umsetzen können. Es kann dabei auch notwendig sein, bestehende Kompetenzen weiterzuentwickeln oder gar neue Kompetenzen zu erlangen. Ergotherapeuten müssen ihr Wissen ebenfalls stetig erweitern und ihre Fachkompetenzen weiterentwickeln.

Es kann dabei auch notwendig sein, neue Kompetenzen zu erlangen oder bestehenden Kompetenzen weiterzuentwickeln. Ergotherapeuten sind es sich gewohnt, ihr Wissen stetig zu erweitern und ihre Fachkompetenzen zu verbessern und weiterzuentwickeln.

Die kritische Beurteilung der RCT Studie (Kin Wong et al., 2008) aus Hongkong ergab, dass diese Studie über eine gute Qualität verfügt. 70 % der Teilnehmenden

der IPS-Interventionsgruppe erhielten eine kompetitive Arbeit. Verglichen mit dem Literaturreview von Bond (2008), wo durchschnittlich 61 % der Teilnehmenden der IPS-Programme eine kompetitive Stelle erhielten, schneidet die chinesische Studie sehr gut ab. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass bei der Studie aus Hongkong die Mehrzahl der Teilnehmenden eine leichte bis mittlere psychiatrische Erkrankung hatte, hingegen die eingeschlossenen Studien im Review von Bond (2008) allesamt Teilnehmende mit schweren psychiatrischen Erkrankungen einbanden. Der signifikante Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe (70 % zu 29 %) in der chinesischen Studie zeigt dennoch deutlich die Überlegenheit des IPS-Programms. Im chinesischen IPS-Programm übernahmen Ergotherapeuten die Rolle der Employment Spezialisten. Sie erhielten vor Studienbeginn von Becker und Drake, den Begründern des IPS, eine Woche Intensiv-Training in der Anwendung des Programms und hatten Erfahrung in der psychiatrischen Rehabilitation. Auch in Neuseeland bieten Ergotherapeuten IPS an. Porteous & Waghorn (2007) erwähnen in ihrem Bericht über die dortige Implementierung eines IPS-Programms, Wiedereingliederungsraten von 49 % im Zeitraum 2002–2004 und 59 % im Zeitraum 2004–2006. Der beachtliche Unterschied zwischen den zwei Zeiträumen könnte zustande gekommen sein, weil es, wie Moll et al. (2003) sagen, viel Zeit und Training braucht, um IPS-Programm-Treue aufzubauen. Andererseits ist auch zu bedenken, dass ab 2004 ein weiterer Employment Spezialist ohne ergotherapeutischem Hintergrund angestellt wurde. Die Ergebnisse sind nicht vollumfänglich mit den anderen erwähnten Ergebnissen vergleichbar, weil sich das IPS Programm in Neuseeland an junge Erwachsene (14-27 J.) richtet und die Wiedereingliederungsraten auch den Beginn einer Ausbildung einschließen. Zudem stammen diese Ergebnisse – wie bereits erwähnt – nicht aus einer Studie, sondern aus einem Practice-Evaluation-Artikel, wo beispielsweise auch nichts von früheren Wiedereingliederungsraten oder von einer Kontrollgruppe erwähnt wird.

Trotz all der Einwände, zeigen diese Beispiele, dass Ergotherapeuten sehr wohl in der Rolle der Employment Spezialisten tätig sein können.

Ob Ergotherapeuten in der Schweiz diese Rolle ebenfalls einnehmen können, konnte durch die gefundene Literatur nicht eindeutig beantwortet werden. Es ist

erstaunlich, wie wenig Literatur es zu dieser Thematik allgemein und vor allem auch im deutschsprachigen Raum gibt. Auch in neueren ergotherapeutischen Fachbüchern wie z.B. Köhler & Steier-Mecklenburg (2008) wird Supported Employment nur am Rande erwähnt. Der tabellarische Kompetenzenvergleich stimmt jedoch mehrheitlich mit den Aussagen der ausländischen Literatur überein. Deshalb kann vorsichtig daraus abgeleitet werden, dass aus theoretischer Sicht auch Ergotherapeuten in der Schweiz die Rolle der Employment Spezialisten einnehmen können. In der Praxis müssen sich die Ergotherapeuten mit ihren Kernkompetenzen und ihrem spezifischen Wissen jedoch erst einmal als Anbieter von IPS beweisen.

3.6 Theorie-Praxis-Transfer

Das Hauptziel der Ergotherapie ist es, Menschen mit einer Beeinträchtigung zu unterstützen, damit sie an den, für sie bedeutungsvollen, Alltagsaktivitäten teilnehmen können. Die Berufsleute sind dazu verpflichtet, evidenzbasiert zu arbeiten. Das Individual Placement and Support ist ein evidenzbasiertes, sehr erfolgreiches Modell zur Wiedereingliederung von psychisch Beeinträchtigten in die Arbeit. Ergotherapeuten in der Schweiz verfügen, wie in dieser Arbeit ausführlich beschrieben wurde, über viele der Kompetenzen, die es benötigt um IPS anzubieten. Deshalb ist es, wie Moll et al. (2003) antönen, für Ergotherapeuten an der Zeit, die aktuell angebotene arbeitsrehabilitative Praxis zu überdenken und sich dem effektiveren IPS zuzuwenden. Mit IPS können Ergotherapeuten sowohl den Bedürfnissen der Klienten, wie auch denen der Arbeitgeber besser gerecht werden. Auch die Aussage von Jäckel (2009) in ihrem Bericht über die Entwicklung der arbeitsrehabilitativen psychiatrischen Ergotherapie in der Schweiz und in Deutschland, geht in diese Richtung. Sie greift das Thema Supported Employment auf und schlussfolgert, dass es für die Ergotherapie sinnvoll sein könnte, bestehende arbeitsrehabilitative Forschungsergebnisse aufzugreifen und diese mit spezifischen ergotherapeutischen Ansätzen zu bereichern.

Zur Kompensation der fehlenden Kompetenzen der Ergotherapeuten, wäre eine Variante wie sie in England praktiziert wird (Davis & Rinaldi, 2004), denkbar. Dort werden mehrere Employment Spezialisten jeweils von einer Fachperson beraten und unterstützt, die viel berufliche Erfahrung und Expertise hat und sich im lokalen Arbeitsmarkt gut auskennt. Die Employment Spezialisten treffen sich regelmässig mit dieser Fachperson um die individuellen Bedürfnisse der Klienten zu besprechen. Wichtig wäre hierbei jedoch, dass diese Fachperson wirklich nur die Aufgabe hat, die Employment Spezialisten zu beraten und nicht selber Aufgaben mit den Klienten ausführt. Eine andere Möglichkeit wäre, IPS in einem gemischten Team aus Leuten mit klinischer Erfahrung und Leuten mit mehr wirtschaftlichen Kenntnissen anzubieten. So könnten die Teammitglieder voneinander profitieren. Als Ergänzung könnte zusätzlich ein Intensiv-Trainings in IPS, wie es in Hongkong durchgeführt wurde (Kin Wong et al., 2008), absolviert werden.

Eine weitere Möglichkeit ist, dass Ergotherapeuten an der Hochschule Luzern im Programm Certificate of Advanced Studies in Job Coaching – Supported Employment (Hochschule Luzern, o.D.) die fehlenden Kompetenzen erwerben. Das Programm beinhaltet unter anderem Vorlesungen zu Themen wie Sozialversicherungen, Akquisition von Arbeitsplätzen, Netzwerke aufbauen und unterhalten, Ansätze und Funktion des Human-Resources-Management und wäre somit in Bezug auf IPS eine gute Ergänzung zu einem Ergotherapiestudium.

Es geht jetzt vor allem darum, dass Ergotherapeuten in IPS einsteigen, sich in der Praxis behaupten und ihre Eignung mit guten Resultaten beweisen. Am Einfachsten geht dies natürlich, wenn sie in bereits bestehende Supported Employment Programme einsteigen. Alternativ müssen sie zuerst Partner finden, die Supported Employment finanzieren, was ein schwieriges Unterfangen sein könnte, da die IV sich mit der 5. IV-Revision zwar für die Wiedereingliederung stark macht, die Finanzierung der Massnahmen jedoch auf zwei Jahre beschränkt. Dies widerspricht dem Kernprinzip von IPS, das besagt, dass die Unterstützung zeitlich unbefristet angeboten wird.

4. Schlussteil

4.1 Zusammenfassung

Die Beantwortung der Fragestellung „welche Kompetenzen Employment Spezialisten für ihre Arbeit benötigen und ob Ergotherapeuten in der Schweiz diese Rolle einnehmen können“ erwies sich als schwierig. Es konnte sowohl zum ersten, wie auch zum zweiten Teil der Fragestellung nur wenig qualitativ befriedigende Literatur gefunden werden. Deshalb wurde eine Gegenüberstellung der geforderten Kompetenzen eines Employment Spezialisten und der Austrittskompetenzen der Ergotherapiestudierenden der Schweiz gemacht. Dazu wurden vorerst die Austrittskompetenzen der verschiedenen Fachhochschulen auf Deutsch übersetzt und danach in einem Dokument zusammengefügt. Dies stellte eine Herausforderung dar, da einige Kompetenzen sehr spezifisch und andere sehr allgemein formuliert waren und die einzelnen Fertigkeiten und Fähigkeiten zum Teil unterschiedlich gruppiert waren. Aus zeitlichen und methodischen Gründen, wurde diese Identifizierung von gleichen Kompetenzen grosszügig gehalten. Das Ganze wurde danach mit den Ergebnissen aus der Literaturrecherche verglichen, was zu sehr vielen Übereinstimmungen führte. So wurden Kompetenzen zu folgenden ergotherapeutischen Fähigkeiten als hilfreich für die Arbeit als Employment Spezialist gefunden: Aktivitätsanalyse, Analyse von Umwelteinflüssen, Kommunikation, Beziehungsaufbau, Verständnis der Interaktionen von Person, Umwelt und Betätigung, Fähigkeit zur Adaption der Umwelt und der Betätigung, Problem-Lösungsfähigkeit, Fähigkeit die Klienten einzubinden, zu unterstützen und ihnen etwas beizubringen. Als fehlende Kompetenzen wurden das Verständnis für die Arbeitgeberperspektive, die Akquirierung von Arbeitsplätzen, die so genannte Netzwerkarbeit und die Identifizierung von Unterstützung am Arbeitsplatz identifiziert. Die Resultate einer quantitativen Studie (Kin Wong et al., 2008) und von einem anderen beschriebenen IPS-Projekt (Porteous et al., 2007), wo jeweils Ergotherapeuten die Rollen der Employment Spezialisten einnahmen, zeigen, dass Ergotherapeuten im Ausland IPS bereits erfolgreich anbieten. Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen die Vermutung zu, dass auch Ergotherapeuten in der Schweiz IPS anbieten können.

Wie in der Einleitung dargelegt, möchten viele Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten. Das Individual Placement and Support ist das erfolgreichste Modell um die Klienten zu befähigen ihre Ziele zu erreichen. Es geht jetzt in einem ersten Schritt darum, dass an IPS interessierte Ergotherapeuten die fehlenden Kompetenzen erlangen, bzw. adäquate Kompensationsmöglichkeiten dafür finden und sich in der Praxis versuchen. In einem weiteren Schritt müssen die Prozesse und erreichten Wiedereingliederungsraten evaluiert werden um die gute Eignung der Ergotherapeuten als Employment Spezialisten zu beweisen und um bestehende Wissenslücken schliessen zu können.

4.2 Offene Fragen

Es gibt noch viele offene Fragen zum Thema IPS allgemein und zum Thema Ergotherapie und IPS. Eine wichtige Frage ist, ob Ergotherapeuten, die in der Schweiz IPS anbieten, gleiche Wiedereingliederungsraten erzielen, wie andere Berufsgruppen. Eine andere Frage offene Frage ist, ob es Zusammenhänge zwischen den Kompetenzen der Employment Spezialisten und den erzielten Resultaten gibt. Weiter wäre es interessant zu wissen, womit die Wiedereingliederungsraten noch gesteigert werden könnten. Und in Bezug auf die Kosten und im Hinblick auf die Sozialversicherungen, wäre eine spannende Frage, ob sich durch die Anwendung von IPS Kosten sparen liessen.

5. Verzeichnisse

5.1 Literaturverzeichnis

- Auerbach, E.S. (2001). The Individual Placement and Support Model vs. the Menu Approach to Supported Employment. *Occupational Therapy in Mental Health, 17(2)*, 1-19.
- Baer, N. (2007). *Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen?* [On-Line]. Available: http://www.skos.ch/store/pdf_d/zeso/texte/2007/Nummer1/Psychische_Behinderung.pdf (13.04.2009).
- Becker, D. & Drake, R. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Bond, G.R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22(1)*, 11-23.
- Bond, G.R. (2008). An Update on Randomized Controlled Trials of Evidence-Based Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31 (4)*, 280-290.
- Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., Rapp, C.A., Meisler, N., Lehman, A.F., Bell, M.D., & Blyler, C.R. (2001a). Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services, 52 (3)*, 313-322.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. & Becker, D.R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services, 48*, 335-346.
- Bond, G.R., Picone, J., Maurer, B., Fishbein, S. & Stout, R. (2000). The Quality of Supported Employment Implementation Scale. *Journal of Vocational Rehabilitation, 14*, 201-212.
- Bond, G.R., Resnick, S.R. & Drake, R.E. (2001b). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69 (3)*, 489-501.

- Bundamt für Sozialversicherungen BSV (2008a). *IV-Statistik 2008* [On-Line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.112656.pdf> (19.02.2009).
- Bundamt für Sozialversicherungen BSV (2008b). *IV-Statistik 2008 – Tabellenteil* [On-Line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/22/publ.Document.112662.pdf> (19.02.2009).
- Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2009). *1 Jahr 5. IV-Revision: Strukturelle Reform auf gutem Weg, Zusatzfinanzierung dringend nötig* [On-Line]. Available: <http://www.admin.ch/aktuell/00089/index.html?lang=de&msg-id=25486> (02.03.2009).
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2009). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)* [On-Line]. Available: http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/a32.html (14.06.2009).
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauper, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S. & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370 (9593), 1146-1152.
- Cahn, T. & Baer, N. (2003). *Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft* [On-Line]. Available: http://www.kpd.ch/publikationen/Schlussbericht_Folgeplanung_II.pdf (02.05.2009).
- Davis, M. & Rinaldi, M. (2004). Using an Evidence-Based Approach to Enable People with Mental Health Problems to Gain and Retain Employment, Education and Voluntary Work. *British Journal of Occupational Therapy*, 67 (7), 319-322.
- Drake, R.E. & Becker, D.R. (1996). The Individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatric Services*, 47, 473-475.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz – EVS (o.D.). *Definition der Ergotherapie* [On-Line]. Available: <http://www.ergotherapie.ch/index-de.php?frameset=3> (12.03.2009).

- Erpenbeck, J. & von Rosenstiel, L. (2007). Vorbemerkung zur 2. Auflage. In J. Erpenbeck & L. von Rosenstiel (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmessung* (S. XI-XV). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- European Union of Supported Employment (2005). *EUSE Information Guide and Quality Standards* [On-Line]. Available: <http://www.euse.org/resources/publications/EUSE%20Information%20Brochure%20-%20english.pdf> (10.03.2009).
- Fuller, T.R., Oka, M., Otsuka, K., Yokoyama, N., Liberman R.P. & Niwa, S. (2000). A Hybrid Supported Employment Program for Persons With Schizophrenia in Japan. *Psychiatric Services*, 51(7), 864-866.
- Gabriel, P. & Lilimatainen, MR. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Geneva: International Labour Organization.
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (Hes so) (2007). *Plan d'études cadre Bachelor 2006 – Filière de formation en ergothérapie* [On-Line]. Available: <http://www.hes-so.ch/documents/showFile.asp?ID=1848> (24.05.2009).
- Henry, A.D. (2005). Employment for people with serious mental illness: barriers and contemporary approaches to service. *OT Practice*, 10 (5). Suppl: CE-1-CE8.
- Hochschule Luzern (o.D.). *CAS Job Coaching - Supported Employment* [On-Line]. Available: <http://www.weiterbildung.hslu.ch/soziale-arbeit/cas-job-coaching---supported-employment-k836.html> (15.06.2009).
- Hoffmann, H. (2004). Berufliche Rehabilitation. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 333-346). Heidelberg: Springer.
- Hoffmann, H. (2005). Eingliederung statt Ausgrenzung – Supported Employment und die 5. IV-Revision. *Soziale Sicherheit CHSS*, 1/2005, 37-40.
- Jäckel, D. (2008). Work is good therapy – Stand und Entwicklungslinien in der Arbeitsrehabilitation. *Ergotherapie Zeitschrift für angewandte Wissenschaft*, 9 (2), 67-74.

- Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F. & Zeisel, H. (Lizenzausgabe des Suhrkamp Verlags mit Genehmigung des Verlags für Demoskopie, Allensbach: 1960) (1975). *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkung langandauernder Arbeitslosigkeit. Mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Joss, M. (2007). The Importance of Job Analysis in Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(7), 301-303.
- Kin Wong, K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J. & Ning Chiu, S. (2008). A Randomized Controlled Trial of a Supported Employment Program for Persons With Long-Term Mental Illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 59(1), 84-90.
- Kirsh, B., Cockburn, L. & Gewurtz, R. (2005). Best practice in occupational therapy: Program characteristics that influence vocational outcomes for people with serious mental illnesses. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 265-279.
- Köhler, K. & Steier-Mecklenburg, F. (2008). Arbeit als Mittel der Therapie. In F. Köhler & F. Steier-Mecklenburg (Hrsg.), *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation – Arbeitsfelder der Ergotherapie* (S. 39 – 47). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Lachenmeier, H. (2002[Sic.], 6. Februar). Mental Health – Ein Wirtschaftsfaktor. *Neue Zürcher Zeitung*, 30, 14
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form - Quantitative Studies*. [On-line]. Available: http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview_form1.doc (02.06.2009).
- Liu, K.W.D., Hollis, V., Warren, S. & Williamson D.L. (2007). Supported-Employment Program Processes and Outcomes: Experiences of People with Schizophrenia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(5), 543-554.
- McGrew, J.H. & Griss, M.E. (2005). Concurrent and predictive validity of two scales to assess the fidelity of implementation of supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (1), 41 – 47.

- Moll, S., Huff, J. & Detwiler, L. (2003). Supported employment: evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70, 298-310.
- Oka, M., Otsuka, K., Yokoyama, N., Mintz, J., Hoshino, K., Niwa, S. & Liberman R.P. (2004). An Evaluation of a Hybrid Occupational Therapy and Supported Employment Program in Japan for Persons With Schizophrenia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 466-475.
- Porteous, N. & Waghorn, G. (2007). Implementing Evidence-Based Employment Services in New Zealand for Young Adults with Psychosis: Progress during the First Five Years. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(12), 521-526.
- Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P.C., Rössler, W. & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (9), 686-694.
- Rüst, T. & Debrunner, A. (2004). „Supported Employment“ – Modelle unterstützter Beschäftigung in der Schweiz, Teil A Von "beschützenden Arbeitsplätzen" zu Supported Employment? [On-Line]. Available: http://www.sozialstaat.ch/global/projects/results/ruest_kurzfassung.pdf (11.04.2009).
- Rüst, T. & Debrunner, A. (2005). „Supported Employment“ – Modelle unterstützter Beschäftigung bei psychischer Beeinträchtigung. Zürich: Verlag Rüegger.
- Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss, C., Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring* [On-Line]. Available: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.98585.pdf> (14.04.2009).
- Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana – Dipartimento Sanità (2005). *Profilo di competenze dell' ergoterapista SUP* [On-Line]. Available: http://www.dsan.supsi.ch/Content/main/uploaded/pdf/ProfiloCompetenze_ERGO.pdf (25.05.2009).

- Sumsion, T. (2002). Klientenzentrierte Ergotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Voigt-Radloff, S. (2007). Evidenzbasierte Praxis. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 153-158). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Waddell, G. & Burton, AK. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO.
- WidaWiki – Wirtschaftsdidaktisches Online-Lexikon. (2009). *Business Skills* [On-Line]. Available: http://widawiki.wiso.uni-dortmund.de/index.php/Business_Skills (27.05.2009).
- World Federation of Occupational Therapists (2004a). *Definition of Occupational Therapy* [On-Line]. Available: http://www.wfot.org/office_files/Definition%20of%20OT%20CM2004%20Final.pdf (31.05.2009).
- World Federation of Occupational Therapists (2004b). *Code of Ethics*. [On-Line]. Available: http://www.wfot.org/office_files/WFOTCode%20of%20Ethics%202005.pdf (14.06.2009).
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Departement Gesundheit (2007) *Austrittskompetenzen AbsolventInnen Bachelor of Science ZFH in Ergotherapie* [On-Line]. Available: http://www.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/gesundheitsstudium/praktikumsinstitutionen/ergo/02-Austrittskompetenzen_Nov07.pdf (26.05.2009).

6. Danksagung

Für die Unterstützung bei meiner Bachelorarbeit möchte ich mich bei folgenden Personen herzlich bedanken:

Bei meiner betreuenden Lehrperson Anja Langlotz für die unermüdliche Beantwortung meiner vielen Fragen, die erfolgreich geleistete Motivationsarbeit in den „schwierigeren“ Zeiten und die vielen guten Anregungen.

Bei Bettina Bärtsch, Job Coach an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich; Bianca Bergamaschi von der Praxis Reha WIn in Bonstetten; Annelies Debrunner, der Mitautorin des Buches „Supported Employment – Modelle unterstützter Beschäftigung bei psychischer Beeinträchtigung“; Claudia Galli vom ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz; Dorothea Jäckel vom Job Coach Projekt in Bern; Hans Kurt, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie & Psychotherapie; Judith Marti vom ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz; Peter Rüesch, Leiter Fachstelle Gesundheitswissenschaften an der ZHAW und Rebekka Wechner, Mitwirkende am Projekt „Frühintervention in der Arbeitswelt“ für die Literaturtipps, hilfreichen Anregungen und Auskünfte.

Zudem möchte ich mich bei Rosanna Baccalà Todorovski von der Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI), bei Sylvie Meyer von der Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (Hes so), bei Ursula Gubler und Pia Meier von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) für die Aushängung der Austrittskompetenzen und vielen Auskünfte bedanken.

7. Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Winterthur, 17. Juni 2009

8. Anhänge

8.1.1 Vergleich Austrittskompetenzen Ergotherapie von allen drei Schulen

Vergleich der Austrittskompetenzen der drei Fachhochschulen, die in der Schweiz einen Studiengang in Ergotherapie anbieten

Nr	Kompe- tenzen in Stichworten	Lausanne (Hes so 2007)	Winterthur (ZHAW, 2007)	Lugano (SUPSI, 2005)
Kompetenzen allgemein für die Ausübung berufsspezifischer Rollen im Gesundheitswesen				
1.	Klientenzentrierung	Communiquer et collaborer avec les usager-ère-s, la famille et les proches dans la perspective <u>d'une approche centrée sur le-la client-e.</u> (E) (--> <i>Kommunizieren und Zusammenarbeiten mit den Klienten, Familie, Angehörigen, im Sinne einer klientenzentrierten Praxis</i>)	Kennen für die Ergotherapie relevante Ansätze: KlientenInnenzentrierter Ansatz, Clinical Reasoning, Evidence Based Practice u.a. (44)	Negoziare con il cliente gli scopi dell'intervento ergoterapico precisando le implicazioni di determinate scelte (CS1c) (--> <i>Mit dem Klienten die Behandlungsziele aushandeln unter Einbezug der festgelegten Auswahl</i>) Valutare e analizzare il proprio operato e i risultati raggiunti tenendo sempre in debita considerazione l'opinione del cliente (CS1f) (--> <i>Auswertung und Analyse der Behandlung und der erreichten Resultate unter Berücksichtigung der Meinung des Klienten</i>)
2.	Ganzheitliche Sichtweise		erfassen PatientInnen und ihre Angehörigen in ihren biografischen und sozio-ökonomischen Lebenszusammenhängen und arbeiten ressourcenorientiert (1)	
3.	Engagement und Abgrenzung		bewegen sich im Spannungsfeld zwischen Engagement und Abgrenzung professionell (5)	
4.	Identifizieren von Barrieren und Ressourcen beim Klienten und seiner Umwelt	<u>Evaluer</u> des fonctions physiques et psychologiques, <u>les déficiences et les capacités</u> , les facteurs personnels et environnementaux, les activités et leurs limitations, ainsi que la participation sociale et le handicap (C) (--> <i>Evaluation der physischen und psychischen Funktionen, der Schwächen und der Fähigkeiten, der Personen- und der Umweltfaktoren, der Aktivitäten und entstehenden Einschränkungen</i>)	erfassen PatientInnen und ihre Angehörigen in ihren biografischen und sozio-ökonomischen Lebenszusammenhängen und arbeiten ressourcenorientiert (1)	Individuare e definire, in collaborazione con il cliente, le limitazioni nelle attività della vita quotidiana derivanti da menomazioni a livello di strutture o funzioni corporee (CS1a) (--> <i>Gemeinsam mit dem Klienten Identifizierung der Einschränkungen im täglichen Leben ausgelöst durch Beeinträchtigungen auf dem Niveau Körperfunktionen und -strukturen</i>)

		<i>kungen sowie der sozialen Partizipation und der Benachteiligung</i>		
5.	Selbständigkeit / Prioritäten setzen, Verantwortung übernehmen	Etre autonome et responsable sur le plan éthique, déontologique et <u>légal</u> dans l'exercice de la profession. (H) (--> <i>Bei der Ausübung des Berufes eigenständig sein und sich verantwortlich an ethische, deontologische und gesetzliche Grundsätze halten</i>)	setzen Prioritäten, treffen Entscheidungen und verantworten diese (Selbständigkeit) (7)	Assumere la responsabilità delle proprie decisioni e delle conseguenze da esse derivanti (CP4) (--> <i>Die Verantwortung übernehmen für die eigenen Entscheidungen und die daraus entstehenden Konsequenzen</i>) Pianificare, organizzare e gestire autonomamente le proprie attività considerando i principi di efficacia ed efficienza, delegare ai propri collaboratori e futuri professionisti attività adeguate, mantenendo la necessaria supervisione e la piena responsabilità degli atti delegati (CM5) (--> <i>Autonomes Planen, Organisieren und Durchführen von Aktivitäten unter Berücksichtigung der Wirksamkeits- und Effizienzprinzipien. Delegieren von adäquaten Aktivitäten an bestimmte Mitarbeiter und zukünftige Berufspraktiker, dabei die nötige Supervision geben und die volle Verantwortung aufrechterhalten über die delegierten Handlungen</i>)
6.	Reflektieren über die Wirkung ihrer Arbeit bezogen auf die Persönlichkeit und deren Gesamtentwicklung kennen physische und psychische Möglichkeiten / Ressourcen und Grenzen Berufliche Anforderungen in Beziehung setzen zu den eigenen + zu den öffentlichen Erwartungen		Reflektieren die Wirkung ihrer Arbeit (mit PatientInnen / KlientInnen und im Team) auf ihre Persönlichkeit und deren Gesamtentwicklung und kennen deren physischen und psychischen Grenzen. Sie setzen die beruflichen Anforderungen in eine Beziehung zu den eigenen sowie zu den öffentlichen Erwartungen (8)	
7.	Einflussfaktoren auf Therapie identifizieren und sich anpassen	Identifier les éléments sociaux, économiques, politiques, légaux ou institutionnels qui influencent les pratiques de l'ergothérapie et s'y ajuster. (G) (--> <i>Identifizieren von sozialen, ökonomischen, politischen, gesetzlichen oder institutionellen Ele-</i>	Sind vertraut mit institutionellen und rechtlichen Zusammenhängen auf nationaler Ebene (Gesundheitssystem, Sozialversicherung, Gesundheitsrecht) und ihrer Bedeutung für das eigene Berufsfeld. (27).	Inserirsi nei diversi contesti professionali e sistemi sanitari territoriali cogliendone le peculiarità socioculturali, i vincoli istituzionali e contribuire al loro funzionamento nel rispetto delle norme legali deontologiche ed etiche (CS2) (--> <i>Sich einfügen in die verschiedenen beruflichen Kontexte und örtlichen Gesundheitssysteme, dabei die soziokulturellen Besonderheit und die institutionellen Bindungen davon erfassen und zu deren Funktionieren</i>

		<i>menten, die die ET beeinflussen und sich darauf ausrichten)</i>		<i>beitragen unter Beachtung der gesetzlichen, deontologischen und ethischen Normen)</i>
8.	Reflektierte Praxis Führen die Behandlung durch unter Anwendung von Reflexion	Conduire et adapter des démarches d'évaluation, de traitement, de prévention et de promotion de la santé (B) (--> <i>Durchführen und Anpassen der Vorgehensweise bei der Evaluation, bei der Behandlung, bei der Prävention und bei der Gesundheitsförderung</i>) + I	reflektieren die Wirkung ihrer Arbeit (mit Pat./Klientinnen und im Team) (8) + reflektieren ihre Einstellungen und Haltungen und deren Auswirkungen auf ihre Arbeit mit PatientInnen / KlientInnen und nehmen die Gefühle wahr, welche die Arbeit mit Patientinnen / KlientInnen bei den Beteiligten auslöst (26)	Fondare la pratica professionale su evidenze scientifiche disponibili e aggiornate e sulla riflessione nell'azione (CM1) (--> <i>Die berufliche Praxis auf aktuelle und verfügbare Evidenz und auf Reflexion stützen</i>) Implementare il trattamento adottando una pratica riflessiva (CS1e) (--> <i>Die Behandlung durchführen unter Anwendung von Reflexion</i>)
9.	eigenen Grenzen kennen und artikulieren		Kennen die eigenen Fähigkeiten und Grenzen und setzen die aktuell zur Verfügung stehenden Ressourcen gezielt ein (6) Reflektieren die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Handelns kritisch (4)	Attuare delle modalità di introspezione che favoriscano lo sviluppo della persona e la conoscenza di sé ed intraprendere misure adatte al mantenimento di un adeguato equilibrio psico-fisico (CP1) (--> <i>Durchführen von Introspektion, die die persönliche Entwicklung und die Selbsterkenntnis begünstigt und Ergreifen von geeigneten Massnahmen um ein adäquates physisches und psychisches Gleichgewicht aufrecht erhalten zu können</i>)
10.	Kennen und Anwenden von ethischen Prinzipien und Theorien	Etre autonome et responsable sur le plan éthique, déontologique et légal dans l'exercice de la profession. (H) (--> <i>Bei der Ausübung des Berufes eigenständig und verantwortlich sich an ethische, deontologische und gesetzliche Grundsätze halten</i>)	Sind vertraut mit den grundlegenden ethischen Theorien, wenden diese verantwortungsbewusst an und haben ein selbstreflektiertes Ethikverständnis entwickelt. (3))	Assumere un profilo etico nel rispetto della cultura dell'altro con consapevolezza critica della filosofia e dei valori istituzionali (CSC2) (--> <i>Einnehmen einer ethischen Haltung mit Respekt über die Kultur des andern mit kritischem Bewusstsein über die Philosophie und die Werte der Institution</i>) <i>Inserirsi nei diversi contesti professionali e sistemi sanitari territoriali cogliendone le peculiarità socioculturali, i vincoli istituzionali e contribuire al loro funzionamento nel rispetto delle norme legali deontologiche ed etiche (CS2) (--> Sich einfügen in die verschiedenen beruflichen Kontexte und örtlichen Gesundheitssysteme, dabei die soziokulturellen Besonderheit und die institutionellen Bindungen davon erfassen und zu deren Funktionieren beitragen unter Beachtung der gesetzlichen, deontologischen und ethischen Normen)</i>
11.	Technologien			Integrare nella propria pratica professionale l'utilizzo di tecnologie informatiche e della comunicazione al fine di rispondere con professionalità alle esigenze ed alla continua evoluzione del settore (CM3) (--> <i>Integration von Informatik- und Kommunikationstechnologien in der Berufspraxis um professionell auf die Bedürfnisse und fortlaufenden Entwicklungen in diesem Bereich zu reagieren</i>)
12.	Vorbeugen und Verhindern von Fehl-			Prevenire, ridurre o contenere possibili reazioni di disadattamento derivanti dal confronto con l'esperienza del dolore,

	anpassungen bezüglich schwierigen Konfrontation im Beruf			della malattia, della disabilità e della morte, facendo ricorso a risorse e misure pertinenti ed adeguate (CP2) (--> <i>Vorbeugen, verringern und eindämmen von möglichen Fehlanpassungsreaktionen bezüglich Konfrontation mit Schmerzen, Krankheit, Behinderung und Tod und Inanspruchnahme von Ressourcen und passenden und sachdienlichen Massnahmen.</i>)
Public Health				
13.	Identifizieren von Faktoren, die Gesundheit beeinflussen		Können den Begriff Gesundheit definieren und wissen um die Einflussfaktoren auf die Gesundheit (9)	Sostenere gli utenti nella gestione della loro salute e promuoverla come valore fondamentale (CS3) (--> <i>Die Klienten in ihrem Gesundheitsmanagement unterstützen und Förderung der Grundbedeutung / -wertes von Gesundheit</i>)
14.	Engagement zur Gesundheitsförderung + Prävention	Conduire et adapter des démarches d'évaluation, de traitement, de prévention et de promotion de la santé (B) (--> <i>Durchführen und Anpassen der Vorgehensweise bei der Evaluation, bei der Behandlung, bei der Prävention und bei der Gesundheitsförderung</i>)	Können Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung patientInnenbezogen bewerten und vermitteln (10) Kennen aktuelle Einsatzmöglichkeiten der präventiven, kurativen und rehabilitativen Ergotherapie (42)	Promuovere ed assumere, nell'ambito di diversi contesti, azioni educative differenziate rivolte alla prevenzione e alla cura (CSC4) --> <i>Fördern und Übernehmen von „erzieherischen“ Aktionen in Bezug auf Prävention und Pflege/Behandlung in verschiedenen Kontexten</i> Attuare delle modalità di introspezione che favoriscano lo sviluppo della persona e la conoscenza di sé ed intraprendere misure adatte al mantenimento di un adeguato equilibrio psico-fisico (CP1) (--> <i>Durchführen von Introspektion, die die persönliche Entwicklung und die Selbsterkenntnis begünstigt und Ergreifen von geeigneten Massnahmen um ein adäquates physisches und psychisches Gleichgewicht aufrecht erhalten zu können</i>)
Bezugswissenschaften				
15.	Grundkenntnisse in Naturwissenschaften der Humanmedizin und weiteren Bezugswissenschaften und Integration in die Praxis	Intégrer des connaissances théoriques et scientifiques de l'ergothérapie ainsi que celles des disciplines de référence dans sa pratique professionnelle (A) (--> <i>Integration von theoretischen und wissenschaftlichen Kenntnissen + Bezugsdisziplinen in die Berufspraxis</i>)	verfügen über ein fundiertes, auf den neusten Erkenntnissen aufbauendes theoretisches Grundwissen in den Naturwissenschaften, der Humanmedizin sowie weiteren Bezugswissenschaften und wenden es in ihrem Berufsfeld an (11).	
Wissenschaft				
16.	Grundlagen Wissenschaftliches Arbeiten Forschung	Intégrer des connaissances théoriques et scientifiques de l'ergothérapie ainsi que celles des disciplines de référence dans sa pratique professionnelle (A) (--> <i>Integration von theoretischen</i>	Verfügen über Grundlagenwissen in Epidemiologie und Statistik (12) und zur qualitativen und quantitativen Forschung (13)	Promuovere e partecipare alla ricerca professionale, alla gestione di progetti e contribuire alla diffusione dei risultati (CM2) (--> <i>Fördern von und Teilnehmen an der Forschung des Berufes, Projektleitungen übernehmen und dazu beitragen, dass gefundene Resultate verbreitet werden</i>) Pianificare e programmare il suo inter-

		und wissenschaftlichen Kenntnissen + Bezugsdisziplinen in die Berufspraxis)		vento riferendosi alle migliori evidenze scientifiche disponibili e argomentando coerentemente le proprie decisioni (CS1d) (--> <i>Die Behandlung planen und Durchführen unter Einbezug der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und sich konsequent begründen können</i>)
17.	Gesundheitsprobleme analysieren und darlegen		sind fähig, Gesundheitsprobleme mit Hilfe wissenschaftlicher Kriterien zu analysieren und eine eigenständige Synthese in eine Arbeit zu fassen (15)	
18.	Arbeitsrealität		Sind fähig, Fragen der Arbeitsrealität unter Rückgriff auf wissenschaftlich fundierte Theorien zu bearbeiten (17)	
19.	Englisch		sind fähig englisch geschriebene wissenschaftliche Texte zu lesen und verstehen und sich auf Englisch zu verständigen (14)	Utilizzare una lingua (tedesco e/o inglese) al fine di potersi inserire con maggior facilità nel mondo del lavoro e della ricerca in Svizzera e all'estero (CSC6) (---> <i>Eine Sprache verwenden (deutsch und / oder englisch) um sich mühelos in der Welt der Arbeit und Forschung in der Schweiz und im Ausland verständigen zu können</i>)
Kommunikation und Interaktion				
20.	Aufbau einer therapeutischen Beziehung / Partnerschaft geprägt von Respekt und Empathie	Communiquer et collaborer avec les usager-ère-s, la famille et les proches dans la perspective d'une approche centrée sur le-la client-e.(E) (--> <i>Mit Klienten, Familien, Angehörigen Kommunizieren und Zusammenarbeiten, im Sinne einer klientenzentrierten Praxis</i>)	sind fähig, mit PatientInnen / KlientInnen unterschiedlicher soziokultureller Herkunft therapeutische Beziehungen zu entwickeln (21) Begegnen Klienten und ihren Angehörigen mit Respekt, Empathie und einer offenen Haltung (18)	Instaurare relazioni professionali basate sul rispetto, l'accoglienza e la valorizzazione dell'altro adattandole alle differenti attività e alle soggettività degli interlocutori (CSC1) (--> <i>Berufliche Beziehungen aufbauen basierend auf Respekt, Annahme / Empfang und Aufwertung des andern und diese den verschiedenen Aktivitäten und der Subjektivität der Gesprächspartner anpassen</i>) Promuovere l'integrazione dell'empatia quale modalità di relazione e lo sviluppo di attitudini, valori e risorse che rispondano alle complesse necessità di cura (CP3) (--> <i>Fördern der Integration von Empathie für den Umgang und die Entwicklung von Begabungen, Werten und Ressourcen als Antwort auf die vielschichtigen Bedürfnisse bei einer Behandlung</i>) Assumere un profilo etico nel rispetto della cultura dell'altro con consapevolezza critica della filosofia e dei valori istituzionali (CSC2) (--> <i>Einnehmen einer ethischen Haltung mit Respekt über die Kultur des andern mit kritischem Bewusstsein über die Philosophie und die Werte der Institution</i>) Praticare prestazioni professionali ponendo attenzione ai valori e alle caratteristiche proprie delle diverse culture di appartenenza (CS4) (--> <i>Bei der Berufsausübung die Werte und Charakteristika der verschiedenen</i>

				<i>Kulturen beachten.)</i>
21.	klare + angepasste Kommunikation mit verschiedenen Partnern	Communiquer et collaborer avec les usager-ère-s, la famille et les proches dans la perspective d'une approche centrée sur le-la client-e.(E) (--> <i>Kommunizieren und Zusammenarbeiten mit den Klienten, Familie, Angehörigen, im Sinne einer klientenzentrierten Praxis</i>)	Kommunizieren partnerschaftlich. Sie klären den Kommunikationsbedarf Dritter (PatientInnen, Angehörige, Mitarbeitende) ab und richten ihr eigenes Kommunikationsverhalten darauf aus (19) Sind fähig, Gespräche mit Einzelpersonen (PatientInnen, Angehörigen, Mitarbeitenden) sowie mit Gruppen zu führen und verfügen sowohl über kommunikationstheoretisches Grundlagenwissen als auch über praktische Erfahrungen (20)	Utilizzare una lingua (tedesco e/o inglese) al fine di potersi inserire con maggior facilità nel mondo del lavoro e della ricerca in Svizzera e all'estero (CSC6) (--> <i>Eine Sprache verwenden (deutsch und / oder englisch) um sich mühelos in der Welt der Arbeit und Forschung in der Schweiz und im Ausland verständigen zu können</i>) +CSC1
22.	Einbringen ihrer systemischen Sichtweise in komplexen Alltagssituationen mit den notwendigen persönlichen und sozialen Kompetenzen		bringen ihre systemische Sichtweise in komplexen Alltagssituationen klärend ein und haben sich die dafür notwendigen persönlichen und sozialen Kompetenzen angeeignet (22)	
23.	Toleranz + Flexibilität		können eigene und fremde Erwartungen, Normen und Werte wahrnehmen, unterscheiden und damit umgehen (Toleranz). Sie können sich auf Veränderungen und unterschiedliche Situationen einstellen und diese aktiv mitgestalten (Flexibilität) (25)	
24.	Konfliktfähigkeit		sind konfliktfähig und tragen konstruktiv zu Konfliktlösungen bei (24)	
25.	Kooperativ mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten	Travailler en équipe et collaborer avec d'autres professionnel-le-s dans le cadre d'organisations ou d'institutions. (F) (--> <i>Zusammenarbeit im Team und mit anderen Berufsgruppen innerhalb der Organisation / Institution</i>)	streben eine patientenorientierte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen an (2) + gestalten die kooperative Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams aktiv mit (23)	Considerare e valorizzare le diverse culture professionali ponendosi temporaneamente in un'ottica di partecipazione attiva, sviluppo e costruzione di approcci interdisciplinari (CSC3) (--> <i>Die verschiedenen Berufskulturen berücksichtigen und wertschätzen und sich gleichzeitig zu aktiver Partizipation, Entwicklung und Aufbau von interdisziplinärer Annäherung beitragen</i>)
Ökonomie und Arbeitsorganisation				
26.	volks- und betriebswirtschaftliches Grundlagenwissen Kenntnisse zu den Gesetzen und zu den Gesundheitssystemen	Identifier les éléments sociaux, économiques, politiques, légaux ou institutionnels qui influencent les pratiques de l'ergothérapie et s'y ajuster. (G) (--> <i>Identifizieren von sozialen, ökonomischen, politischen,</i>	Verfügen über Grundlagenwissen in Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft, insbesondere in den für das Gesundheitssystem relevanten Bereichen. (28) Sind vertraut mit institutionellen und rechtlichen Zusammenhängen auf nationaler Ebene (Gesundheits-	Inserirsi nei diversi contesti professionali e sistemi sanitari territoriali cogliendone le peculiarità socioculturali, i vincoli istituzionali e contribuire al loro funzionamento nel rispetto delle norme legali deontologiche ed etiche (CS2) (--> <i>Sich einfügen in die verschiedenen beruflichen Kontexte und örtlichen Gesundheitssysteme, dabei die soziokulturellen Besonderheit und</i>

	effektive Organisation und Effizienz	<i>gesetzlichen oder institutionellen Elementen, die die ET beeinflussen und sich darauf ausrichten)</i>	system, Sozialversicherungen, Gesundheitsrecht) und ihrer Bedeutung für das eigene Berufsfeld. (27). Handeln ökonomisch vertretbar in den bestehenden Strukturen. (29) Integrieren neuste Techniken des Zeitmanagements und der Arbeitsorganisation in ihre Tätigkeit (30).	<i>die institutionellen Bindungen davon erfassen und zu deren Funktionieren beitragen unter Beachtung der gesetzlichen, deontologischen und ethischen Normen)</i> Pianificare, organizzare e gestire autonomamente le proprie attività considerando i principi di efficacia ed efficienza, delegare ai propri collaboratori e futuri professionisti attività adeguate, mantenendo la necessaria supervisione e la piena responsabilità degli atti delegati (CM5) (--> <i>Autonomes Planen, Organisieren und Durchführen von Aktivitäten unter Berücksichtigung der Wirksamkeits- und Effizienzprinzipien. Delegieren von adäquaten Aktivitäten an bestimmte Mitarbeiter und zukünftige Berufspraktiker, dabei die nötige Supervision geben und die volle Verantwortung aufrechterhalten über die delegierten Handlungen)</i>
27.	Vertrautsein mit institutionelle und rechtliche Zusammenhänge	<u>Etre autonome et responsable sur le plan éthique, déontologique et légal</u> dans l'exercice de la profession. (H) (--> <i>Bei der Ausübung des Berufes eigenständig und verantwortlich sich an ethische, deontologische und gesetzliche Grundsätze halten</i>) + G	Sind vertraut mit institutionellen und rechtlichen Zusammenhängen auf nationaler Ebene (Gesundheitssystem, Sozialversicherungen, Gesundheitsrecht) und ihrer Bedeutung für das eigene Berufsfeld. (27).	Assumere un profilo etico nel rispetto della cultura dell'altro <u>con consapevolezza critica della filosofia e dei valori istituzionali</u> (CSC2) (--> Einnehmen einer ethischen Haltung mit Respekt über die Kultur des andern mit kritischem Bewusstsein über die Philosophie und die Werte der Institution) Inserirsi nei diversi contesti professionali e sistemi sanitari territoriali cogliendone le peculiarità socioculturali, i vincoli istituzionali e contribuire al loro funzionamento nel rispetto delle norme legali deontologiche ed etiche (CS2) (--> <i>Sich einfügen in die verschiedenen beruflichen Kontexte und örtlichen Gesundheitssysteme, dabei die soziokulturellen Besonderheit und die institutionellen Bindungen davon erfassen und zu deren Funktionieren beitragen unter Beachtung der gesetzlichen, deontologischen und ethischen Normen)</i>
Qualitätsmanagement				
28.	Engagieren sich für Qualitätssicherung	Augmenter et perfectionner ses compétences professionnelles, développer des pratiques probantes et contribuer à l'essor de l'ergothérapie. (I) (--> <i>Verbessern und perfektionieren der beruflichen Kompetenzen, überzeugende Praktiken entwickeln und dazu beitragen, dass sich die ET weiterentwickelt</i>)	Setzen Konzepte der Qualitätssicherung und –entwicklung um, analysieren Leistungsangebote kritisch und bringen Verbesserungsvorschläge ein. (31) Entwickeln und planen Prozessoptimierungen in ihrem Berufsfeld und setzen sie um. (32) Setzen Projekt- und Wissensmanagement (z.B. Best Practice, EBN) um. (33) Entwickeln Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten ständig weiter. (34) Tragen zur Innovation im Beruf bei (35).	Sostenere l'implementazione di sistemi di gestione della qualità in ambito sanitario e collaborare attivamente al loro sviluppo (CM4) (--> <i>Die Implementierung von Qualitätssteuerungssystemen im Gesundheitswesen unterstützen und aktiv an deren Entwicklung mitarbeiten</i>)

29.	Erhalten, verbessern und entwickeln von Fachkompetenzen und Wissen und die Integration in die Praxis (lebenslanges Lernen / sich weiterentwickeln)	Augmenter et perfectionner ses compétences professionnelles, développer des pratiques probantes et contribuer à l'essor de l'ergothérapie. (I) (--> <i>Verbessern und perfektionieren der beruflichen Kompetenzen, überzeugende Praktiken entwickeln und dazu beitragen, dass sich die ET weiterentwickelt</i>)	Entwickeln Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten ständig weiter. (34) Tragen zur Innovation im Beruf bei (35).	Attuare delle modalità di introspezione che favoriscano lo sviluppo della persona e la conoscenza di sé ed intraprendere misure adatte al mantenimento di un adeguato equilibrio psico-fisico (CP1) (--> <i>Durchführen von Introspektion, die die persönliche Entwicklung und die Selbsterkenntnis begünstigt und Ergreifen von geeigneten Massnahmen um ein adäquates physisches und psychisches Gleichgewicht aufrecht erhalten zu können</i>)
30.	Praktikanten unterstützen und Weitergabe von Wissen ans Team			Assumere un ruolo attivo e responsabile nella formazione dei colleghi e dei futuri professionisti (CSC5) <i>Eine aktive und verantwortliche Rolle bei der Bildung / Entwicklung von Kollegen und künftigen Berufspraktikern einnehmen.</i>
31.	Engagement für die Weiterentwicklung der Professionalisierung und für eine kompetente Praxis	Augmenter et perfectionner ses compétences professionnelles, développer des pratiques probantes et contribuer à l'essor de l'ergothérapie. (I) (--> <i>Verbessern und perfektionieren der beruflichen Kompetenzen, überzeugende Praktiken entwickeln und dazu beitragen, dass sich die ET weiterentwickelt</i>)	Tragen zur Innovation im Beruf bei (35).	Integrare nella propria pratica professionale l'utilizzo di tecnologie informatiche e della comunicazione al fine di rispondere con professionalità alle esigenze ed alla continua evoluzione del settore (CM3) (--> <i>Integration von Informatik- und Kommunikationstechnologien in der Berufspraxis um professionell auf die Bedürfnisse und fortlaufenden Entwicklungen in diesem Bereich zu reagieren</i>) Promuovere e partecipare alla ricerca professionale, alla gestione di progetti e contribuire alla diffusione dei risultati (CM2) (--> <i>Fördern von und Teilnehmen an der Forschung des Berufes, Projektleitungen übernehmen und dazu beitragen, dass gefundene Resultate verbreitet werden</i>)
Ergotherapiespezifische Kompetenzen				
32.	ET-Grundlagen und Theorien und Modelle		Haben gründliche Kenntnisse ergotherapeutischer Grundlagen: Ergotherapeutische Modelle, Occupational Science, klientInnen-zentrierter Ansatz und kennen weitere interdisziplinäre Grundlagen. (39) Setzen Theorien und Modelle der Ergotherapie zielgerichtet um und vernetzen sie patientInnen- / klientInnenbezogen mit Kenntnissen aus den Bezugswissenschaften Medizin und Sozialwissenschaften. (46)	
33.	theoretische Fundierung der ET		Verstehen die theoretische Fundierung der Ergotherapie (Occupational Science, Handlungstheorien, Bedeutung des Handelns / des Tätigseins für den Men-	

			schen). (38)	
34.	Gezielter + angemessener Einsatz von Alltagshandlungen und weiteren anerkannten ergotherapeutischen Mitteln, Methoden, Techniken und Konzepten in der Behandlung	Conduire et adapter des démarches d'évaluation, de traitement, de prévention et de promotion de la santé (B) (--> <i>Durchführen und Anpassen der Vorgehensweise bei der Evaluation, bei der Behandlung, bei der Prävention und bei der Gesundheitsförderung</i>) Maîtriser les techniques et les méthodes de traitement relatives à la pratique de l'ergothérapie. (D) (→ Beherrschen der praxisbezogenen Techniken und Methoden der Ergotherapie)	Verfügen über grundlegende Kenntnisse relevanter ergotherapeutischer Behandlungskonzepte und –methoden. (43) Können <u>Alltagshandlungen, handwerkliche, musische und spielerische Aktivitäten</u> differenziert analysieren und patientInnen- / klientInnenbezogen <u>einsetzen und anpassen</u> , gegebenenfalls unter Einbezug entsprechender Hilfsmittel. (47)	
35.	Vielfalt von menschlichem Handeln und Folgen einer Einschränkung verstehen Verstehen die Vielfalt menschlichen Handelns und können die Folgen von Einschränkungen auf das Handeln und die Partizipation verstehen	Evaluer des fonctions physiques et psychologiques, les déficiences et les capacités, les facteurs personnels et environnementaux, les activités et leurs limitations, ainsi que la participation sociale et le handicap (C) (--> <i>Evaluation der physischen und psychischen Funktionen, der Schwächen und der Fähigkeiten, der Personen- und der Umweltfaktoren, der Aktivitäten und entstehenden Einschränkungen sowie der sozialen Partizipation und der Benachteiligung</i>)	Verstehen die Vielfalt menschlichen Handelns / Tätigseins in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Arbeit und Freizeit. (40) Verstehen die Auswirkungen von Einschränkungen auf das Handeln / Tätigsein in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Arbeit und Freizeit. (41)	Considerare le restrizioni che ne derivano per la partecipazione ad attività della vita quotidiana che il cliente desidera svolgere o che il suo ruolo comporta. Allo stesso modo considerare i condizionamenti derivanti dall'ambiente in cui egli vive (CS1b) (--> <i>Berücksichtigen / Abschätzen der daraus resultierenden Einschränkungen in der Partizipation an den Aktivitäten des täglichen Leben, die der Klient wieder ausführen möchte oder die seine Rolle von ihm fordert. In gleicher Weise die Bedingungen berücksichtigen, die sich aus den Lebensbereichen des Klienten ergeben.</i>)
36.	Prozess von Planung, Durchführung und Evaluation Verstehen der Arbeit mit Patienten als Prozess der Planung, Durchführung und Evaluation	Conduire et adapter des démarches d'évaluation, de traitement, de prévention et de promotion de la santé (B) (--> <i>Durchführen und Anpassen der Vorgehensweise bei der Evaluation, bei der Behandlung, bei der Prävention und bei der Gesundheitsförderung</i>)	Verstehen die Arbeit mit den PatientInnen / KlientInnen als Prozess der Planung, Durchführung und Evaluation von Behandlungen und kennen die relevanten Vorgehensweisen. (36)	Pianificare, organizzare e gestire autonomamente le proprie attività considerando i principi di efficacia ed efficienza, delegare ai propri collaboratori e futuri professionisti attività adeguate, mantenendo la necessaria supervisione e la piena responsabilità degli atti delegati (CM5) (--> <i>Autonomes Planen, Organisieren und Durchführen von Aktivitäten unter Berücksichtigung der Wirksamkeits- und Effizienzprinzipien. Delegieren von adäquaten Aktivitäten an bestimmte Mitarbeiter und zukünftige Berufspraktiker, dabei die nötige Supervision geben und die volle Verantwortung aufrechterhalten über die delegierten Handlungen</i>) Valutare e analizzare il proprio operato

				e i risultati raggiunti tenendo sempre in debita considerazione l'opinione del cliente (CS1f) (--> <i>Auswertung und Analyse der Behandlung und der erreichten Resultate unter Berücksichtigung der Meinung des Klienten</i>) Implementare il trattamento adottando una pratica riflessiva (CS1e) (--> <i>Die Behandlung durchführen unter Anwendung von Reflexion</i>)
37.	Analysieren der Einflüsse aus der Umwelt auf die Alltagshandlungen	<u>Evaluer</u> des fonctions physiques et psychologiques, les déficiences et les capacités, <u>les facteurs personnels et environnementaux</u> , les activités et leurs limitations, ainsi que la participation sociale et le handicap (C)	erfassen PatientInnen und ihre Angehörigen in ihren biografischen und sozio-ökonomischen Lebenszusammenhängen und arbeiten ressourcenorientiert (1)	CS1b
38.	Anwendung von Analyseinstrumenten / Durchführung von Assessments	Evaluer des fonctions physiques et psychologiques, les déficiences et les capacités, les facteurs personnels et environnementaux, les activités et leurs limitations, ainsi que la participation sociale et le handicap (C)	Wenden ergotherapeutische Analyseinstrumente und Vorgehen für die Planung, Durchführung und Evaluation der Therapiemaßnahmen patientInnen- / klientInnenbezogen an. (45)	
39	Aktivitätsanalyse	<u>Evaluer</u> des fonctions physiques et psychologiques, les déficiences et les capacités, les facteurs personnels et environnementaux, <u>les activités et leurs limitations</u> , ainsi que la participation sociale et le handicap (C)	Können Alltagshandlungen, handwerkliche, musische und spielerische Aktivitäten differenziert analysieren und patientInnen- / klientInnenbezogen einsetzen und anpassen, gegebenenfalls unter Einbezug entsprechender Hilfsmittel. (47)	
40.	Zusatzaufgaben der ET		Kennen die Zusatzaufgaben einer Ergotherapeutin / eines Ergotherapeuten: Zusammenarbeit, Organisation / Administration, Führung, Öffentlichkeitsarbeit, Psychohygiene, Fort- und Weiterbildung, Berufsentwicklung und anwendungsorientierte Forschung sowie Ausbildungsaufgaben. (37)	
41	Evidenzbasierung --> Engagement für Entwicklung, Weitergabe und Anwendung von evidenzbasiertem Wissen	Intégrer des connaissances théoriques et scientifiques de l'ergothérapie ainsi que celles des disciplines de référence dans sa pratique professionnelle (A) (--> <i>Integration von theoretischen und wissenschaftli-</i>	Kennen für die Ergotherapie relevante Ansätze: KlientInnenzentrierter Ansatz, Clinical Reasoning, Evidence Based Practice u.a. (44) Sind fähig, wissenschaftliche Publikationen ihres spezifischen Berufsfeldes zu verstehen, kritisch zu bewerten und zu implementieren	Fondare la pratica professionale su evidenze scientifiche disponibili e aggiornate e sulla riflessione nell'azione (CM1) (--> <i>Die berufliche Praxis auf aktuelle und verfügbare Evidenz und auf Reflexion stützen</i>) Pianificare e programmare il suo intervento riferendosi alle migliori evidenze scientifiche disponibili e argomentando coerentemente le proprie decisioni

		<i>chen Kenntnissen + Bezugsdisziplinen in die Berufspraxis)</i>	tieren (16)	(CS1d) (--> Die Behandlung planen unter Durchführen Einbezug der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und sich konsequent begründen können)
--	--	--	-------------	--

8.1.1.1 Austrittskompetenzen Lausanne mit freier Übersetzung der Autorin

Austrittskompetenzen des Studiengangs Ergotherapie der Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale in Lausanne (Hes so, 2007)

- A. Intégrer des connaissances théoriques et scientifiques de l'ergothérapie ainsi que celles des disciplines de référence dans sa pratique professionnelle.
→ Integration von theoretischen und wissenschaftlichen Kenntnissen + Bezugsdisziplinen in die Berufspraxis.
- B. Conduire et adapter des démarches d'évaluation, de traitement, de prévention et de promotion de la santé.
→ Durchführen und Anpassen der Vorgehensweise bei der Evaluation, bei der Behandlung, bei der Prävention und bei der Gesundheitsförderung.
- C. Evaluer des fonctions physiques et psychologiques, les déficiences et les capacités, les facteurs personnels et environnementaux, les activités et leurs limitations, ainsi que la participation sociale et le handicap.
→ Evaluation der physischen und psychischen Funktionen, der Schwächen und der Fähigkeiten, der Personen- und der Umweltfaktoren, der Aktivitäten und entstehenden Einschränkungen sowie der sozialen Partizipation und der Benachteiligung.
- D. Maîtriser les techniques et les méthodes de traitement relatives à la pratique de l'ergothérapie.
→ Beherrschen der praxisbezogenen Techniken und Methoden der Ergotherapie.
- E. Communiquer et collaborer avec les usager-ère-s, la famille et les proches dans la perspective d'une approche centrée sur le-la client-e.
→ Kommunizieren und Zusammenarbeiten mit den Klienten, Familie, Angehörigen, im Sinne einer klientenzentrierten Praxis.
- F. Travailler en équipe et collaborer avec d'autres professionnel-le-s dans le cadre d'organisations ou d'institutions.

- Zusammenarbeit im Team und mit anderen Berufsgruppen innerhalb der Organisation / Institution.
- G. Identifier les éléments sociaux, économiques, politiques, légaux ou institutionnels qui influencent les pratiques de l'ergothérapie et s'y ajuster.
 - Identifizieren von sozialen, ökonomischen, politischen, gesetzlichen oder institutionellen Elementen, die die ET beeinflussen und sich darauf ausrichten.
- H. Etre autonome et responsable sur le plan éthique, déontologique et légal dans l'exercice de la profession.
 - Bei der Ausübung des Berufes eigenständig und verantwortlich sich an ethische, deontologische und gesetzliche Grundsätze halten.
- I. Augmenter et perfectionner ses compétences professionnelles, développer des pratiques probantes et contribuer à l'essor de l'ergothérapie.
 - Verbessern und perfektionieren der beruflichen Kompetenzen, überzeugende Praktiken entwickeln und dazu beitragen, dass sich die ET weiterentwickelt.

8.1.1.2 Austrittskompetenzen Lugano mit freier Übersetzung der Autorin

Austrittskompetenzen des Studiengangs Ergotherapie der Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Dipartimento Sanità

Competenze specialistiche (CS)

1. Individuare e rispondere ai bisogni dell'utenza di differenti fasce d'età intervenendo con modalità professionale e trasferendo nella pratica saperi scientifici ed attuali, in particolare: (CS1)
 - *Identifikation der Bedürfnisse von Klienten versch. Alters und professionell darauf reagieren und Übertragung von aktuellem + wissenschaftlichem Wissen in die Praxis, im Detail:*
 - a) Individuare e definire, in collaborazione con il cliente, le limitazioni nelle attività della vita quotidiana derivanti da menomazioni a livello di strutture o funzioni corporee (CS1a)
 - *Zusammen mit dem Klienten Identifikation der Einschränkungen im täglichen Leben ausgelöst durch Beeinträchtigungen auf dem Niveau Körperfunktionen und –strukturen*

- b) Considerare le restrizioni che ne derivano per la partecipazione ad attività della vita quotidiana che il cliente desidera svolgere o che il suo ruolo comporta. Allo stesso modo considerare i condizionamenti derivanti dall'ambiente in cui egli vive (CS1b)
- *Abschätzen der daraus resultierenden Einschränkungen in der Partizipation am täglichen Leben, die der Klient wieder entwickeln möchte, oder die seine Rolle von ihm fordert*
- c) Negoziare con il cliente gli scopi dell'intervento ergoterapico precisando le implicazioni di determinate scelte (CS1c)
- *Mit dem Klienten die Ziele Behandlungsziele aushandeln unter Einbezug der festgelegten Auswahl*
- d) Pianificare e programmare il suo intervento riferendosi alle migliori evidenze scientifiche disponibili e argomentando coerentemente le proprie decisioni (CS1d)
- *Die Behandlung planen und durchführen unter Einbezug der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und sich konsequent begründen können.*
- e) Implementare il trattamento adottando una pratica riflessiva (CS1e)
- *die durchgeführte Behandlung einer Reflexion unterziehen*
- f) Valutare e analizzare il proprio operato e i risultati raggiunti tenendo sempre in debita considerazione l'opinione del cliente (CS1f)
- *Auswertung und Analyse der Behandlung und der erreichten Resultate unter Berücksichtigung der Meinung des Klienten*
2. Inserirsi nei diversi contesti professionali e sistemi sanitari territoriali cogliendone le peculiarità socioculturali, i vincoli istituzionali e contribuire al loro funzionamento nel rispetto delle norme legali deontologiche ed etiche (CS2)
- *sich einfügen in die verschiedenen beruflichen Kontexte und örtlichen Gesundheitssysteme, dabei die soziokulturellen Besonderheit und die institutionellen Bindungen davon erfassen und zu deren Funktionieren beitragen unter Beachtung der gesetzlichen, deontologischen und ethischen Normen.*
3. Sostenere gli utenti nella gestione della loro salute e promuoverla come valore fondamentale (CS3)
- *Die Klienten in ihrem Gesundheitsmanagement unterstützen und Förderung der Grundbedeutung / -wertes von Gesundheit.*
4. Praticare prestazioni professionali ponendo attenzione ai valori e alle caratteristiche proprie delle diverse culture di appartenenza (CS4)
- *bei der Berufsausübung die Werte und Charakteristika der verschiedenen Kulturen beachten.*

Competenze metodologiche (CM)

1. Fondare la pratica professionale su evidenze scientifiche disponibili e aggiornate e sulla riflessione nell'azione (CM1)
→ *die berufliche Praxis auf aktuelle und verfügbare Evidenz und auf Reflexion stützen.*
2. Promuovere e partecipare alla ricerca professionale, alla gestione di progetti e contribuire alla diffusione dei risultati (CM2)
→ *Fördern von und Teilnehmen an der Forschung des Berufes, Projektleitungen übernehmen und dazu beitragen, dass gefundene Resultate verbreitet werden*
3. Integrare nella propria pratica professionale l'utilizzo di tecnologie informatiche e della comunicazione al fine di rispondere con professionalità alle esigenze ed alla continua evoluzione del settore (CM3)
→ *Integration von Informatik- und Kommunikationstechnologien in der Berufspraxis um professionell auf die Bedürfnisse und fortlaufenden Entwicklungen in diesem Bereich zu reagieren*
4. Sostenere l'implementazione di sistemi di gestione della qualità in ambito sanitario e collaborare attivamente al loro sviluppo (CM4)
→ *Die Implementierung von Qualitätssteuerungssystemen im Gesundheitswesen unterstützen und aktiv an deren Entwicklung mitarbeiten.*
5. Pianificare, organizzare e gestire autonomamente le proprie attività considerando i principi di efficacia ed efficienza, delegare ai propri collaboratori e futuri professionisti attività adeguate, mantenendo la necessaria supervisione e la piena responsabilità degli atti delegati (CM5)
→ *Autonomes Planen, Organisieren und Durchführen von Aktivitäten unter Berücksichtigung der Wirksamkeits- und Effizienzprinzipien. Delegieren von adäquaten Aktivitäten an bestimmte Mitarbeiter und zukünftige Berufspraktiker, dabei die nötige Supervision geben und die volle Verantwortung aufrechterhalten über die delegierten Handlungen.*

Competenze sociali-comunicative (CSC)

1. Instaurare relazioni professionali basate sul rispetto, l'accoglienza e la valorizzazione dell'altro adattandole alle differenti attività e alle soggettività degli interlocutori (CSC1)
→ *Berufliche Beziehungen aufbauen basierend auf Respekt, Annahme / Empfang und Aufwertung des andern und diese den verschiedenen Aktivitäten und der Subjektivität der Gesprächspartner anpassen.*

2. Assumere un profilo etico nel rispetto della cultura dell'altro con consapevolezza critica della filosofia e dei valori istituzionali (CSC2)
 - *Einnehmen einer ethischen Haltung mit Respekt über die Kultur des andern mit kritischem Bewusstsein über die Philosophie und die Werte der Institution.*
3. Considerare e valorizzare le diverse culture professionali ponendosi contemporaneamente in un'ottica di partecipazione attiva, sviluppo e costruzione di approcci interdisciplinari (CSC3)
 - *Die verschiedenen Berufskulturen berücksichtigen und wertschätzen und sich gleichzeitig zu aktiver Partizipation, Entwicklung und Aufbau von interdisziplinärer Annäherung beitragen.*
4. Promuovere ed assumere, nell'ambito di diversi contesti, azioni educative differenziate rivolte alla prevenzione e alla cura (CSC4)
 - *Fördern und Übernehmen von „erzieherischen“ Aktionen in Bezug auf Prävention und Pflege/Behandlung in verschiedenen Kontexten*
5. Assumere un ruolo attivo e responsabile nella formazione dei colleghi e dei futuri professionisti (CSC5)
 - *Eine aktive und verantwortliche Rolle bei der Bildung / Entwicklung von Kollegen und künftigen Berufspraktikern einnehmen.*
6. Utilizzare una lingua (tedesco e/o inglese) al fine di potersi inserire con maggior facilità nel mondo del lavoro e della ricerca in Svizzera e all'estero (CSC6)
 - *Eine Sprache verwenden (deutsch und / oder englisch) um sich mühelos in der Welt der Arbeit und Forschung in der Schweiz und im Ausland verständigen zu können.*

Competenze personali (CP)

1. Attuare delle modalità di introspezione che favoriscano lo sviluppo della persona e la conoscenza di sé ed intraprendere misure adatte al mantenimento di un adeguato equilibrio psico-fisico (CP1)
 - *Durchführen von Introspektion, die die persönliche Entwicklung und die Selbsterkenntnis begünstigt und Ergreifen von geeigneten Massnahmen um ein adäquates physisches und psychisches Gleichgewicht aufrecht erhalten zu können.*
2. Prevenire, ridurre o contenere possibili reazioni di disadattamento derivanti dal confronto con l'esperienza del dolore, della malattia, della disabilità e della morte, facendo ricorso a risorse e misure pertinenti ed adeguate (CP2)

- *Vorbeugen, verringern und eindämmen von möglichen Fehlanpassungsreaktionen bezüglich Konfrontation mit Schmerzen, Krankheit, Behinderung und Tod und Inanspruchnahme von Ressourcen und passenden und sachdienlichen Massnahmen.*
- 3. Promuovere l'integrazione dell'empatia quale modalità di relazione e lo sviluppo di attitudini, valori e risorse che rispondano alle complesse necessità di cura (CP3)
 - *Fördern der Integration von Empathie für den Umgang und die Entwicklung von Begabungen, Werten und Ressourcen als Antwort auf die vielschichtigen Bedürfnisse bei einer Behandlung.*
- 4. Assumere la responsabilità delle proprie decisioni e delle conseguenze da esse derivanti (CP4)
 - *Die Verantwortung übernehmen für die eigenen Entscheidungen und die daraus entstehenden Konsequenzen.*

8.1.1.3 Austrittskompetenzen Winterthur

Separates PDF Dokument