

EVS-Qualitätsmanagementsystem für die Praxis / Organisation der Ergotherapie

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	<i>Motivation</i>	5
1.2	<i>Definition Qualitätsmanagementsystem</i>	6
1.3	<i>Ziele des Qualitätsmanagementsystems.....</i>	6
1.4	<i>Einbettung.....</i>	6
1.4.1	Art. 58 KVG	6
1.4.2	Tarifvertrag zwischen EVS/SRK und MTK von 2019.....	7
1.4.3	Auftrag zur Umsetzung.....	7
1.4.4	Umsetzung QMS / gelebte Qualität	8
2	Ergotherapie	9
2.1	<i>Definition und Beschreibung der Ergotherapie</i>	9
2.2	<i>Betätigung im Alltag – Fokus der Ergotherapie.....</i>	10
2.3	<i>Ergotherapie und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit</i>	10
3	Qualitätsverständnis des EVS	12
3.1	<i>Begriffsklärung</i>	12
3.1.1	Qualitätsentwicklung.....	12
3.1.2	Qualitätssicherung	12
3.1.3	Qualitätsverbesserung.....	13
3.1.4	Qualitätsmessungen	14
3.2	<i>QUEST (WFOT)</i>	14
3.3	<i>Ethik</i>	15
3.3.1	Ethik-Leitprinzipien in der Ergotherapie.....	15
3.3.2	Berufskodex des EVS.....	15
3.3.3	Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW)	16
3.3.4	Fachverantwortung Ethik und Ethikbeirat.....	16
4	Strukturqualität in der Ergotherapie	17
4.1	<i>Einrichtung der ergotherapeutischen Praxis.....</i>	17

4.1.1	Anforderungen	17
4.1.2	Datensicherheit, Datenschutz.....	18
4.1.3	Hygiene	19
4.2	Struktur der Ausbildung für Ergotherapeut*innen in der Schweiz.....	19
4.3	Struktur der Fort- und Weiterbildung für Ergotherapeut*innen in der Schweiz	20
4.3.1	Fortbildung (ohne ECTS).....	20
4.3.2	Weiterbildung (mit ECTS).....	20
4.3.3	Qualitätspolitik des EVS im Fortbildungsbereich.....	20
4.4	Nachhaltigkeit	21
4.4.1.	Leitprinzipien für Nachhaltigkeit in der ergotherapeutischen Praxis, Ausbildung und Wissenschaft	21
4.4.2.	Nachhaltigkeit auf nationaler Ebene.....	21
4.4.3.	Nachhaltigkeit im EVS	22
5	Prozessqualität in der Ergotherapie.....	23
5.1	Zugänglichkeit: Grundversicherung OKP, Ressourcenverteilung.....	23
5.2	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit – optimale Nutzung der Ressourcen	24
5.2.1	Ergotherapeutischer Standardprozess	24
5.2.2	Berichteraster für Kostengutsprachen	25
5.2.3	Smarter Medicine «Choosing Wisely Switzerland»	26
5.2.4	Evidenzbasierte Praxis (EBP)	26
5.2.5	Das EVS-Praxishandbuch für selbstständige Ergotherapeut*innen.....	27
6	Ergebnisqualität in der Ergotherapie	28
6.1	Wirksamkeit: Erhebung der Behandlungszielerreichung mittels <i>Goal Attainment Scale</i> , Qualitätszirkel, kollegiale Qualitätsbesprechung	28
6.1.1	Zielerreichung in der ergotherapeutischen Behandlung mittels <i>Goal Attainment Scale</i> (GAS) 28	
6.1.2	Qualitätszirkel und kollegiale Qualitätsbesprechungen	29
6.2	Personenzentrierung: Beschwerdemanagement, Zufriedenheit.....	30
6.2.1	Beschwerdemanagement.....	30
6.2.2	Zufriedenheit.....	30
6.2.3	Sicherheit: Risikominderung und Schadensvermeidung, Fehlermeldesystem.....	30
7	Schlusswort	32
8	Literaturverzeichnis	33

9	Abkürzungen.....	35
10	Anhang.....	36

Das vorliegende Qualitätsmanagementsystem (QMS) des EVS beschreibt die aktuellen Qualitätsarbeiten des Ergotherapie-Verbandes Schweiz (EVS) und unterstützt die praxis-ambulantly tätigen Ergotherapeut*innen.

1 Einleitung

1.1 Motivation

Der EVS publizierte bereits 2017 respektive 2019 ein Qualitätsmanual. Dieses Qualitätsmanual legte einen zentralen Grundstein für die Verbandsarbeit und diente als wichtige Orientierung für die Ergotherapeut*innen. Im Rahmen der Verhandlungen über die Qualitätsverträge in Bezug auf die Änderungen des Art. 58a KVG 2021, aber auch mit der Publikation des *Quality Evaluation Strategy Tools (QUEST)* durch den Weltverband der Ergotherapeut*innen (WFOT) (2023), wurde deutlich, dass eine Überarbeitung des Qualitätsmanuals nötig ist. Das neue Dokument trägt den Titel «Qualitätsmanagementsystem (QMS) für die Praxis/Organisation der Ergotherapie». Das Qualitätsmanagementsystem des EVS, kurz EVS-QMS oder einfach QMS, ersetzt das Qualitätsmanual.

Alter Wein in neuen Schläuchen? Nicht ganz. Zwar wurden einige Abschnitte aus dem Qualitätsmanual übernommen, da sie nach wie vor relevant sind. Andere wurden jedoch aktualisiert und wieder andere sind ganz neu dazugekommen.

Der EVS engagiert sich im Qualitätsbereich, um die Interessen seiner Mitglieder schützen und vertreten zu können. Ein weiterer Grund liegt darin, den Ausbau und die Anerkennung der Ergotherapie in der Schweiz zu fördern.

Als nationaler Berufsverband setzt sich der EVS für die Weiterentwicklung und Professionalisierung der Ergotherapie in der Schweiz ein. Im Einklang mit seinem Leitbild übernimmt er eine aktive Rolle bei der Sicherung und Verbesserung der Qualität ergotherapeutischer Leistungen. Seine Qualitätspolitik legt die grundlegenden Prinzipien fest, an denen sich alle Aktivitäten im Bereich Qualitätsentwicklung, -sicherung und -verbesserung orientieren.

Ziel des EVS ist es, seine Mitglieder bei der Bewältigung der fachlichen Komplexität, der erforderlichen Zusammenarbeit sowie der gesetzlichen Vorgaben im Qualitätsmanagement zu unterstützen.

Wichtige Elemente hierfür sind:

- **Berufsethik und -kodex:**

Der Berufskodex legt fest, welche Eigenschaften und Verhaltensweisen von Ergotherapeut*innen erwartet werden. Diese Normen bilden die Grundlage, um die Qualität der erbrachten Leistungen zu sichern und stetig zu verbessern.

- **Förderung der Ergotherapie:**

Der EVS möchte das hohe Qualitätsniveau der ergotherapeutischen Arbeit sichtbar machen und setzt sich dafür ein, innovative Ansätze und aktuelle Trends im ganzen Land zu fördern.

1.2 Definition Qualitätsmanagementsystem

Der Europarat definiert ein Qualitätsmanagementsystem im Gesundheitsbereich als «ein Set an integrierten und geplanten Aktivitäten und Massnahmen auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsorganisation, die darauf abzielen, die Qualität der Klient*innenversorgung kontinuierlich sicherzustellen und zu verbessern» (Council of Europe, 2022).

Allgemein wird mit einem Qualitätsmanagementsystem (QMS) ein strukturiertes System bezeichnet, das Prozesse, Verantwortlichkeiten und Ressourcen innerhalb eines Unternehmens festlegt.

1.3 Ziele des Qualitätsmanagementsystems

Das Ziel eines QMS ist es, die Qualität von Produkten oder Dienstleistungen zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern und so die Klient*innenzufriedenheit zu erhöhen. Der EVS stellt seinen Mitgliedern dieses QMS als integralen Bestandteil des Qualitätsvertrags Art. 58a KVG zur Verfügung und empfiehlt den Inhalt an die eigene Praxis/Organisation der Ergotherapie anzupassen und entsprechend umzusetzen. Einige Inhalte dieses QMS sind gleichzeitig verbindliche Bestandteile des Tarifwerks zwischen EVS/SRK und der Medizinaltarif-Kommission (MTK) von 2019 (Vereinbarung über die Qualitätssicherung).

1.4 Einbettung

1.4.1 Art. 58 KVG

Die Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) ist verpflichtend. Der EVS stellt den Ergotherapeut*innen ein QMS zur Verfügung. Ergotherapeut*innen dürfen auch ein eigenes QMS erstellen, allerdings muss es zwingend folgende Punkte beinhalten:

- Das QMS bildet die Grundlage für die Qualitätsentwicklung einer Praxis oder einer Organisation der Ergotherapie.
- Das QMS stellt die Standardisierung und systematische Koordination der Qualitätsaktivitäten sicher und deckt folgende Punkte ab:

- a) Das QMS wird von den Ergotherapeut*innen verantwortet.
 - b) Das QMS definiert Funktion und Aufgaben der qualitätsverantwortlichen Person in Praxen und Organisationen der Ergotherapie und regelt die Zusammenarbeit mit allen relevanten Mitarbeiter*innen.
 - c) Das QMS definiert den Prozess zur kontinuierlichen Verbesserung (PDCA-Zyklus, siehe Seite 12), die Qualitätsmessung und die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen.
 - d) Das QMS definiert den ergotherapeutischen Standardprozess (EVS, 2017).
 - e) Das QMS definiert den Prozess im Umgang mit Fehlern und Beschwerden in Bezug auf die Behandlung und den Einsatz eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) und ist Teil der kontinuierlichen Verbesserung (PDCA-Zyklus).
- Das QMS ist zweckmässig und an die Komplexität des Leistungsspektrums sowie an die Praxis- resp. Organisationsgrösse angepasst.
 - Das QMS muss nicht zertifiziert sein.

1.4.2 Tarifvertrag zwischen EVS/SRK und MTK von 2019

Integrierender Bestandteil des Tarifvertrages zwischen EVS/SRK und MTK (Medizinaltarifkommission) von 2019 ist die Vereinbarung über die Qualitätssicherung, die bezweckt, dass die Qualitätssicherung in der Ergotherapie einheitlich umgesetzt wird. Der Tarifvertrag definiert folgendes: die Ergebnisqualität als Qualitätsmessung mit dem Instrument Goal Attainment Scale (GAS), die Kommunikation dieser Ergebnisse sowie die Strukturqualität. Ebenfalls Teil des Vertrags ist die Verpflichtung, dass jede*r Ergotherapeut*in pro Kalenderjahr 16 Fort- und/oder Weiterbildungsstunden besucht (stichprobenartige Überprüfung durch den EVS).

1.4.3 Auftrag zur Umsetzung

- Die Ergotherapeut*innen, die zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG über kein QMS verfügen, das diesen Mindestanforderungen genügt, sind verpflichtet, dieses innerhalb von zwei Jahren nach Genehmigung des Qualitätsvertrages einzuführen.

- Neu zugelassene Ergotherapeut*innen implementieren das QMS in den ersten zwei Jahren.

1.4.4 Umsetzung QMS / gelebte Qualität

Die Qualität ist neben der Einrichtung, dem Datenschutz und der Hygiene in einer Praxis/Organisation der Ergotherapie ein zentrales Element sowohl in der Praxisführung als auch in der Arbeit mit den Klient*innen.

Verschiedene Gesetzesänderungen haben dazu geführt, dass Praxisinhaber*innen und Organisationen der Ergotherapie verpflichtet sind, ein QMS einzuführen und/oder umzusetzen. Diese QMS-Pflicht in der ambulanten Praxis beruht auf folgenden Gesetzesartikeln: Art. 35 Abs. 2 lit e i.V.m., Art. 36 und 36a KVG (Leistungserbringer und Zulassung), Art. 48 KVV (Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen) und Art. 52a KVV (Organisationen der Ergotherapie) sowie Art 58, Art. 58a KVG (Massnahmen der Leistungserbringer und der Versicherer zur Qualitätsentwicklung). Basierend auf diesen nationalen Gesetzen stellen die Kantone nur noch Betriebsbewilligungen aus, wenn ein QMS vorliegt.

Der EVS hat das vorliegende QMS auf Basis der oben beschriebenen Gesetzgebung ausgearbeitet. Dieses QMS kann in dieser Form übernommen oder an die Praxis/Organisation der Ergotherapie angepasst werden. Unabhängig davon, ob das QMS unverändert oder mit Anpassungen übernommen wird, hat jede Praxis/Organisation der Ergotherapie eine*n Ergotherapeut*in zu bestimmen, die für das Praxis-QMS verantwortlich ist. Im Praxis-QMS ist definiert, welche Funktion und Aufgaben der*die Qualitätsverantwortliche in Praxen und Organisationen der Ergotherapie übernimmt. Weiter ist darin die Zusammenarbeit zwischen dem*der Qualitätsverantwortlichen und mit allen relevanten Mitarbeiter*innen geregelt.

Zusätzlich zum QMS des EVS stellt der Verband den Praxen und Organisationen der Ergotherapie eine [Vorlage](#) zur Verfügung, die gewährleistet, dass das EVS-QMS übertragen und als eigenes QMS ausgewiesen werden kann.

2 Ergotherapie

In diesem Kapitel wird die Ergotherapie definiert, beschrieben was die Ergotherapie unter Betätigung versteht sowie ein Bezug zwischen der Ergotherapie und der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) hergestellt.

2.1 Definition und Beschreibung der Ergotherapie

Der Weltverband der Ergotherapie (*World Federation of Occupational Therapists*, WFOT), definiert Ergotherapie seit 2025 wie folgt: «*Occupational therapy promotes health and well-being by supporting participation in meaningful occupations that people want, need, or are expected to do.*» Diese Definition ist der Konsens von 111 Mitgliederorganisationen.

Der EVS stützt sich aktuell auf die Definition von Ergotherapie aus dem Jahr 2012, die lautet: «Ergotherapie stellt die Handlungsfähigkeit des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität bei. Sie befähigt Menschen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens und an der Gesellschaft teilzuhaben.»

Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen dabei zu unterstützen, für sie individuell als bedeutsam erlebte Betätigungen (wieder) ausführen zu können. Dies erlaubt es den Klient*innen, die Handlungsfähigkeit im Alltag, die gesellschaftliche Partizipation und die Lebensqualität und -zufriedenheit zu erhalten oder zu verbessern.

Ergotherapeut*innen arbeiten mit Einzelpersonen oder Gruppen in Spitälern, psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationskliniken, Schulen, Pflegeheimen, Tageskliniken und -heimen, Hospizen sowie in Privatpraxen und bieten auch Beratungen und Schulungen in Institutionen und Betrieben an. Ergotherapeut*innen können zudem in kantonalen Institutionen, Fach- und Beratungsstellen, Asylwesen, Gemeinden etc. tätig sein. Wo möglich und notwendig werden Menschen aus dem Umfeld der Klient*innen in die Therapie/Beratung mit einbezogen.

Im Rahmen der Gesetzgebung im Gesundheitswesen übernehmen folgende Kostenträger die Leistungen der Ergotherapie: Krankenversicherungen, Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Militärversicherung. Ergotherapeut*innen haben freie Methodenwahl und orientieren sich an vorhandenen Leitlinien und Handlungsempfehlungen.

Für zusätzliche Dienstleistungen der Ergotherapie, wie Beratung und Umsetzung von Präventionsmassnahmen oder Beratungen betreffend gesundheitsfördernde Massnahmen in

einem Heim, in Beratungsstellen und Gemeinden, müssen individuelle Vereinbarungen getroffen werden.

2.2 Betätigung im Alltag – Fokus der Ergotherapie

Die Betätigung, das Kernstück der Ergotherapie, wird wie folgt definiert: «Komplex von Aktivitäten, der persönliche und sozio-kulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation an der Gesellschaft ermöglicht.» (ENOTHE, 2007)

Ergotherapeut*innen unterteilen Betätigungen in folgende Bereiche (AOTA, OTPF, 2020):

- Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL): Notwendig, um dem eigenen Körper Sorge zu tragen und Überleben und Wohlbefinden zu ermöglichen (Beispiele: Körperhygiene, Essen, Anziehen, sich Fortbewegen)
- Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL): Unterstützen das tägliche Leben und erfordern komplexere Interaktionen als ADL (Beispiele: für jemanden sorgen wie z. B. ein Kind, Angehörige oder ein Haustier; finanzielle Angelegenheiten regeln; Mobiltelefon- und Internetnutzung; Auto fahren; öffentliche Verkehrsmittel benutzen)
- Gesundheitsmanagement
- Ruhe und Schlaf
- Bildung
- Arbeit
- Spiel
- Freizeit
- Soziale Teilhabe

Ergotherapeut*innen erstellen ein Betätigungsprofil der relevanten und bedeutungsvollen Betätigungen des*der Klient*in, die in Folge eines Unfalls, einer Krankheit oder einer Behinderung nicht (mehr) oder nur eingeschränkt möglich sind, sowie der Rollen und Aufgaben, die der*die Betroffene deshalb nicht mehr oder nicht genügend gut übernehmen kann.

2.3 Ergotherapie und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) folgte auf die *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) von 1980. Sie wurde von der 54. Vollversammlung der *World Health Organisation* (WHO) im Mai 2001 verabschiedet. Das folgende Modell zeigt, wie nun der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt wird:

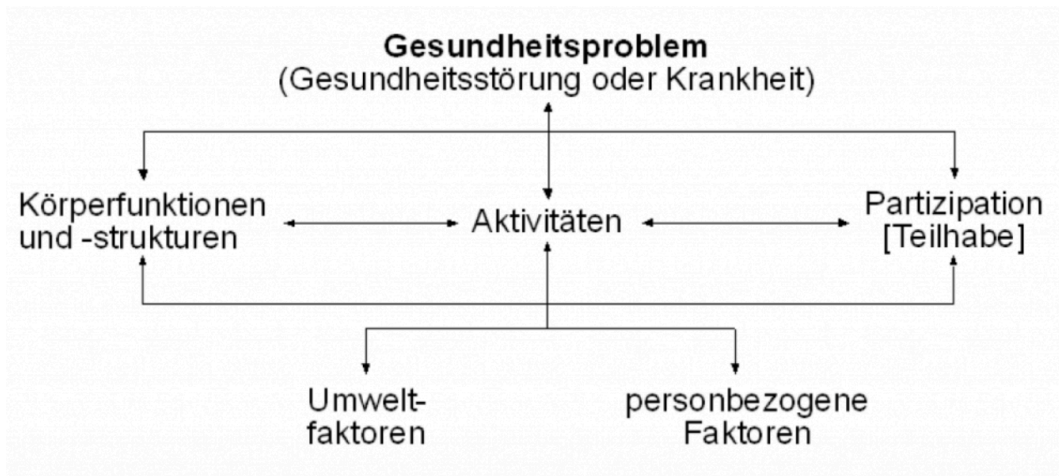


Abbildung 1: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO, 2004

Die ergotherapeutische Intervention orientiert sich in der Praxis an folgenden in der ICF beschriebenen Domänen:

- **Körperfunktionen/Körperstrukturen:** Erarbeitung/Förderung einzelner Funktionen im kognitiven, perzeptiven, sensorisch-motorischen und affektiv-emotionalen Bereich mit dem Ziel besserer Partizipation. Beispiele: Entwicklung oder Kompensation fehlender/verloren gegangener Fähigkeiten, Erlernen neuer Handlungsstrategien usw.
- **Aktivitäten und Partizipation:** Anpassung der Tätigkeit/Aktivität an den*die Betroffene*n, damit Partizipation möglich wird. Beispiele: Vereinfachung oder Anpassung von Abläufen, Instruktion zu und Anpassung von Hilfsmitteln und Schienen usw.
- **Umwelt:** Anpassung der Umwelt, damit Partizipation möglich wird. Beispiele: ergonomische Anpassung des Arbeitsplatzes, Schaffen einer hindernisfreien Umgebung zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, Beratung und Instruktion des sozialen Umfeldes (Familie, Bezugspersonen, Arbeitgebende bei Wiedereingliederung) usw.

Die ICF hat zum Ziel, unter den Gesundheitsberufen eine gemeinsame Sprache zu sprechen und beschreibt eine bio-psycho-soziale Betrachtungsweise des Menschen.

3 Qualitätsverständnis des EVS

In diesem Kapitel wird das Qualitätsverständnis des EVS beschrieben.

3.1 Begriffsklärung

Im Qualitätsmanagement werden unterschiedliche Qualitätsbegriffe verwendet. Die zentralen und relevanten Begriffe für dieses QMS werden in diesem Abschnitt beschrieben.

3.1.1 Qualitätsentwicklung

Unter Qualitätsentwicklung wird im ambulanten Bereich ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess unter Einbezug der Qualitätsmessungen und Verbesserungsmassnahmen (VM) verstanden. Ziel der Qualitätsentwicklung ist die kontinuierliche und systematische Reflexion von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen (Kolip, Ackermann, Ruckstuhl & Studer, 2019). Die Qualitätsentwicklung kann die Behandlung, einzelne Projekte oder die Praxis betreffen.

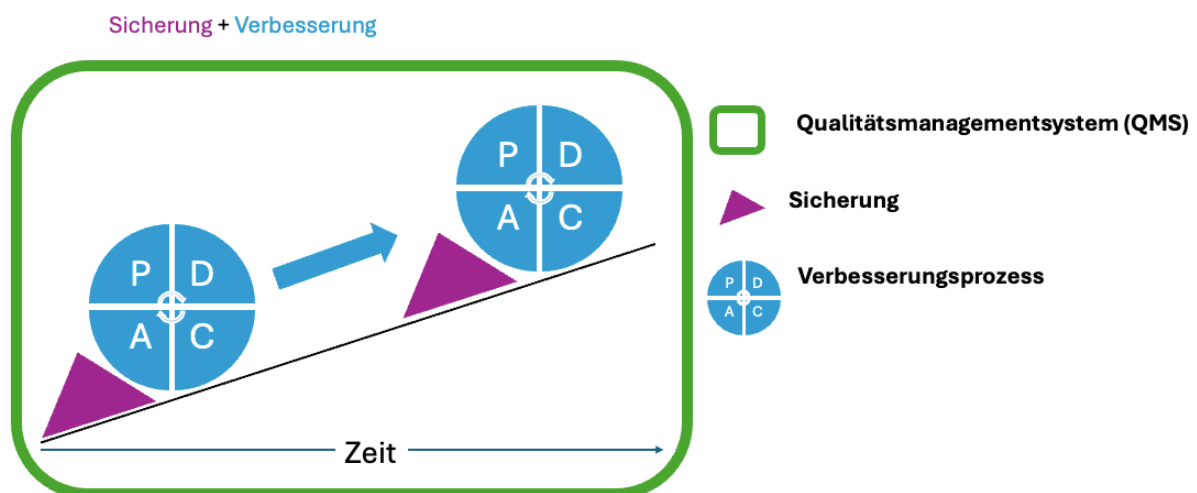


Abbildung 2: Qualitätsentwicklung (Curafutura, santésuisse, 2024)

3.1.2 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung hat zum Ziel, bereits bestehende Qualitätsstandards zu erhalten (Kolip, 2022).

3.1.3 Qualitätsverbesserung

Wertli et al. (2022) beschreiben Qualitätsverbesserung als eine Änderung in der Struktur oder im Prozess der Leistungserbringung, die dazu dient, die gewünschten Ziele (besser) zu erreichen. Sie sind weiterführende Massnahmen als die Massnahmen der Qualitätssicherung und entsprechen dem «Do»-Schritt des PDCA-Zyklus, welcher im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

Der PDCA-Zyklus

Der Qualitätsregelkreis von Deming (1982), besser bekannt als die PDCA-Methode (Plan-Do-Check-Act), ist ein vierstufiger, zyklischer Ansatz, der zur kontinuierlichen Verbesserung der (Behandlungs-) Qualität eingesetzt wird. Dieser kontinuierliche Verbesserungsprozess ist die Grundlage aller Qualitätsmanagementsysteme und besteht aus vier Phasen oder Schritten: Plan, Do, Check und Act. Diese zielen darauf ab, Probleme zu lösen und Veränderungen gezielt umzusetzen.

Der *Plan* umfasst das Erkennen von Verbesserungspotenzialen, die Analyse des aktuellen Zustands sowie das Entwickeln eines Behandlungsplans. *Do* bezieht sich auf das Ausprobieren beziehungsweise Testen sowie das praktische Optimieren des Behandlungsplans. Beim *Check* werden die einzelnen (Teil-) Ergebnisse sorgfältig überprüft. In der *Act*-Phase wird kontrolliert, ob der Plan eingehalten wurde oder ob grössere Anpassungen erforderlich sind. Die Verbesserung des Prozesses beginnt wiederum in der *Plan*-Phase.

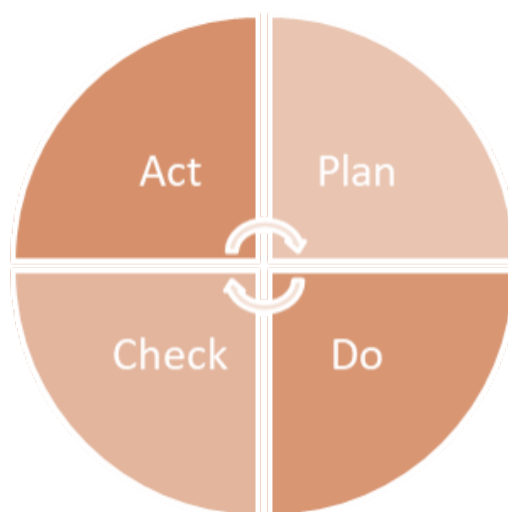


Abbildung 3: PDCA-Zyklus (eigene Darstellung)

3.1.4 Qualitätsmessungen

Qualitätsmessungen können die Struktur-, die Prozess- oder die Ergebnisqualität umfassen. Im Zusammenhang mit der Qualitätsmessung wird von Qualitätsindikatoren gesprochen. Qualitätsindikatoren werden zur Beurteilung und Bewertung der Qualität genutzt. Beispiele hierfür sind die Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen, Routinedaten, Klient*innenbefragungen, Qualitätsindikatoren, Qualitätsmessungen (Bsp. GAS).

3.2 QUEST (WFOT)

Das *Quality Evaluation Strategy Tool* ([QUEST](#)) (WFOT, 2020) wurde vom Weltverband der Ergotherapeut*innen entwickelt, um einen systematischen Ansatz zur Nutzung von Daten zum Nachweis des Wertes der Ergotherapie zu bieten. Das Evaluierungsstrategietool beschreibt das:

- Qualitätsindikatoren-Rahmenwerk (QI-Rahmenwerk) als ein konzeptionelles Modell für die Entwicklung eines Kernsatzes von Qualitätsindikatoren für die Ergotherapie und
- Qualitätsbewertungsverfahren zur Definition spezifischer, messbarer, vereinbarter, relevanter und zeitnaher, also SMARTer Qualitätsindikatoren für eine bestimmte ergotherapeutische Praxis oder Dienstleistung (WFOT, 2020).

Der EVS orientiert sich in diesem QMS an der Struktur des QUEST und übernimmt die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit den Qualitätsdimensionen Angemessenheit, Nachhaltigkeit, Zugänglichkeit, Effizienz, Wirksamkeit, Personen-zentriertheit und Sicherheit.

Es wird unterschieden zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität:

- Struktur: Umweltfaktoren und Ressourcen, Personal, Ausstattung und Angebot
- Prozess: Abläufe, Service der Dienstleistung, Ressourcen optimal nutzen
- Ergebnis: Veränderungen, die infolge ergotherapeutischer Interventionen auftreten, Zufriedenheit

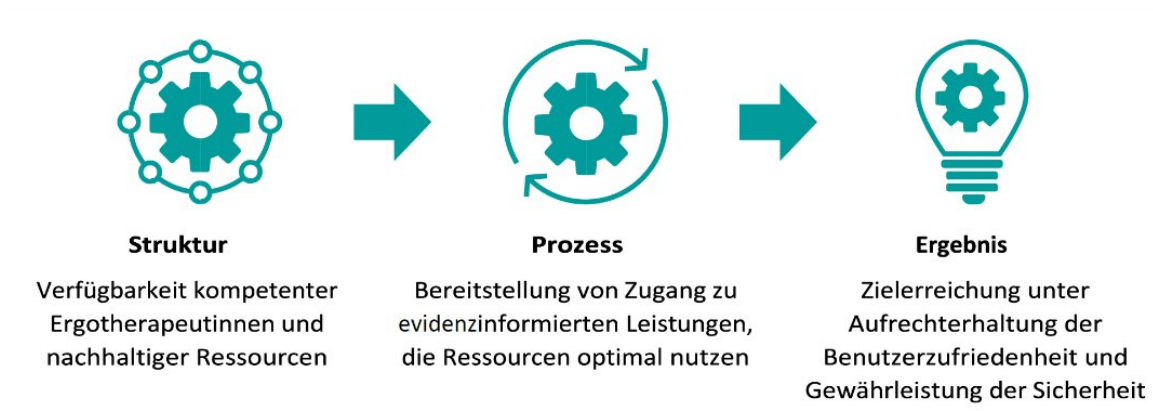


Abbildung 4: Dimensionen und Perspektiven des QI-Rahmenwerks zur Messung der Qualität (QUEST, WFOT, 2020)

3.3 Ethik

Ergotherapeut*innen orientieren sich in ihrem therapeutischen Handeln an verschiedenen ethischen Standards. Das betrifft Regularien, Richtlinien oder Empfehlungen auf internationaler, nationaler oder organisationaler Ebene. Adressat*innen dieser Standards sind sowohl Ergotherapeut*innen wie auch weitere Gesundheitsfachpersonen.

3.3.1 Ethik-Leitprinzipien in der Ergotherapie

Der Weltverband der Ergotherapie schafft mit den [Leitprinzipien](#) (WFOT, 2024) Transparenz in Bezug auf die Grundsätze, Werte und Überzeugungen, die der Ergotherapie weltweit zugrunde liegen.

3.3.2 Berufskodex des EVS

Die Leitprinzipien des WFOT prägen den Inhalt des [Berufskodex des EVS](#). Dieser stützt sich in einem ersten Teil auf den ehemaligen Berufskodex des WFOT (WFOT, 2004) und formuliert in einem zweiten Teil die Berufsordnung des EVS (EVS, 2011). Seit der Inkraftsetzung wurde der Berufskodex des EVS mehrfach angepasst, das letzte Mal 2021.

Die Einhaltung des Berufskodex ist für EVS-Mitglieder verpflichtend.

3.3.3 Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW)

Fragestellungen der klinischen Ethik übersteigen häufig das medizinische Wissen, den Entscheidungs- und Handlungsspielraum der*des einzelnen Ergotherapeut*in. Für interprofessionelle Entscheidungen der klinischen Ethik stehen seitens der SAMW eine Vielzahl von [Richtlinien](#) zu spezifischen fachlichen Ausrichtungen zur Konsultation zur Verfügung.

3.3.4 Fachverantwortung Ethik und Ethikbeirat

Seit 2024 hat der EVS eine Stelle für die Fachverantwortung Ethik eingerichtet, die an die Geschäftsstelle angegliedert ist. Die Fachverantwortliche Ethik arbeitet eng mit dem Ethikbeirat zusammen und führt diesen organisatorisch im Sinne einer Kommission. Die Aufgaben der Fachverantwortung Ethik und des Ethikbeirates sind in den Statuten (Art. 11) und in einer Auftragsvereinbarung geregelt.

4 Strukturqualität in der Ergotherapie

Die Strukturqualität im Gesundheitswesen umfasst einerseits die Umweltfaktoren, andererseits sämtliche Ressourcen, wie Personal, Ausstattung und Angebot (Donabedian, 2003). Im Folgenden werden die Einrichtung einer ergotherapeutischen Praxis beleuchtet, deren Anforderungen, Organisation und Sicherheit (Datenschutz, Hygiene).

4.1 Einrichtung der ergotherapeutischen Praxis

Mit Ausnahme von Domizilbehandlungen findet Ergotherapie in speziell dafür eingerichteten Räumlichkeiten statt.

Die Vorschriften betreffend Therapieräumlichkeiten sind kantonal geregelt und können beim entsprechenden Kanton, normalerweise bei der kantonalen Gesundheitsdirektion, erfragt werden.

4.1.1 Anforderungen

Zugang und Beschriftung

Die ergotherapeutische Einrichtung ist deutlich gekennzeichnet, die Beschriftung leicht lesbar. Der Zugang entspricht den Bedürfnissen der Klient*innen. Barrierefreie Zugänge sowie Räumlichkeiten sind bei entsprechenden Klient*innen Bedingung.

Die Einrichtung soll mit öffentlichen Verkehrsmitteln bequem erreichbar sein und/oder über genügend Parkplätze, bei Bedarf mit Behindertenstatus, verfügen. Sämtliche Risikofaktoren sind proaktiv und laufend zu eliminieren, namentlich:

- Eis, Glätte, Rutschgefahr (präventiv behandeln)
- Sturzgefahr erkennen und vermeiden (unebene Wege, defekte Treppenstufen etc.)

Infrastruktur

Eine ergotherapeutische Einrichtung umfasst mindestens:

- einen Behandlungsraum (Grösse muss der Behandlungsart entsprechen)
- Genügend Stühle, auch für Begleitpersonen
- Heizmöglichkeit (Temperatur mind. 20 Grad)
- Genügend natürliche Lichtquellen und Möglichkeiten der Abdunkelung/Beschattung
- Material für die Behandlung (direkt im Raum sauber verstaubar)

- Toilette mit Lavabo, je nach Klient*innen behindertengerecht
- Empfangsbereich, Büroeinrichtung: Die Infrastruktur muss elektronische Prozesse ermöglichen
- Warteraum, bei Bedarf rollstuhlgängig

Die Risikovermeidung gilt auch für die Einrichtung:

- Defekte Möbel und Gegenstände sofort eliminieren bzw. reparieren.
- Die gesamte Einrichtung ist laufend sauber zu halten. Die kantonalen Hygienevorschriften sind zu beachten.

Therapiematerial

Das für den jeweiligen Zweck benötigte Therapiematerial muss in einwandfreiem Zustand sein. Risikofaktoren sind durch sofortiges Ausscheiden von schadhaftem Material zu eliminieren. Das Therapiematerial muss gemäss den kantonalen Hygienevorschriften behandelt werden.

Organisation der Einrichtung

Die ergotherapeutische Einrichtung verfügt über eine standardisierte Organisation mit folgenden Elementen:

- Anmeldung per Telefon oder sicherem E-Mail (bspw. HIN)
- Terminvereinbarung
- Professionelles Ordnungssystem für Dokumentation (Dokumentationspflicht) und Behandlungsberichte (datenschutzgerecht)
- System für Abrechnungen mit Versicherungen*
- Professionelles System für die gesamte Administration (Verträge, Protokolle, Buchhaltung/Rechnungswesen, Steuerunterlagen, Versicherungen)

*Diese Systeme müssen dem aktuellen Stand der Digitalisierung entsprechen.

4.1.2 Datensicherheit, Datenschutz

Ergotherapeut*innen sind verpflichtet, die Datensicherheit und die Einhaltung des Datenschutzes gemäss dem Datenschutzgesetz von 2023 zu gewährleisten. Geregelt ist dies im [Bundesgesetz über den Datenschutz](#) (DSG) und in der [Verordnung über den Datenschutz](#) (DSV). Auf der Webseite des EVS stehen den Mitgliedern [Informationen, Handreichungen](#)

[und Musterdokumente sowie eine Sammlung häufiger Fragen \(FAQ\)](#) zur Verfügung. Diese Dokumente entbinden Ergotherapeut*innen nicht von ihrer Eigenverantwortung, dafür zu sorgen, dass Daten im Rahmen der Gesetzgebung erhoben, verarbeitet und weitergegeben werden. Im Zuge der Weitergabe von digitalen Daten ist darauf zu achten, dass neben technischen Standards auch das Berufsgeheimnis gemäss StGB Art. 321 eingehalten wird.

4.1.3 Hygiene

Die Ergotherapie umfasst diverse Tätigkeitsfelder, die spezifische Hygienemassnahmen erfordern. In Bereichen mit direktem Kontakt mit den Klient*innen oder bei besonderen gesundheitlichen Risiken sind strengere Massnahmen notwendig, um die Sicherheit von Klient*innen und Therapeut*innen zu gewährleisten. Der EVS hat ein Konzept erstellt, das einen Überblick über allgemeine Hygieneregeln und spezifische Richtlinien für besondere Situationen gibt.

Dieses [Hygienekonzept](#) dient als Leitfaden für die tägliche Praxis und stellt sicher, dass alle Massnahmen zur Infektionsprävention strikt eingehalten werden, um die Gesundheit und Sicherheit aller Beteiligten zu gewährleisten.

Die Empfehlungen sind auf die einzelnen Praxen (Klientel, Fachbereich, Gegebenheiten) anzupassen. Kantonale Vorschriften sind ebenfalls zu konsultieren (kantonale Gesundheitsdirektion).

4.2 Struktur der Ausbildung für Ergotherapeut*innen in der Schweiz

Die Ausbildung der Ergotherapeut*innen in der Schweiz findet an vier Standorten auf Fachhochschulstufe statt:

- **Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO**
Filière Bachelor of Science en ergothérapie HETSL, Lausanne
- **Ostschweizer Fachhochschule OST**
Department Gesundheit, Studiengang Ergotherapie, Buchs
- **Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana SUPSI**
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Manno
- **Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW**
Departement Gesundheit, Institut für Ergotherapie, Winterthur

Die berufsbefähigende Ausbildung schliesst mit einem Bachelor of Science in Ergotherapie ab.

Ergotherapeut*innen, die ihr Diplom in der Schweiz an einer höheren Fachschule (bis 2008) erworben haben, sind zur Berufsausübung berechtigt. Der nachträgliche Titelerwerb ermöglicht seit 2009 den Inhaber*innen von altrechtlichen SRK-anerkannten Schweizer Ergotherapie-Diplomen den nachträglichen Erwerb eines Fachhochschultitels und führt zum geschützten Titel «dipl. Ergotherapeutin FH/dipl. Ergotherapeut FH».

Für Ergotherapeut*innen mit einer ausländischen Ausbildung wird vom [SRK](#) ein Äquivalenzverfahren durchgeführt, das die Gleichwertigkeit der Grundausbildungen der in der Schweiz tätigen Berufsvertreter*innen sicherstellt.

Die konsekutiven Masterausbildungen schliessen mit einem Master of Science ab und ermöglichen eine wissenschaftliche Laufbahn mit Doktorat (PhD) und/oder Professur an einer Fachhochschule.

4.3 Struktur der Fort- und Weiterbildung für Ergotherapeut*innen in der Schweiz

4.3.1 Fortbildung (ohne ECTS)

Die Fortbildung der Ergotherapeut*innen in der Schweiz wird von unterschiedlichen Anbietern organisiert. Fachhochschulen, verschiedene Fortbildungsinstitute, inklusive EVS, bieten Kurse in den verschiedenen Fachgebieten der Ergotherapie an.

4.3.2 Weiterbildung (mit ECTS)

Gemäss Hochschulförderungs- und Hochschulkoordinationsgesetz (HFKG) ist die Weiterbildung an der Fachhochschule angesiedelt. Fachspezifische Weiterbildungen schliessen mit einem Zertifikat (CAS), Diplom (DAS) oder *Master of advanced studies* (MAS) ab (ECTS-Punktesystem).

4.3.3 Qualitätspolitik des EVS im Fortbildungsbereich

In enger Zusammenarbeit streben der EVS und die Fachhochschulen danach, die Stellung der Ergotherapie im schweizerischen Gesundheitswesen zu festigen und weiterzuentwickeln. Insbesondere müssen Veränderungen der Rahmenbedingungen (KVG, Tarifverträge usw.) ihre Entsprechung in der Grundausbildung finden.

Die Fortbildung ist seit 2019 via MTK-Tarifvertrag insofern geregelt, dass jährlich 16 Stunden Fort- und Weiterbildung nachgewiesen werden müssen. Die Fort- und Weiterbildungsstunden werden sporadisch mittels Stichproben überprüft.

Der EVS fühlt sich den Richtlinien des *Lifelong Learning* (lebenslanges Lernen) verpflichtet. Die Ethik-Richtlinien des EVS fordern die Berufsvertreter*innen schon seit jeher zu regelmässiger Fortbildung auf.

4.4 Nachhaltigkeit

Nachhaltiges Handeln der Ergotherapeut*in als ethischer Standard kann sich ebenfalls an verschiedenen Referenzpunkten auf unterschiedlichen Ebenen orientieren. Die Aufzählung nachfolgender möglicher Referenzpunkte ist nicht abschliessend.

4.4.1. Leitprinzipien für Nachhaltigkeit in der ergotherapeutischen Praxis, Ausbildung und Wissenschaft

Der WFOT (2018) formuliert in seinem Dokument «[Leitprinzipien für Nachhaltigkeit in der ergotherapeutischen Praxis, Ausbildung und Wissenschaft](#)» folgende fünf Prinzipien, die das nachhaltige ergotherapeutische Handeln leiten sollen:

- Nachhaltigkeit verstehen – eine ergotherapeutische Perspektive
- Die Rolle der Ergotherapie bei der Verringerung von Umweltschäden und Klimafolgen aufgrund nicht-nachhaltiger Lebensführung
- Unterstützung der Ergotherapie-Klient*innen bei der Anpassung an die Folgen von Umweltschäden aufgrund von Nicht-Nachhaltigkeit
- Gemeinschaftliche Nachhaltigkeit angesichts drohender Umweltkatastrophen
- Entwicklung professioneller Kompetenzen, um betätigungsbasierte Interventionen durchzuführen, die sich mit Nachhaltigkeitsproblemen befassen

Diese Prinzipien erwachsen aus Zielen, die der WFOT unter Berücksichtigung der 17 nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (*Sustainable Development Goals*, SDGs) formuliert hat. Sie richten sich sowohl an Ergotherapeut*innen in der Praxis wie auch in der Ausbildung und der Wissenschaft.

4.4.2. Nachhaltigkeit auf nationaler Ebene

Ebenfalls auf die 17 Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen stützt sich die [Agenda 2030](#) des Bundes mit ihren ausformulierten [Zielsetzungen der Schweiz](#).

Die Positionspapiere [«Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems»](#) (2019) und [«Umweltbewusste Gesundheitsversorgung in der Schweiz»](#) (2022) der SAMW integrieren die Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen und des Bundes in weitere Modelle und setzen sie in den auch für die Ergotherapie relevanten Kontext der Gesundheitsversorgung.

4.4.3. Nachhaltigkeit im EVS

Der EVS hat die Ausführungen der SAMW in seinem Positionspapier [«Planetary Health»](#) (2023) aufgenommen und für die Ergotherapie weiter spezifiziert. Im Weiteren vernetzt sich der EVS aktiv mit anderen Verbänden auf nationaler (FMH) und internationaler Ebene (Arbeitsgruppe DACHL und RIAFE).

5 Prozessqualität in der Ergotherapie

Die Prozessqualität im Gesundheitswesen umfasst neben der Möglichkeit, auf die Dienstleistung zuzugreifen, auch die optimale Ressourcennutzung für maximale Ergebnisse (Donabedian, 2003). Im Folgenden werden die Zugänglichkeit und im Zusammenhang mit Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) der Standardprozess der Ergotherapie, der EVS-Berichteraster, Smarter Medicine (Top 5), Evidenzbasierte Praxis (EBP) sowie das Praxishandbuch als Unterstützung für eine optimale Ressourcennutzung beschrieben.

5.1 Zugänglichkeit: Grundversicherung OKP, Ressourcenverteilung

Ergotherapie ist in der Schweiz ein medizinisch-therapeutisches Angebot, das über die Grundversicherung der OKP der Klient*innen finanziert wird (gilt für den praxis-ambulanten Bereich). Ergotherapeut*innen arbeiten auf Anordnung der verordnenden Ärzt*innen und unter Berücksichtigung der [Rechte und Pflichten der Klient*innen](#). Das Vorliegen einer Verordnung allein stellt noch keinen Anspruch auf Ergotherapie dar.

Übersteigt die Nachfrage nach Ergotherapie das Angebot, muss die Zuteilung der vorhandenen Ressourcen durch den*die behandelnden Ergotherapeut*innen vorgenommen werden. Um dem medizinethischen Prinzip der Gerechtigkeit, wie es auch vom WFOT als grundlegendes ethisches Prinzip genannt wird, Rechnung zu tragen, sollte die Priorisierung nach bewusst gewählten Kriterien erfolgen. Diese Kriterien können je nach zugrunde liegender Gerechtigkeitstheorie unterschiedlich definiert werden, sollten jedoch transparent sein, um unbewusste Diskriminierungen zu vermeiden. Mögliche Kriterien sind Gleichheit, Beitrag/Leistung oder Bedarf. In der konkreten Anwendung im Umgang mit Wartelisten bedeutet dies beispielsweise folgendes Vorgehen:

Gleichheit: *First come, first served* – die freien Therapieplätze werden nach Eingang der Anmeldung vergeben.

Beitrag: Klient*innen auf der Warteliste, die sich in der Terminplanung besonders flexibel zeigen, werden Klient*innen vorgezogen, die Termine nur sehr eingeschränkt wahrnehmen können oder wollen.

Bedarf: Die Reihenfolge der Warteliste wird gemäss Dringlichkeit beziehungsweise gemäss Risikoabschätzung von Folgeschäden bestimmt. Die Einschätzung des Risikos nimmt die*der Ergotherapeut*in entsprechend ihrer*seiner Fachexpertise vor.

5.2 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit – optimale Nutzung der Ressourcen

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) hält in Art. 32 fest, dass die Leistungen bei Krankheit, medizinischer Prävention, Geburtsgebrechen, Unfällen, Mutterschaft, Schwangerschaft und zahnärztlichen Behandlungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen.

Die drei Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ([WZW](#)) spielen sowohl für die Bestimmung und Überprüfung von Pflichtleistungen der OKP (Art. 32 und 33 KVG) als auch bei der Erbringung von medizinischen Leistungen (Einsatz und Mittel) im Einzelfall (Art. 56 KVG) eine zentrale Rolle. Insgesamt sollen diese Grundsatzkriterien des KVG dazu beitragen, die Krankenversicherer beziehungsweise das auf Solidarität basierende Krankenversicherungssystem vor missbräuchlichen Inanspruchnahmen von Leistungen zu schützen (siehe auch BGE 126 V 334 E. 2c).

5.2.1 Ergotherapeutischer Standardprozess

Dieser Ergotherapeutische Standardprozess ist 2017 in Zusammenarbeit mit dem EVS und den Studiengängen Ergotherapie an den Fachhochschulen ZHAW, EESP (heute HETSL) und SUPSI entstanden. Der Standardprozess bildet, wie es der Name sagt, den Prozess von der Anmeldung für die Ergotherapie bis zum Abschluss der Therapie ab und ist in folgend abgebildet.

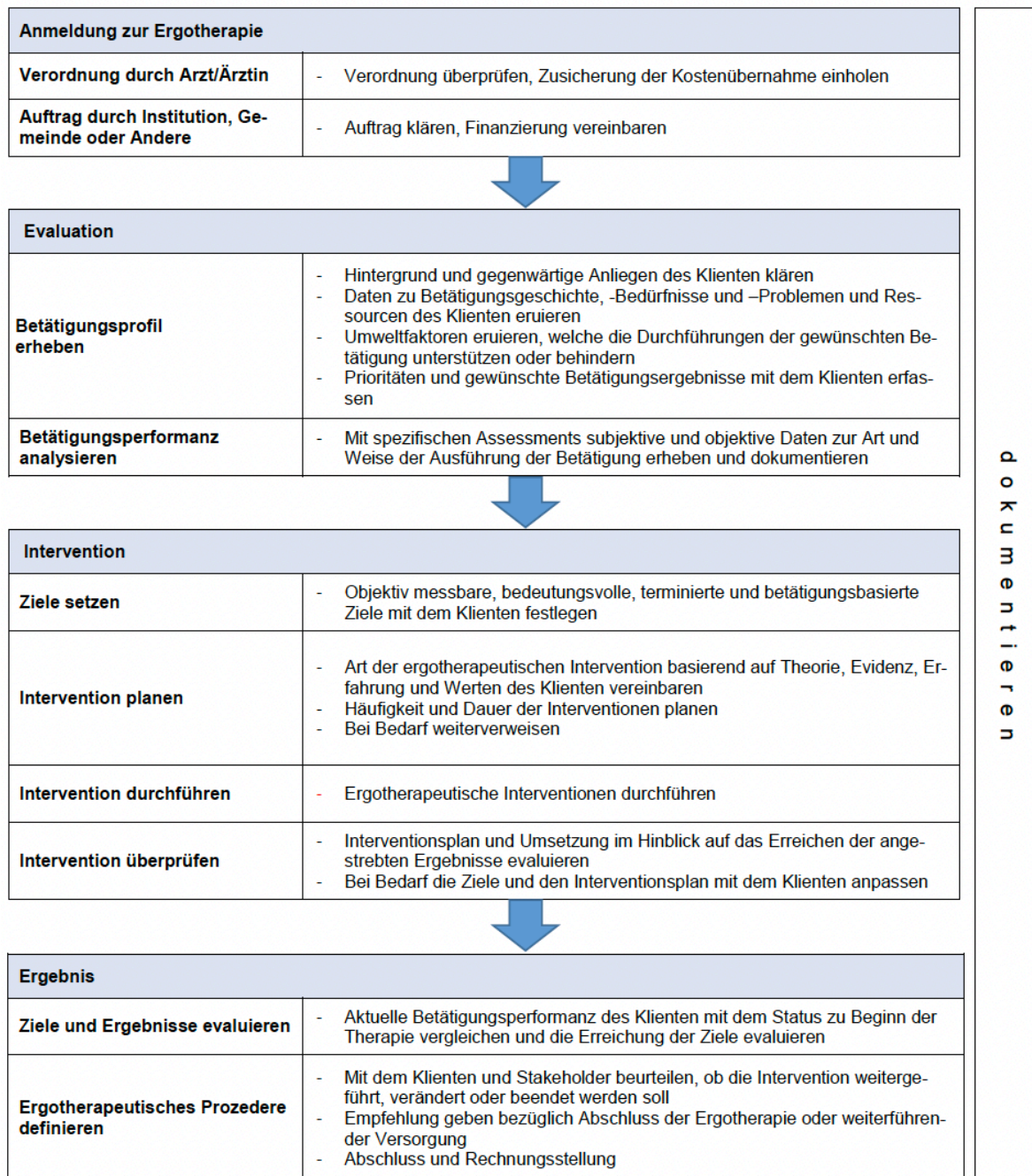


Abbildung 5: Ergotherapeutischer Standardprozess (EESP, EVS, SUPSI und ZHAW, 2017)

5.2.2 Berichteraster für Kostengutsprachen

Mit der PDF-Vorlage zur Anfrage einer Kostengutsprache stellt der EVS eine einheitliche, zielgerichtete Berichtsvorlage zur Verfügung. Der Berichteraster erfreut sich grosser

Beliebtheit. Durch die einheitliche und flächendeckende Nutzung erfolgen Kostengutsprachen schnell und Ärzt*innen und Versicherungen erhalten die nötigen Informationen im gewünschten Umfang.

Der [Berichteraster](#) ist auf der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (siehe Punkt 2.3) aufgebaut und bedient sich somit einer interprofessionellen Sprache im Gesundheitswesen.

5.2.3 Smarter Medicine «Choosing Wisely Switzerland»

Der gemeinnützige Verein «*smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland*» hat in den letzten Jahren in Zusammenarbeit mit diversen Gesundheitsberufsverbänden sogenannte Top-5-Listen publiziert. Dies mit dem Ziel, in den jeweiligen Bereichen Behandlungen aufzuführen, die unnötig sind und nicht in erster Linie dem Wohle der Klient*innen dienen. Damit soll ein wichtiger Beitrag geleistet werden, Unter-, Über- und Fehlbehandlungen im Schweizer Gesundheitswesen zu vermeiden.

Dank der wertvollen, aktiven Mitarbeit von zahlreichen Mitgliedern wurde das Projekt *Smarter Medicine* in der Ergotherapie in den letzten Jahren gestaltet und entwickelt. Vorlage waren zehn Empfehlungen der *American Occupational Therapy Association (AOTA Choosing Wisely)*. In einem interaktiven Prozess wurden fünf [Empfehlungen](#) für die Ergotherapie in der Schweiz erarbeitet und 2025 publiziert.

5.2.4 Evidenzbasierte Praxis (EBP)

Ergotherapeut*innen sind gemäss KVG und Ethikkodex verpflichtet, für die Intervention, die sie ihren Klient*innen anbieten, Evidenz zu nutzen. Diese Belege oder Evidenzen können in verschiedene Bereiche unterteilt werden:

- Externe Evidenz beinhaltet Nachweise aus wissenschaftlichen Studien oder Untersuchungen.
- Interne Evidenz bezieht sich auf die professionelle Expertise und auf Erfahrungswissen.
- Werte und Normen der Klient*innen müssen mit einbezogen werden, um klient*innenzentriert zu arbeiten.

5.2.5 Das EVS-Praxishandbuch für selbstständige Ergotherapeut*innen

Das [EVS-Praxishandbuch](#) gibt detailliert Auskunft über alle Fragen von der Vorbereitung für eine Praxiseröffnung über die Praxisführung bis zum Verkauf einer Praxis. Das Handbuch wird periodisch aktualisiert.

5.2.6 Dokumentationspflicht, Archivierung und Aufbewahrungsfristen

Die Dokumentationspflicht ergibt sich aus den geltenden Tarifverträgen und aus kantonalen Vorgaben. Die kantonalen Bestimmungen sind verbindlich und müssen zwingend eingehalten werden.

- Unterlagen der Finanzbuchhaltung sind 10 Jahre aufzubewahren.
- Für Klient*innenunterlagen wird aufgrund der 20-jährigen Regressmöglichkeiten im Haftungsrecht eine Aufbewahrungsdauer von 20 Jahren empfohlen.
- Die Archivierung muss der sicheren Aufbewahrung gemäss Datenschutzgesetz entsprechen.

6 Ergebnisqualität in der Ergotherapie

Die Ergebnisqualität in der Ergotherapie beurteilt den Erfolg ergotherapeutischer Interventionen anhand von messbaren Verbesserungen für die Klient*innen und deren Lebensqualität. Qualitätsindikatoren wie Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit helfen dabei, die Behandlungsqualität zu sichern und zu verbessern, auch in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Klient*innensicherheit. Zur Ergebnisqualität gehören zusätzlich die Sicherheitsaspekte der Risikominderung und der Schadensvermeidung inklusive [Beschwerdemanagement](#) (Beschwerdestelle SPO, *Critical Incident Reporting System*, CIRS).

6.1 Wirksamkeit: Erhebung der Behandlungszielerreichung mittels *Goal Attainment Scale*, Qualitätszirkel, kollegiale Qualitätsbesprechung

Um im Rahmen der Ergebnisqualität die Wirksamkeit der Ergotherapie abzubilden, stehen unter anderem Methoden wie die *Goal Attainment Scale* (GAS), Qualitätszirkel oder kollegiale Qualitätsbesprechungen zur Verfügung, welche im Folgenden beschrieben werden.

6.1.1 Zielerreichung in der ergotherapeutischen Behandlung mittels *Goal Attainment Scale* (GAS)

Der Erfolg einer ergotherapeutischen Behandlung drückt sich unter anderem im Erreichungsgrad der mit den Klient*innen erarbeiteten Ziele aus. Bei der therapeutischen Zielsetzung ist die Fähigkeit der Ergotherapeut*innen entscheidend, zusammen mit den Klient*innen klare, realistische, mitteilbare und betätigungsorientierte Ziele festzulegen, die für die Alltagsbewältigung sinnvoll sind. Die Zielformulierung ist nicht nur wichtig für die Kommunikation zwischen den Klient*innen und den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, sie trägt auch zum Gelingen der Behandlung bei. Zielvereinbarungen erhöhen die Motivation – sowohl bei Klient*innen als auch beim Behandlungsteam (Bowmann & Mogensen, 2010).

Um die Zielerreichung in der Ergotherapie zu messen, wird die *Goal Attainment Scale* (GAS) verwendet. Die GAS ist ein valides, reliables und sensibles Instrument, das den Erreichungsgrad der individuell gesetzten Ziele in einem numerischen Wert ausdrückt (Kiresuk et al., 1994; Hurn et al., 2006). Da sich die GAS an den Zielsetzungen der Klient*innen orientiert und sich an deren spezifische Situation anpassen lässt, kann es in allen Fachbereichen der Ergotherapie angewendet werden. Gemäss der [Scoping Review](#) Ballmer et al. (2023) ist die GAS geeignet, um Qualitätsindikatoren in der Ergotherapie zu messen. Der Einsatz der

GAS hat sich im ambulanten Bereich der Ergotherapie etabliert und ist seit 2009 Bestandteil der Qualitätsvereinbarung zwischen den Tarifpartnern.

Bei der Anwendung der GAS bestimmen Klient*in und Ergotherapeut*in gemeinsam, welche Ziele sie in der Behandlungsperiode erreichen wollen. Die Zielformulierungen werden nach den SMART-Kriterien formuliert: spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminiert. Auf den Zeitpunkt der Zielterminierung werden die formulierten Ziele gemeinsam ausgewertet. Durch den Einbezug der Klient*innen überträgt der*die Ergotherapeut*in diesen Selbstverantwortung, was zu mehr Engagement in der Therapie und zu einer besseren Übertragung des Gelernten im Alltag führt. Der Erreichungsgrad der gemeinsam mit den Klient*innen formulierten Ziele wird in der GAS in fünf Stufen von -2 bis +2 ausgedrückt.

6.1.2 Qualitätszirkel und kollegiale Qualitätsbesprechungen

Qualitätszirkel haben sich als wirksame Methode zur Veränderung und qualitativen Verbesserung der therapeutischen Arbeit ausserordentlich bewährt. Mehrere Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (mono- oder interprofessionell) schliessen sich in einer strukturierten Kleingruppe in Form eines Qualitätszirkels (QZ) zusammen, um gemeinsam einen offenen Erfahrungsaustausch zu pflegen, sich neues Wissen anzueignen und dieses zu nutzen.

Der EVS gehört zu den Gründungsmitgliedern des [Forums für Qualitätszirkel](#), eine Interessensvereinigung verschiedener Berufsorganisationen, die 2018 gegründet wurde. Das Forum für Qualitätszirkel organisiert gemeinsame Fortbildungen und Ausbildungskurse für Moderator*innen von Qualitätszirkeln.

Gleichwertig sind **kollegiale Qualitätsbesprechungen**, die einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung der Ergotherapeut*innen leisten. Die kollegialen Qualitätsbesprechungen werden von mindestens drei gleichberechtigten Ergotherapeut*innen geführt und von einer vorsitzenden Person geleitet.

Die Dokumentation der Treffen (QZ und kollegiale Qualitätsbesprechungen) erfolgt anhand eines standardisierten Jahresberichts. Ein entsprechendes Dokument wird demnächst auf der EVS-Website zur Verfügung gestellt.

6.2 Personenzentrierung: Beschwerdemanagement, Zufriedenheit

6.2.1 Beschwerdemanagement

Die [Schweizerische Patientenorganisation SPO](#) nimmt im Auftrag des EVS Meldungen von Klient*innen und Gesundheitsfachpersonen über Fehlverhalten von Ergotherapeut*innen entgegen. Diese heiklen Meldungen werden von unabhängigen externen Fachpersonen geprüft. Gegenüber Arbeitgebenden und Arbeitskolleg*innen wird vollständige Anonymität gewährleistet. Mit diesem niederschweligen Angebot trägt der EVS dazu bei, Fehlverhalten rechtzeitig transparent zu machen.

Seit dem 1. Oktober 2023 nimmt die SPO auch Meldungen von Gesundheitsfachpersonen über Fehlverhalten von Ergotherapeut*innen entgegen. Die Meldungen werden vertraulich behandelt, Informationen werden nur anonymisiert nach aussen gegeben. Damit haben meldende Personen die Gewissheit, dass sie keine Nachteile am Arbeitsplatz zu befürchten haben.

Meldungen können direkt auf der Website der [SPO Meldestelle](#) gemacht werden.

6.2.2 Zufriedenheit

Im Zusammenhang mit einer Datenerhebung 2026 in der praxis-ambulanten Ergotherapie in der Schweiz hat der EVS zusammen mit der Universität Luzern einen Fragebogen zur Patient*innen-Zufriedenheit in zwei Versionen erarbeitet. Einmal für Eltern, deren Kinder in die Ergotherapie kommen, einmal für Personen über 16 Jahre. Diese Fragebögen wurden so erstellt, dass sie auch nach Ablauf der Datenerhebung durch die Ergotherapeut*innen verwendet werden können. Sie stehen auf der [EVS-Webseite](#) zur Verfügung.

6.2.3 Sicherheit: Risikominderung und Schadensvermeidung, Fehlermeldesystem

Das [Critical Incident Reporting System](#) (CIRS) ist ein Berichts- und Lernsystem für unerwünschte Ereignisse und Beinahe-Zwischenfälle sowie eine verbreitete Strategie zur Verbesserung der Klient*innensicherheit. An Beispielen wird so aktiv das «Lernen aus Fehlern» praktiziert und gemeinsam die Qualität verbessert.

Der EVS stellt seinen Mitgliedern eine Meldeplattform zur Verfügung und entspricht damit einer Anforderung des Bundes für die Zulassung von Ergotherapeut*innen im praxis-ambulanten Bereich.

7 Schlusswort

In der zunehmend komplexen Welt des Gesundheitswesens ist die Gewährleistung höchster Qualitätsstandards unerlässlich. Dieses QMS wurde erarbeitet, um die kontinuierliche Verbesserung der Dienstleistungen und die Zufriedenheit unserer Mitglieder sicherzustellen.

Wir sind überzeugt, dass ein effektives QMS nicht nur die berufliche Praxis unserer Mitglieder stärkt, sondern auch das Vertrauen der Klient*innen in unsere Profession fördert. Durch regelmässige Schulungen und Fortbildungen, transparente Prozesse und den Austausch von *Best Practices* werden wir den hohen Anforderungen gerecht, die an uns gestellt werden.

Als EVS sind wir darauf bedacht, das QMS weiterzuentwickeln. Wir rufen alle Mitglieder auf, in ihrer Praxis aktiv an der Umsetzung und Weiterentwicklung dieses QMS mitzuwirken. Gemeinsam können wir eine Kultur der Qualität und Sicherheit schaffen, die sowohl für unsere Berufsgruppe als auch für die Menschen, die wir behandeln, von grosser Bedeutung ist.

8 Literaturverzeichnis

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.)

Ballmer T., Frey S., Petrig A., Gantschnig B.E. Quality indicators for occupational therapy: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2024 Sep 12;24(1):1054. doi: 10.1186/s12913-024-11548-1. PMID: 39267071; PMCID: PMC11395972.

Bowmann, J. & Mogensen, L. (2010). Writing Occupation-focused Goals. In M. Curtin, M. Molineux & J. Supyk-Mellson (Eds.), *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Enabling Occupation* (6th ed., pp. 95-109). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Council of Europe. (2022). Explanatory Memorandum Recommendation Rec (97)17 on the development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. <https://rm.coe.int/0900001680a71416>.

Deming, W. E. (1982). *Out of the Crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, S. 88., ISBN 0-911379-01-0,

Donabedian A. (2003). *An Introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press.

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2019). *Qualitätsmanual EVS*. Bern.

Hurn, J., Kneebone, I., & Copley, M. (2006). Goal setting as an outcome measure: A systematic review. *Clinical rehabilitation*, 20(9), 756–772.
<https://doi.org/10.1177/0269215506070793>

Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (Eds.). (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Kolip, P. (2022). Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i100-2.0>

- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2019). Gesundheitsförderung mit System. Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hogrefe.
- Wertli, M., Lehmann, J., Käser, U., Kraft, E. & Djalali, S. (2022). Alle sprechen über Qualitätsverbesserung – was ist konkret gemeint? PRIMARY AND HOSPITAL CARE – ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN 2022;22(5):138–140
- Weltverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. (2020). Quality Evaluation Strategy Tool: Ein grundlegender Leitfaden für die Verwendung von Qualitätsindikatoren in der Ergotherapie. Heruntergeladen von file:///C:/Users/Yoga-AP/AppData/Local/Temp/WFOT-QUEST-Manual_German_final- 1.pdf am 14.9.2021
- World Federation of Occupational Therapists. (2023). Quality Evaluation Strategy Tool: An essential guide for using quality indicators in occupational therapy. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (WHO), (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Heruntergeladen am 25.07.2025 von <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

9 Abkürzungen

CIRS	Critical Incident Reporting System
DACH	Deutschland, Österreich, Schweiz
DACHL	Deutschland, Österreich, Schweiz, Luxemburg
EBP	Evidenzbasierte Praxis
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
EVS	Ergotherapie-Verband Schweiz
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
GAS	Goal Attainment Scale
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KVG	Gesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MTK	Medizinaltarif-Kommission
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PDCA	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
QI	Qualitätsindikator
QMS	Qualitätsmanagementsystem
QUEST	Quality Evaluation Strategy Tool
RIAFE	Réseau International des Associations Francophones d'Ergothérapie
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SPO	Schweizerische Patientenorganisation
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organisation

10 Anhang

- [EVS-Berufskodex](#)
- [EVS-Hygienekonzept](#)
- [Ergotherapeutischer Standardprozess](#)
- [EVS-Berichteraster](#)
- Smarter Medicine: [Top-5-Liste](#)
- EVS-Fragebogen zur [Patient*innenzufriedenheit](#)