


«Spiel mit!»

Ein Projekt zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz bei Kindern mit ADHS

Masterarbeit - MAS in Ergotherapie, Pädiatrie

Bettina Bachmann

Kontakt: 
Departement: Gesundheit, Institut für Ergotherapie, Weiterbildung
Modulverantwortliche: Astrid Koch
Mentorin: Anika Stoffel

Eingereicht am 19.07.2021

Inhaltsverzeichnis

	Management Summary	4
1	Projekthintergrund	5
	1.1 Theoretischer Hintergrund und Problemstellung	5
	1.2 Play-based Intervention	6
	1.3 Fragestellung	7
	1.4 Projektumfeld	7
2	Projektplanung	9
	2.1 Projektziele	9
	2.2 Projektorganisation	10
	2.3 Projektinhalt	12
	2.4 Projektnutzen	13
	2.5 Projektrisiken	14
	2.5.1 Stakeholderanalyse	14
	2.5.2 SWOT-Analyse	15
	2.5.3 Allgemeine Risikoanalyse	16
3	Projektdurchführung	17
	3.1 Evidenz des Ansatzes «play-based Intervention»	17
	3.1.1 Methodisches Vorgehen	17
	3.1.2 Evidenz zur Wirksamkeit	18
	3.1.3 Evidenz zur Praktikabilität	21
	3.1.4 Kritische Würdigung	24
	3.2 Interventionskonzept	25
	3.3 Inhaltlicher Projektverlauf und Zielerreichung	30
	3.4 Organisatorischer Projektverlauf	36
	3.4.1 Projektkommunikation	36
	3.4.2 Projektorganisation und -steuerung	37
4	Projektevaluation	38
	4.1 Reflexion	38
	4.2 Projektnutzen und -aufwand	41
	4.3 Schlussfolgerungen	42

Literaturverzeichnis	44
Tabellenverzeichnis	48
Abbildungsverzeichnis	49
Glossar	50
Anhang	52
I. Einverständniserklärung zur Aufhebung der Anonymität	52
II. Projektstrukturplan	53
III. Multiprojektlandschaft	56
IV. Stakeholderanalyse	58
V. SWOT-Analyse	60
VI. Allgemeine Risikoanalyse	61
VII. Evaluationsfragebogen	63
VIII. Literatursuche	65
IX. Studienbewertungen	66
X. Anpassungen des Interventionsansatzes «play-based Intervention»	73
Eigenständigkeitserklärung	75
Danksagung	76

Diese Masterarbeit ist gendergerecht formuliert. Bei der Nennung von Einzelpersonen oder heterogenen Gruppen werden nach Möglichkeit geschlechterneutrale Formulierungen verwendet. Wurde keine geschlechterneutrale Formulierung gefunden, werden alternative Paarformen aufgeführt oder allgemeingültige Pluralformen verwendet. In den allgemeingültigen Pluralformen sind weibliche und männliche Personen eingeschlossen. Bei definierten Einzelpersonen oder homogenen Gruppen wird die zutreffende weibliche oder männliche Form verwendet. In Tabellen und Abbildungen ist aufgrund der besseren Lesbarkeit die kürzere, männliche Form stellvertretend für alle Geschlechterformen aufgeführt. Eine schwerfällige Ausdrucksweise soll dadurch vermieden werden.

Spezifisch ist der Begriff Klient zu definieren. Als Klient wird in dieser Masterarbeit ausschliesslich das Kind bezeichnet, welches aufgrund einer medizinischen Diagnose die Ergotherapie besucht.

Management Summary

Das Praxisentwicklungsprojekt «Spiel mit!» wurde im pluspunkt Zentrum für Prävention, Therapie und Weiterbildung AG¹ umgesetzt. Es beinhaltete die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines ergotherapeutischen Interventionskonzept zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Kinder mit ADHS sind zwar in der Lage soziale Signale zu geben, reagieren hingegen nicht zuverlässig auf die Signale anderer. Folglich erleben Kinder mit ADHS weniger soziale Gelegenheiten, die für das Erlernen angemessener sozialer Fähigkeiten notwendig sind. Der in der Forschung entwickelte, ergotherapeutische Ansatz «play-based Intervention» greift die Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz auf. Vier Interventionsprinzipien sind die Grundlage des Ansatzes: Förderung der intrinsischen Motivation; Förderung der zwischenmenschlichen Empathie; Miteinbezug eines Spielkameraden; Miteinbezug der Eltern. Das Ziel des Projektes «Spiel mit!» war die Evidenzlage über die Wirksamkeit und Praktikabilität des Ansatzes «play-based Intervention» zu erörtern und daraus ein strukturell angepasstes Interventionskonzept zur Implementierung am pluspunkt Zentrum abzuleiten.

Das Projekt wurde in der Struktur der Matrix-Projektorganisation geplant und durchgeführt. Der Arbeitgeber als Auftraggeber, die Steuergruppe, die Projektleitung, das Projektteam sowie die Klienten als Anspruchsgruppe waren aktiv an diesem Projekt beteiligt. Der Projektverlauf wurde in acht Meilensteine aufgliedert. Unter anderem wurde das Interventionskonzept aufgrund der aktuellen Forschungslage über den Ansatz «play-based Intervention» ausgearbeitet, nötige strukturelle Anpassungen wurden vorgenommen und deren Auswirkungen abgeschätzt. Die Projektgruppe wurde geschult, um das Interventionskonzept in einer Pilotphase umzusetzen. Daraus gewonnene Erkenntnisse wurden evaluiert. Ein Wissenszuwachs, eine erhöhte methodische Sicherheit sowie die hohe Zufriedenheit in der Umsetzung des Interventionskonzeptes wurden erreicht. Die Implementierung des Interventionskonzeptes konnte vorbereitet werden.

Weiterführend wurde erkannt, dass im Rahmen eines weiteren Projektes das Interventionskonzept inhaltlich mit Material für die Elternarbeit ergänzt werden sollte. Zudem sollte der Transfer auf andere Klientengruppen und die Generalisierbarkeit auf andere Berufsgruppen untersucht werden.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Masterarbeit lediglich der gekürzte Name pluspunkt Zentrum verwendet. Die Aufhebung der Anonymität für das pluspunkt Zentrum, sowie namentlich aufgeführte Personen wurde durch das unterzeichnen einer Einverständniserklärung gegeben (vgl. Anhang I.).

1 Projekthintergrund

1.1 Theoretischer Hintergrund und Problemstellung

Die soziale Kompetenz ist wichtig, um in einer Gemeinschaft zu interagieren. Grundlegende Bestandteile sind, die sozialen Signale zuverlässig wahrzunehmen, richtig zu deuten und darauf zu reagieren. Diese soziale Kompetenz entwickelt sich durch konkrete Erfahrungen, die das Kind im Umgang mit anderen Personen macht (Largo, 2021). Cordier et al. (2009) beschreiben das Spiel als wichtiges Mittel, um die soziale Entwicklung von Kindern zu fördern. Ist das Spiel von Kindern durch persönliche Faktoren beeinträchtigt, könne dies Auswirkungen in der Sozialentwicklung bis ins Jugend- und Erwachsenenalter haben.

Bei Kindern mit ADHS treten solche Beeinträchtigungen in sozialen Kontakten mit Familie oder Gleichaltrigen häufig auf (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2017). ADHS ist die am häufigsten diagnostizierte Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter (Jenni, 2016). Gemäss der Leitlinien der AWMF (2017) liegt die weltweite Prävalenz der Diagnose bei 5,3 %.Europaweit liegt sie bei ca. 4,8 % (Polanczyk et al., 2014). Als Kernsymptome der Diagnose ADHS werden Aufmerksamkeitsstörung und/oder Impulsivität und Hyperaktivität definiert (AWMF, 2017). Cordier et al. (2009) beschreiben die Auswirkungen der ADHS-Symptomatik auf das soziale Spiel von Kindern mit ADHS. Die Hyperaktivität erschwere die Selbstregulation der Kinder in spielerischen Aktivitäten. Zusätzlich habe die Impulsivität Einfluss auf das Verhalten und die Selbstkontrolle. Im Vergleich zu neurotypisch entwickelten Kindern interagieren Kinder mit ADHS weniger intensiv mit Gleichaltrigen und weisen eine geringere Kompetenz in sozialen Fertigkeiten auf. Von Cordier et al. (2010) wird im Spiel von Kindern mit ADHS ein Mangel an zwischenmenschlicher Empathie beobachtet. Die Kinder seien zwar in der Lage soziale Signale zu geben, reagieren hingegen nicht zuverlässig auf die Signale anderer. Folglich erleben Kinder mit ADHS weniger soziale Gelegenheiten, die für das Erlernen angemessener sozialer Fähigkeiten notwendig sind (Mikami, 2010). Cordier et al. (2009) begründen mit diesen Erkenntnissen die Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz als ergotherapeutischen Schwerpunkt.

Zur allgemeinen Behandlung der ADHS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen beurteilt die Leilinie der AWMF (2017) die Wirksamkeit von deutschsprachigen Therapieprogrammen in den vier Stufen gering, moderat, gut und sehr gut. Von den insgesamt 11 empfohlenen, klientenzentrierten Therapieprogrammen bewerten sie die Wirksamkeit von drei Programmen als moderat. Bei den übrigen Therapieprogrammen wird die Wirksamkeit als gering eingestuft. Keine dieser Ansätze beinhaltet den Förderschwerpunkt der Spiel- und Sozialkompetenz. Daraus ist ersichtlich, dass in der deutschen Sprache kaum evidenzbasierte Therapiemethoden zur Behandlung von Kindern mit ADHS vorhanden sind. Ergotherapiespezifische Therapieansätze zur Förderung von Kindern mit ADHS wurden in der systematischen Review von Nielsen et al. (2017) verglichen. Die Forscher erkannten, dass ergotherapeutische Interventionen bei Kindern mit ADHS typischerweise die Bereiche Kognition, Motorik, Sensorik und Spiel fördern. Der Bereich Spiel gehe einher mit der Förderung der Sozialkompetenz. Unter anderem wurden acht Interventionsstudien in der Kategorie Spiel verglichen. Fünf dieser Studien basierten auf dem Ansatz «play-based Intervention», welche auf der Theorie über

das Spiel von Kindern mit ADHS von Cordier et al. (2009) aufbaut. Die methodologische Evidenz dieser Studien wurde im Review anhand der Physiotherapy Evidence Database (PEDro-Scale) als ausreichend bewertet (Nielsen et al., 2017). Auf diesen Erkenntnissen aufbauend verglichen Cornell et al. (2018) in einem weiteren systematischen Review spielbasierte, ergotherapeutische Interventionsansätze zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz von Kindern mit ADHS. Dieses Review zeigt auf, dass spielbasierte, ergotherapeutische Interventionen potentiell einen positiven Interventionseffekt haben. Die Forscher schlossen insgesamt sieben Interventionsstudien in ihr Review ein. Zwei verglichene Interventionsansätze haben hauptsächlich das Ziel die ADHS-Symptomatik zu reduzieren. Dahingegen handelt es sich bei den fünf übrigen Studien ausschliesslich um den Ansatz «play-based Intervention», welcher auf die Aneignung der Betätigung *soziales Spiel* abzielen. Aufgrund dieser ersten Ergebnisse der Literatursuche wurde entschieden, den Ansatz «play-based Intervention» weiter zu verfolgen. Im Rahmen des Projektes «Spiel mit!» soll der Ansatz so aufbereitet werden, dass er im pluspunkt Zentrum in einer Pilotphase durchgeführt, evaluiert und im Anschluss implementiert werden kann.

1.2 Play-based Intervention

Der Ansatz «play-based Intervention» basiert auf einem theoretischen Modell über das Spiel² von Kindern mit ADHS, welches von Cordier et al. (2009) entwickelt wurde. Das Modell zeigt auf, wie die Kernelemente des Spiels – *Motivation**, *Steuerung**, *Realität** und *Rahmgebung** – durch verschiedene Einflussfaktoren positiv oder negativ beeinflusst werden (Cordier et al., 2009). Es wird aufgezeigt, dass Elemente, die durch die ADHS-Symptomatik beeinträchtigt werden, durch andere Spielfertigkeiten ausgeglichen werden müssen. Gemäss Cordier et al. (2010) basiert die Spiel- und Sozialkompetenz* auf der zwischenmenschlichen Empathie* und entwickelt sich im kindlichen Spiel.

Wilkes et al. (2011) haben aufgrund dieser Erkenntnisse erstmals den Ansatz «play-based Intervention» für Kinder mit ADHS entwickelt. Er basiert auf vier Interventionsprinzipien: Förderung der intrinsischen Motivation durch das Medium Spiel; Förderung der zwischenmenschlichen Empathie; Miteinbezug eines Spielkameraden aus dem Alltag; Aktiver Miteinbezug der Eltern. Dieser Interventionsansatz wurde in mehreren Schritten weiterentwickelt bis Wilkes-Gillan et al. (2016) die Struktur abschliessend definierten. Konkret haben sie die Interventionstechniken Video-Feedback, Video-Feedforward, Self-, Peer- und Therapist-Modelling sowie Heimmodule ausgearbeitet. Die Interventionsstruktur besteht aus insgesamt 10 Interventionen à 60 Minuten, wovon sechs im ambulanten Setting durch die Fachperson und vier im häuslichen Setting ohne Fachperson durchgeführt werden. Kinder mit der Diagnose ADHS im Alter von 7 – 11 Jahren sind die Zielgruppe. Zu einem späteren Zeitpunkt haben die Forscher die Generalisierbarkeit des Interventionsansatz auf den Einsatz bei Kindern mit einer Autismusspektrumsstörung (ASS) untersucht (Henning et al., 2016).

Detaillierte Informationen über den theoretischen Hintergrund, Inhalt und Struktur des Interventionsansatzes sind im Kapitel 3 ausführlich beschrieben.

² Alle Begriffe, die mit einem Sternchen (*) versehen sind, werden im Glossar erläutert.

1.3 Fragestellung

Fragestellung an die Literatur

Wie ist die Evidenzlage zur Wirksamkeit und Praktikabilität des Therapieansatzes «play-based Intervention» nach Wilkes-Gillan et al. (2016) bei Kindern mit einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung.

Fragestellung an das Projekt

Welche strukturellen Anpassungen sind für die Umsetzung des Ansatzes «play-based intervention» von Wilkes-Gillan et al. (2016) nötig, damit dieser in der ergotherapeutischen Praxis des pluspunkt Zentrums praktikabel ist?

1.4 Projektumfeld

Das Projekt «Spiel mit!» wird im pluspunkt Zentrum durchgeführt. Das pluspunkt Zentrum besteht aus einem Hauptstandort für ambulante Therapie in Jona und fünf Zweigstellen in der Region Linthgebiet. Bei den Aussenstellen handelt es sich um zwei ambulante Therapieorte in Kinderarztpraxen sowie um Zweigstellen an Sprach- und Heilpädagogischen Schulen. Angestellt sind Ergotherapeuten, Psychomotoriktherapeuten und Physiotherapeuten, wobei lediglich die Ergotherapeuten an allen Arbeitsorten tätig sind. Insgesamt deckt das Therapieteam 1180 Stellenprozent ab. Im vorliegenden Projekt ist ausschliesslich das Ergotherapieteam involviert. Dieses bewältigt ein Arbeitsvolumen von 630 Stellenprozent. Alle Personen des Ergotherapieteams absolvierten eine Grundausbildung auf Hochschulniveau oder legten eine entsprechende Zusatzqualifikation ab. Sie haben sich durch diverse Weiterbildungen auf den Bereich Ergotherapie in der Pädiatrie spezialisiert und verfügen über wenige bis einige Jahre Berufserfahrung.

Im Rahmen der ambulanten Ergotherapie im pluspunkt Zentrum werden vorwiegend Kinder mit den Diagnosen Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S), Autismusspektrumsstörungen (ASS), Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (UEMF) und mit allgemeinen Entwicklungsverzögerungen behandelt. An den Standorten der Sprach- und Heilpädagogischen Schulen treten zusätzlich vermehrt Mehrfachbehinderungen oder spezifische Syndrome als Diagnosen auf. Das Projekt «Spiel mit!» baut auf dem Ansatz «play-based Intervention» zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz für Kinder auf. Der Interventionsansatz wurde speziell für Kinder mit den Diagnosen ADHS entwickelt. Im April 2021 befanden sich im pluspunkt Zentrum 238 Kinder in wöchentlicher ergotherapeutischer Behandlung (pluspunkt Zentrum, 2021). Diese betriebsinterne Statistik zeigt, dass davon 66 Kinder die Diagnose ADHS aufweisen. Diese Klientengruppe ist mit dem Anteil von rund 27 % aller pädiatrischen Klienten am pluspunkt Zentrum eine der grössten. In der Therapie mit den Kindern werden aufgabenorientierte Ansätze wie Cognitive Orientation in Daily Occupational Performance (CO-OP) oder Neuromotor-Task-Training (NTT) sowie langjährig erfolgreiche Behandlungskonzepte wie Sensorische Integrationstherapie (SI) oder Bobath angewendet. Die ambulanten Therapiestunden werden hauptsächlich als Einzelstunden von 50 Minuten im Therapiezentrum durchgeführt. Sporadisch kommt es zu Schulbesuchen oder einzelnen Therapien in Kleingruppen (2-3 Kinder).

Das Bestreben des pluspunkt Zentrums ist ein innovatives, qualitativ hochstehendes Therapieangebot mit einem umfassenden Interventionsspektrum anzubieten. Therapeutische Interventionen sollen evidenzbasiert und nach den neusten Erkenntnissen der Wissenschaft durchgeführt werden. Die institutionelle Zielsetzung der bestmöglichen therapeutischen Begleitung aller Klienten soll dadurch erreicht werden. Diese Zielsetzung ist im Leitbild (pluspunkt Zentrum, 2020) in den drei Bereichen Prävention, Therapie und Weiterbildung verankert.

Das Projekt «Spiel mit!» deckt die Forderungen des Leitbildes ab. Es erweitert das bestehende Therapieangebot mit einer neuartigen, evidenzbasierten Therapiemethode. Ein Interventionskonzept zur Umsetzung des Ansatzes «play-based Intervention» von Wilkes-Gillan et al. (2016) am pluspunkt Zentrum wird erstellt. Die zur Umsetzung nötigen strukturellen Anpassungen werden ausgearbeitet und mit Hilfe des Klassifizierungssystems Frame von Stirman et al. (2019) systematisch dokumentiert und begründet. Dieses Frame unterstützt die Einteilung von Adaptationen und Modifikationen evidenzbasierter Interventionen in die medizinische Praxis. Durch die wissenschaftlich fundierte Aufbereitung des neuartigen Interventionsansatzes wird ein innovatives und evidenzbasiertes Angebot für die therapeutische Arbeit mit Kindern ermöglicht. In einer Pilotphase wird das Interventionskonzept mit einer Projektgruppe im Praxisalltag praktisch umgesetzt. Bei erfolgreichem Abschluss dieser Pilotphase wird das gesamte Ergotherapie-Team in diesem Interventionsansatz geschult. Dadurch kann neben dem Bereich Therapie auch der Bereich Weiterbildung aus dem Leitbild bedient werden.

Parallel zu diesem Projekt wird zurzeit ein übergeordnetes Grossprojekt (Umstrukturierung IT) sowie einzelne Kleinprojekte durchgeführt. Die Analyse der Multiprojektlandschaft (vgl. Anhang III.) hat ergeben, dass das Projekt im Vergleich zu parallellaufenden Projekten eine niedrige Aktivsumme aufweist. Das bedeutet, dass das vorliegende Projekt wenig Einfluss auf die Durchführung anderer Projekte hat. Einzig durch die Projektgruppe, die 1/3 des gesamten Ergotherapie-Teams einnimmt, sind weniger Personalkapazitäten für andere individuelle Projekte (bspw. tiergestützte Therapie) vorhanden. Dahingegen wurde für das vorliegende Projekt eine mittlere Passivsumme berechnet, was eine mittelmässige Abhängigkeit von anderen Projekten aufzeigt. Insbesondere das übergeordnete Projekt *Umstrukturierung IT, Dokumentations- und Abrechnungssystem* bedeutet für alle Mitarbeiter des pluspunkt Zentrums einen zeitweiligen Zusatzaufwand, da grundlegende Abläufe im gesamten Arbeitsalltag verändert werden. Dadurch werden personelle Ressourcen für andere Projekte eingeschränkt. Aufgrund dieser passiven Abhängigkeit können insbesondere die personellen Kapazitäten nicht aktiv beeinflusst werden. Aus diesem Grund wird die Pilotphase des Projektes «Spiel mit!» zeitlich so terminiert, dass es sich mit keinem der übergeordneten Projekte überschneidet.

2 Projektplanung

2.1 Projektziele

Gemäss Gächter (2019) sollen Projektziele in zwei Kategorien formuliert werden. Zum einen wird der Endzustand einzelner Arbeitsschritte oder Produkte definiert (Output). Daraus ergeben sich zum anderen die Auswirkungen (Outcome) des Projektes, welche ebenfalls messbar formuliert werden (Gächter, 2019).

Output

- a) Bis Ende Februar 2021 ist die Evidenz über die Wirksamkeit des Ansatzes «play-based Intervention» bei Kindern mit ADHS sowie über definierte Praktikabilitätskriterien anhand einer Literaturrecherche untersucht.
- b) Bis Ende März 2021 ist das Interventionskonzept zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz welches auf der aktuellen Evidenz über den Ansatz «play-based Intervention» nach Wilkes-Gillan et al. (2016) basiert, erstellt und verschriftlicht.
- c) Bis Ende März 2021 ist die Projektgruppe anhand des Interventionskonzeptes soweit geschult, dass sie den Ansatz in der Pilotphase eigenständig umsetzen können.
- d) Bis Ende Juni 2021 ist das Interventionskonzept in einer Pilotphase durch die Ergotherapeutinnen der Projektgruppe umgesetzt und auf die Praktikabilität hin evaluiert worden.
- e) Bis Ende Juli 2021 sind nötige strukturelle Anpassungen zur Durchführung des Ansatzes «play-based Intervention» angelehnt an Wilkes-Gillan et al. (2016) im pluspunkt Zentrum im Interventionskonzept erfahrungsbasiert nach den Rahmenbedingungen des Frames von Stirman et al. (2019) dokumentiert. Damit ist das Interventionskonzept zur Implementierung in das Therapieangebot des pluspunkt Zentrums vorbereitet.

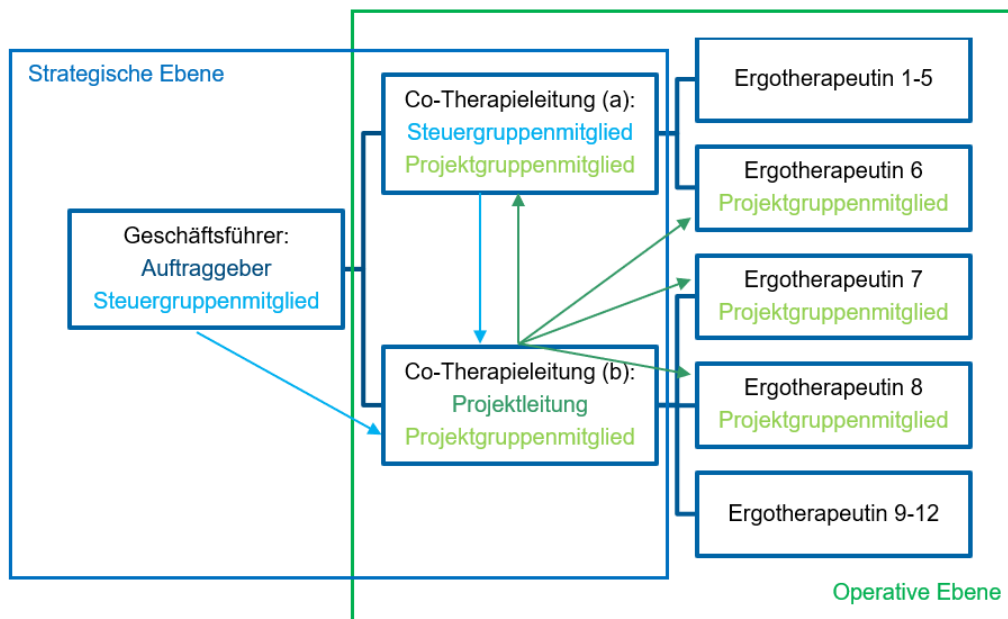
Outcome

- f) Nach Abschluss der Pilotphase ende Juni 2021 sind die Projektgruppenmitglieder fähig die Interventionen selbständig durchzuführen, wobei es zu einem Wissenszuwachs über die Spiel- und Sozialkompetenz sowie zu einer ausreichenden methodischen Sicherheit in der Umsetzung des Interventionskonzeptes kommt.
- g) Nach Abschluss der Pilotphase ende Juni 2021 liegen die Zufriedenheit mit der Durchführbarkeit des Ansatzes und die Motivation das Interventionskonzept im Therapiealltag anzuwenden bei den Projektgruppenmitgliedern so hoch, dass sie solche Interventionen erneut durchführen würden.
- h) Nach Abschluss der Implementierung des Interventionskonzeptes in das Ergotherapieteam des pluspunkt Zentrums sind die Mitarbeiter fähig den Interventionsansatz selbständig und kompetent durchzuführen.

2.2 Projektorganisation

Um dieses Projekt zu realisieren wird eine Matrix-Projektorganisation gewählt. Gemäss Gächter (2019) bedingt eine Verschiebung von Hierarchiestufen und Rollenüberschneidungen eine Matrix-Projektorganisation. Beides trifft bei der Umsetzung dieses Projektes zu. In Abbildung 1 ist ersichtlich, wie die einzelnen Rollen miteinander in Verbindung stehen. Die Auswahl der Mitglieder, deren Funktion und Kompetenzen werden anschliessend erläutert.

Abbildung 1
Organigramm
Quelle: Eigene Darstellung



Auftraggebender: Der Auftraggeber hat die Aufgabe die Projektorganisation zu genehmigen und den Projektauftrag der Projektleitung zu übergeben (Jenny, 2009). Der Geschäftsführer des pluspunkt Zentrums, Mirel Abordeencei, ist Auftraggeber dieses Projektes. Er entscheidet über finanzielle und zeitliche/personelle Ressourcen. Seine Mitwirkung am Projekt ist strategischer Art.

Steuergruppe: Die Steuergruppe hat die Kompetenz, die Projektabwicklung übergeordnet zu begleiten (Jenny, 2009). Im Projekt «Spiel mit!» setzt sich die Steuergruppe aus dem oben genannten Geschäftsführer und der Co-Therapieleitung (a), Nadine Fischer, zusammen. Mit der Steuergruppe werden strategische und organisatorische Entscheidungen abgesprochen. Nadine Fischer und Mirel Abordeencei wurden gezielt als Mitglieder der Steuergruppe angefragt, da sie weisungsbefugt sind und einen grossen Erfahrungsschatz im Bereich Projektmanagement besitzen. Die Funktion des Geschäftsführers ist die Beratung bei Veränderungen der Projektrisiken und der Kosten. Zudem trifft er projektunabhängige, übergeordnete Entscheidungen, die das Projekt beeinflussen können. Er hat die Kompetenz strategische Projektentscheidungen zu treffen und den Projektverlauf zu kontrollieren. Die Co-Therapieleitung (a) nimmt eine beratende Funktion ein. Sie unterstützt die Projektleitung in der inhaltlichen Prioritätensetzung (bspw. Abstimmung des Zeitplanes für Pilot- und Implementierungsphase). Abweichungen des Projektplanes werden mit ihr rückbesprochen. Zudem unterstützt sie nach Abschluss der Pilotphase die

Implementierung ins gesamte Team. Sie hat eine Mitentscheidungskompetenz sowie Kontrollkompetenz.

Projektleitung: Die Leitung und Führung des Projektes ist die Aufgabe der Projektleitung. Dies beinhaltet alle leitenden Führungsaufgaben, die von der Projektleitung wahrgenommen werden müssen, um die Projektziele zu erreichen (Jenny, 2009). Beim Projekt «Spiel mit!» nimmt die Projektleitung, Bettina Bachmann, im Sinne der Matrix-Projektorganisation zwei Rollen auf verschiedenen Hierarchiestufen ein.

Die Projektleitung ist in erster Linie verantwortlich für die Projektplanung, -steuerung und -kontrolle. Ihre Aufgabe ist die Führung der Projektgruppe. Sie hat die Verantwortung über alle inhaltlichen und organisatorischen Entscheidungen, die mit der Projektumsetzung in Zusammenhang stehen. Diese Aufgaben liegen auf der strategischen Ebene. Die Projektleitung ist zeitgleich Co-Therapieleitung (b) einzelner Projektgruppenmitglieder. Bei ihnen nimmt sie eine übergeordnete Weisungsfunktion ein. Dies bedeutet, dass sie ausserhalb des Projektes für diese Teammitglieder organisatorische und disziplinarische Entscheidungen trifft. Andere Projektgruppenmitglieder sind der anderen Co-Therapieleitung (a) unterstellt. Für diese ist die Projektleitung rein projektbezogen weisungsbefugt. Innerhalb des Projektes kommt es somit zu einer Verschiebung der üblichen Hierarchiestufen.

Zusätzlich hat sie die Rolle der Fachführung inne. Sie erstellt das Interventionskonzept, schult die Projektgruppe und steht bei der Pilotphase den einzelnen Projektgruppenmitglieder beratend zur Seite. Zusätzlich führt die Projektleitung in ihrer therapeutischen Rolle ebenfalls Interventionen im Rahmen der Pilotphase durch. In dieser Rolle ist sie operativ tätig.

Projektgruppe: Die Projektgruppe übernimmt die praktische Durchführung des Projektes (Jenny, 2009). Beim Projekt «Spiel mit!» besteht die Projektgruppe aus vier Ergotherapeutinnen sowie der Projektleitung. Die Projektgruppengrösse nimmt einen Drittel des gesamten Ergotherapieteams ein. Die Bedingungen für eine Teilnahme am Projekt sind:

- Klient mit der Diagnose ADHS sowie dem Förderschwerpunkt «Spiel- und Sozialkompetenz» vorhanden
- Therapeuten vom Hauptstandort oder von Zweigstellen des pluspunkt Zentrums
- Voraussichtlicher Verbleib an der Arbeitsstelle während des halben Jahres der Projektdurchführung
- Arbeitspensum von mindestens 40 %

Das Ziel dieser Einschlusskriterien ist, die künftige Implementierung des Ansatzes ins gesamte Ergotherapieteam zu ermöglichen. Wenn möglich ist die Co-Therapieleitung (a) ebenfalls Teil der Projektgruppe und wird durch die Projektleitung direkt für eine Teilnahme angefragt. Dadurch kann die Co-Therapieleitung (a) im späteren Projektverlauf die Implementierung des Interventionskonzeptes in das gesamte Ergotherapieteam fachkompetent unterstützen. Die anderen drei Plätze in der Projektgruppe werden durch interessierte Mitarbeiter besetzt. Projektgruppenmitglieder sollen sich bei Interesse zur Mitarbeit direkt bei der Projektleitung melden. Die Aufgabe aller Projektgruppenmitglieder ist die selbständige Durchführung des Interventionskonzeptes mit einem ihrer Klienten. Dazu gehört die Aneignung des Interventionskonzeptes sowie die Organisation, Vorbereitung und Durchführung der Therapien. Zudem evaluiert die Projektgruppe im Gespräch mit der Projektleitung die Pilotphase und liefert Ideen zur

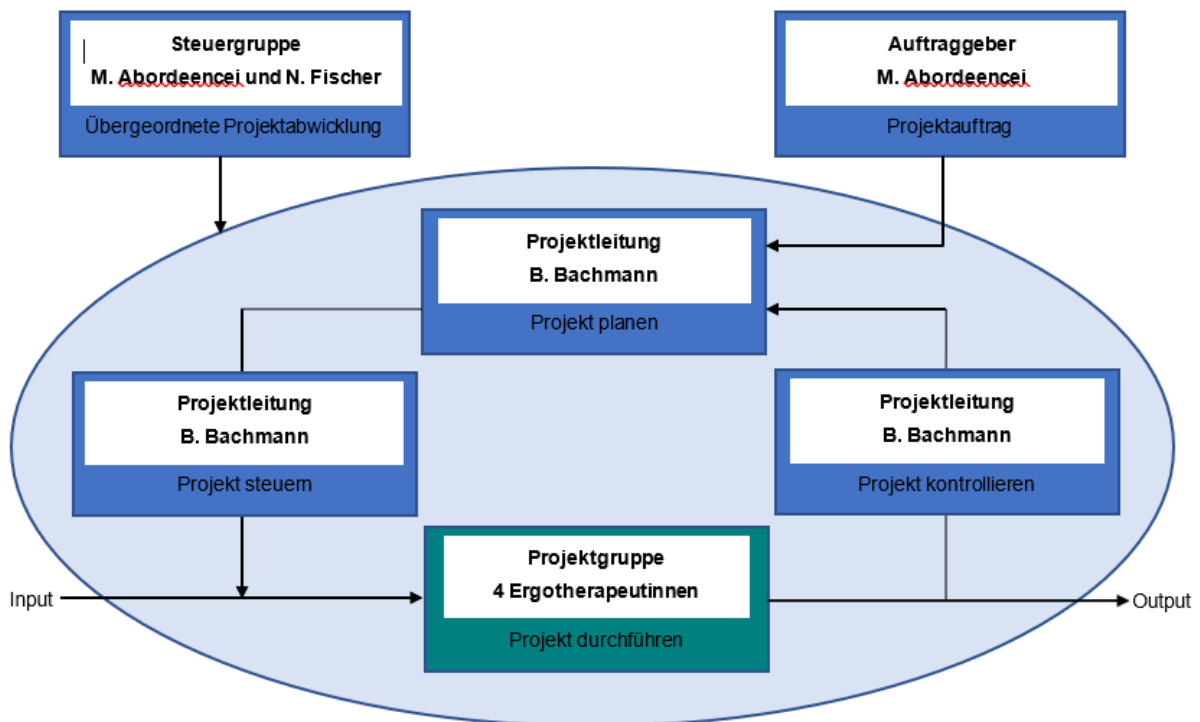
Optimierung des Interventionskonzeptes. Der Projektgruppe werden eine Durchführungskompetenz, Fachkompetenz und Beratungskompetenz zugesprochen. Die Aufgabe der Projektgruppenmitglieder liegt somit in der operativen Projektumsetzung.

In Abbildung 2 ist ersichtlich welche Personen welche Kompetenzen im Projektmanagement übernehmen.

Abbildung 2

Projektmanagement

Quelle: In Anlehnung an Jenny, 2009, S. 101



2.3 Projektinhalt

Die Projektplanung ist in die drei Teile Planungs-, Projekt- und Implementierungsphase unterteilt. Für das Projekt «Spiel mit!» sind 8 Meilensteine festgelegt. Diese stehen in Zusammenhang mit den Projektzielen und sind im Projektstrukturplan fixiert (Tabelle 1). Gemäss Gächter (2019) soll der geplante Projektverlauf durch die Definierung und zeitliche Einteilung solcher Arbeitspakete visualisiert werden. In mehreren Schritten soll ein detaillierter Planentwurf entstehen. Die detaillierte Projektplanung für das vorliegende Projekt ist im Anhang II. einzusehen.

Tabelle 1
 Projektstrukturplan
 Quelle: Eigene Darstellung



2.4 Projektnutzen

Geschäftsführer / Auftraggeber: Durch die Einführung des Interventionsansatzes «play-based Intervention» wird das Interventionsspektrum am pluspunkt Zentrum mit einem neuen, evidenzbasierten Therapieansatz erweitert. Der Therapieansatz deckt den wichtigen Förderbereich der Spiel- und Sozialkompetenzen ab, welcher bislang vernachlässigt wurde. Die Qualität der Therapie wird verbessert. Zudem kann mit diesem erweiterten Therapieangebot geworben und somit neue Klienten erreicht werden. Die institutionelle Zielsetzung, ein umfassendes Interventionsspektrum anzubieten, wird dadurch bedient. Durch die Pilotphase und die anschliessende Implementierung im Therapieteam wird eine Kompetenzerweiterung der Angestellten erreicht.

Projektgruppe: Durch die Schulung anhand des Interventionskonzeptes zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz erarbeiten sich die Projektgruppenmitglieder einen Wissenszuwachs über Spiel- und Sozialkompetenz. Die Schulung können sie sich mit 6 Lektionen an die jährliche Weiterbildungspflicht anrechnen lassen. Durch die anschliessende, praktische Umsetzung des Interventionskonzeptes in der Pilotphase, verknüpfen sie Theorie und Praxis. Ihre methodische Sicherheit bei der Durchführung wird erhöht. Ihre Selbständigkeit und Zufriedenheit in der Arbeit mit Kindern, welche Schwierigkeiten in der Spiel- und Sozialkompetenz zeigen, wird erreicht.

Ergotherapie team: Das gesamte Ergotherapie team profitiert bei einer erfolgreichen Projektdurchführung von einer Kompetenzerweiterung ihres therapeutischen Repertoires. Sie sind fähig den neuartigen Interventionsansatz selbständig durchzuführen.

Klienten und Bezugspersonen: Die Klienten und deren Freunde profitieren von einer gezielten Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz. Sie werden durch die Teilnahme am Projekt «Spiel mit!» ihre Spielfähigkeiten erhöhen. Dadurch wird die Entwicklung der Sozialkompetenz nachhaltig unterstützt. Die Eltern der Kinder werden durch den Ansatz gezielt im Bereich der Spiel- und Sozialkompetenz geschult. Auch sie erlangen einen Wissenszuwachs.

2.5 Projektrisiken

Im folgenden Kapitel werden die Projektrisiken anhand der Stakeholderanalyse, der Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats-Analyse (SWOT-Analyse) sowie der allgemeinen Risikoanalyse erhoben und Gegenmassnahmen abgeleitet. Die Analyse der Multiprojektlandschaft ist im Kapitel 1.4 aufgeführt. Die detaillierte Auswertung aller Analysen sind in tabellarischer Form im Anhang III, IV, V, und VI einzusehen.

2.5.1 Stakeholderanalyse

Geschäftsführer / Auftraggeber: Die Projektdimension wird durch die finanzielle Ressourcensprechung vom Geschäftsführer beeinflusst. Damit das Projekt «Spiel mit!» in der nötigen Grösse bis zum Ende umgesetzt werden kann, wird der Auftraggeber von Beginn an in die Projektplanung einbezogen. Die Ziele und der Nutzen werden dargelegt und wichtige Meilensteine während der Projektphase regelmässig besprochen.

Projektgruppe: Die Projektgruppe beeinflusst durch ihr persönliches Engagement massgeblich die Umsetzung des Interventionskonzeptes in den einzelnen Interventionen sowie die Implementierung ins Ergotherapie team. Um ihre Motivation hoch zu halten, wird die Gruppe von Beginn der Projektphase an ermutigt, ihre Ideen und Wünsche aktiv einzubringen. Gemäss Gächter (2019) ist das gemeinsame Entwickeln von Alternativen ein wichtiger Grundsatz, um das Projekt zielführend zu leiten.

Ergotherapie team: Das gesamte Ergotherapie team des pluspunkt Zentrums beeinflusst insbesondere in der Implementierungsphase, ob das Interventionskonzept im Alltag genutzt und korrekt umgesetzt wird. Die korrekte Umsetzung wird mit einem Schulungsangebot ans Team unterstützt. Damit die Implementierung des Konzeptes von allen Ergotherapeuten angenommen wird, werden sie in die finale Evaluation des Konzeptes gegen Ende der Implementierungsphase eingeschlossen.

Klienten und Bezugspersonen: Die Klienten, deren Eltern und Freunde bilden eine weitere Personen-Gruppe mit hohem Einfluss auf die Projektdurchführung. Es ist wichtig, dass die Eltern der Klienten ihnen den Zugang zur Therapie nach diesem Interventionsansatz ermöglichen und zusätzlich den Transfer in den Alltag unterstützen. Das Interesse der Klienten und deren Eltern an einer Projektteilnahme wird in der Stakeholderanalyse als mittelmässig bis hoch eingestuft. Bei den Eltern des befreundeten Kindes besteht hingegen eine hohe Diskrepanz zwischen Interesse am und Einfluss auf das Projekt. Schlussendlich entscheiden sie, ob das befreundete Kind an den Interventionen teilnehmen wird. Daher müssen alle Eltern und Kinder vorgängig transparent über den Therapieansatz informiert und die Chancen für ihr Kind aufgezeigt werden. Dies kann beispielsweise an einem ergotherapeutischen Standortgespräch gemacht werden und es werden zusätzliche Projektinformationen in schriftlicher Form abgegeben. Auch die Kinder sollten vorgängig durch die Eltern oder Ergotherapeuten über die Interventionsstruktur informiert werden.

Kinderärzte, Lehrpersonen oder andere Fachpersonen beeinflussen die Organisation und den Transfer des Interventionsinhaltes. Ärzte wie auch die Lehr- und Fachpersonen können den Eltern eine Förderung des Kindes durch den Ansatz «play-based Intervention» empfehlen. Die Lehrpersonen können zudem die terminliche Organisation der einzelnen Interventionen unterstützen. Daher müssen die zuweisenden Kinderärzte sowie Lehr- und Fachpersonen vorgängig über die Anforderungen dieses neuen Interventionsansatzes informiert werden. Dies wird anhand von schriftlichen Informationsschreiben und im direkten Gespräch mit Ärzten und Fachpersonen vorgenommen.

2.5.2 SWOT-Analyse

In der SWOT-Analyse wurden zum einen die Chancen und Risiken des Projektes «Spiel mit!» analysiert und zum anderen die Stärken und Schwächen des Ansatzes «play-based Intervention» eruiert.

Die Ergotherapeutinnen der Projektgruppe verfügen vor Projektbeginn gemäss einem für das Projekt entwickelten Evaluationsfragebogen (vgl. Anhang VII) über ein geringes Vorwissen in der Spiel- und Sozialkompetenz von Kindern. Die Selbsteinschätzung zu ihrem Grundwissen zu Spiel- und Sozialkompetenz liegt bei 1-2 Punkten von maximal 4 Punkten. Wobei der Wert 1 als *wenig Wissen* und der Wert 4 als *viel Wissen* definiert sind. Ihre Ausgangswerte werden stellvertretend für das gesamte Ergotherapie-Team gewertet. Dies bedeutet, dass sie über wenig Vorwissen verfügen. Der Ansatz «play-based» Intervention ist ihnen vor Projektbeginn nicht bekannt. Es besteht somit das Risiko, dass die Ergotherapeutinnen aufgrund fehlenden Hintergrundwissens den Interventionsansatz nicht korrekt umsetzen können. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wird durch die Projektleitung ein Interventionskonzept erstellt. Anhand diesem wird die Projektgruppe in einer ganztägigen, öffentlichen Weiterbildung durch die Projektleitung geschult. Falls diese Schulung aufgrund äusserer Umstände nicht stattfinden könnte, würde das die Projektgruppe individuell im Rahmen einer separaten Kurzweiterbildung durch die Projektleitung geschult.

Ebenfalls stellt die notwendige Beteiligung der Eltern und eines befreundeten Kindes ein Risiko dar. Falls der Klient keinen Freund hat, welcher ihn in die Therapie begleitet, kann der Interventionsansatz nicht durchgeführt werden. Um einen geeigneten Spielpartner zu finden, ist es wichtig, die Eltern und gegebenenfalls die Lehrpersonen miteinzubeziehen. Falls kein befreundetes Kind gefunden wird, wäre

es im Rahmen einer Anpassung auch möglich das Geschwister des Klienten in die Interventionen mit einzuschliessen. Falls die Eltern sich nicht aktiv am Interventionsprozess beteiligen können, muss der Bereich Elternarbeit im Interventionskonzept angepasst werden.

Der Interventionsansatz an sich ist zeitaufwändig und passt von den zeitlichen und organisatorischen Strukturen nach Wilkes-Gillan et al. (2016) nicht optimal in den Praxisalltag des pluspunkt Zentrums. Es besteht daher das Risiko, dass der Ansatz nur beschränkt implementiert werden kann. Um dieses Risiko zu minimieren, werden im Interventionskonzept vorgängig nötige Anpassungen definiert. Dabei wird die Praktikabilität für die Umsetzung an den verschiedenen Zweigstellen des pluspunkt Zentrums beachtet. Um die Anpassungen strukturiert vorzunehmen, wird nach dem Klassifizierungssystem Frame von Stirman et al. (2019) vorgegangen.

Bei der Einführung des Ansatzes «play-based Intervention» handelt es sich um ein neuartiges Angebot. Es sind keine offiziellen Materialien auf dem Markt erhältlich. Es besteht das Risiko, dass aufgrund des fehlenden Materials die Interventionen nicht korrekt umgesetzt werden können. Um dem entgegenzuwirken, werden die Autoren des Ansatzes «play-based Intervention» von Wilkes-Gillan et al. (2016) angeschrieben. Allenfalls muss nebst dem Interventionskonzept zusätzliches Material individuell hergestellt werden.

Für das pluspunkt Zentrum besteht bei der Umsetzung eines Projektes in dieser Grössenordnung finanzielle Risiken. Die Projektgruppe investiert viel Arbeitszeit in die Umsetzung und die Personalkapazitäten für andere Projekte wird verkleinert. Durch die vorgängige Budgetierung ist das finanzielle Risiko klar abzuschätzen. Alle finanziellen Entscheidungen werden mit dem Geschäftsführer besprochen. Für den Fall einer negativen Entwicklung des Projektes, kann das finanzielle Risiko dadurch eingedämmt werden.

2.5.3 Allgemeine Risikoanalyse

Allgemeine Risiken wie der Ausfall von Projektgruppenmitglieder oder die Corona-Pandemie sind vorhanden. Damit das Projekt trotzdem durchgeführt werden kann, besteht die Projektgruppe aus vier Ergotherapeutinnen. Für die Implementierung im Team sollten so trotz allfälliger Ausfälle von Projektgruppenmitgliedern noch 1-3 Personen vorhanden sein, die das Projekt abschliessen können. Für den Fall, dass die Projektleitung ausfällt, wird der Interventionsansatz zu Projektbeginn so aufbereitet, dass er durch die Projektgruppe eigenständig ausgeführt werden kann. Die Implementierung des Ansatzes würde dann stellvertretend durch die Co-Therapieleitung (a) übernommen. Da die Projektleitung mehrere Rollen (Projektleitung, Interventionsdurchführung, Co-Therapieleitung (b)) parallel ausfüllen muss, ist es zudem möglich, dass ein Interessenskonflikt entsteht. Eine enge Absprache mit der Steuergruppe ist daher wichtig. Falls durch offizielle Bestimmungen des Bundes, aufgrund der Corona-Pandemie, die Interventionen nicht durchgeführt werden dürfen, wird das Projekt unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt. Dasselbe gilt, wenn der Projektzeitplan nicht eingehalten werden könnte. In diesem Fall muss die gesamte Projektplanung angepasst werden. Falls nur einzelne Lektionen aufgrund von Quarantänebestimmungen ausfallen würden, werden genügend Ersatzdaten reserviert, um die gesamte Interventionsserie vollständig abzuschliessen.

3 Projektdurchführung

3.1 Evidenz des Ansatzes «play-based Intervention»

In diesem Kapitel wird die Fragestellung über die Evidenzlage und Praktikabilität des Therapieansatzes «play-based Intervention» aufgrund der Erkenntnisse aus der Literatur beantwortet.

3.1.1 Methodisches Vorgehen

Zwischen November 2020 und Februar 2021 wurde eine systematische Literatursuche vorgenommen. Auf den medizinischen Datenbanken, AMED, CINAHL, OT-Seeker, wurde nach Studien gesucht. Dazu wurden zur Fragestellung passende Keywords definiert (vgl. Anhang VIII). Mit denselben Keywords wurde zusätzlich auf Google Scholar nach weiteren Artikeln gesucht. Nach dem Schneeballsystem wurden in den Referenzen von bereits eingeschlossenen Studien einzelne weitere Artikel gefunden. Die Ein- und Ausschlusskriterien der Studien sind im folgenden Abschnitt aufgeführt:

Einschlusskriterien:

- Ansatz «play-based Intervention» als Intervention
- Klienten: Kinder mit ADHS
- Outcome über Veränderung in der Spiel- und Sozialkompetenz
- Studien ab 2009
- Elektronische Verfügbarkeit der Studien
- Studien sind in englischer oder deutscher Sprache verfasst.

Ausschlusskriterien:

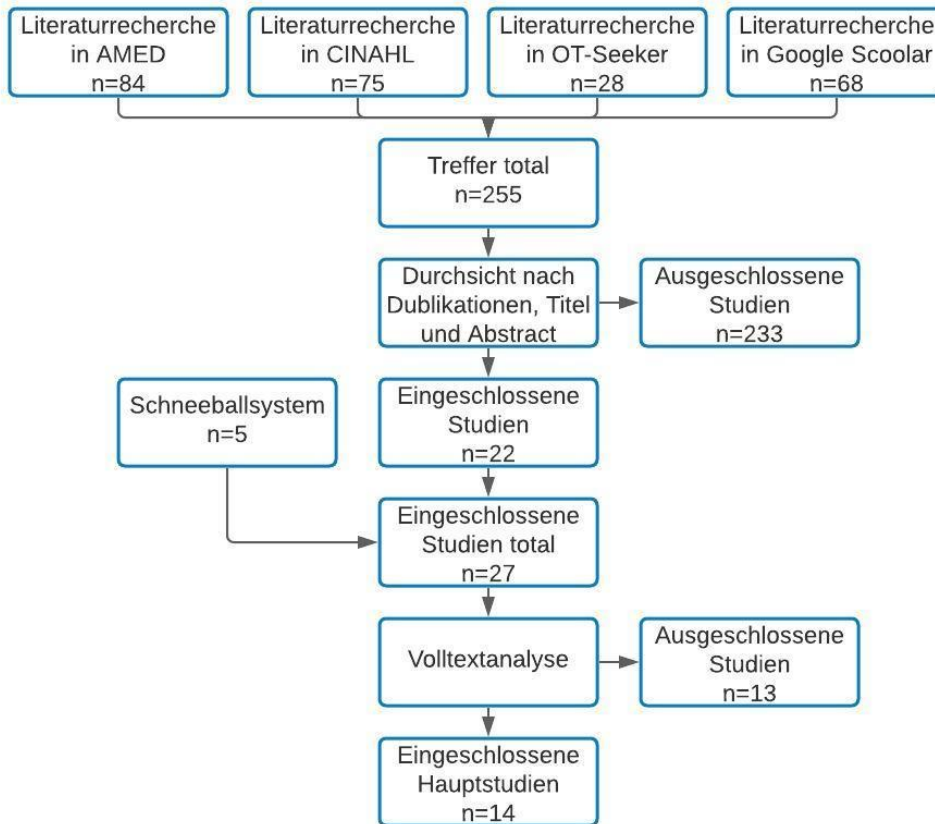
- Klienten mit anderen Diagnosen (bspw. ASS)
- Ausschliesslich Outcomes durch Elterneinschätzung
- Anderweitige Publikationen (bspw. Masterarbeiten, etc.)

Durch die systematische Literaturrecherche wurden insgesamt 14 Hauptstudien zur Beantwortung der Fragestellung eingeschlossen (vgl. Abb.

Abbildung 3). Diese Anzahl ergibt sich dadurch, dass es sich um alle Studien der drei grossen Forschungsreihen handelt, die bei der Entwicklung des Interventionsansatzes «play-based Intervention» gemacht wurden. Die eingeschlossenen Hauptstudien wurden im Anschluss mit dem Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) (Ris und Preusse-Bleuler, 2015) oder nach Law et al. (1998) kritisch gewürdigt. Exemplarisch sind die Analysen der beiden wichtigsten Hauptstudien im Anhang IX zu finden.

Abbildung 3*Literaturrecherche*

Quelle: Eigene Darstellung

**3.1.2 Evidenz zur Wirksamkeit**

In drei aufeinander aufbauenden Forschungsreihen wurde der Ansatz «play-based Intervention» in Australien entwickelt. In der Pilotstudie von Wilkes et al. (2011) wurde der Ansatz ein erstes Mal analysiert. In einem zweiten Schritt veränderten Wilkes-Gillan et al. (2014a) den Ansatz zu einer elterngestützten Intervention. Sie nutzten für diese Interventionsstruktur ein Manual mit DVD für die Elternarbeit, welches von Cordier und Wilkes-Gillan (2012) ausgearbeitet wurde. In der dritten Forschungsreihe kombinierten Wilkes-Gillan et al. (2016) beide Interventionsstrukturen in einem Randomised-Controlled-Trial (RCT). In allen drei Forschungsreihen wurden verschiedene Fertigkeiten der Kinder mit und ohne ADHS quantitativ analysiert. Der Fokus lag hauptsächlich auf der Veränderung der Spiel- und Sozialkompetenz.

In der ersten Forschungsreihe wurde im Rahmen der Pilotstudie von Wilkes et al. (2011) erstmals aufgezeigt, dass sich die allgemeine Spielfähigkeit von Kindern mit ADHS nach sieben Einheiten mit dem Ansatz «play-based Intervention» verbessert. Der Gesamtestwert des Test of Playfulness (ToP) war nach der Intervention signifikant höher als davor. Besonders relevant sind die Verbesserungen in vier von sieben ToP-Items, die der übergeordneten Fähigkeit der zwischenmenschlichen Empathie zugeordnet werden. *Teilen von Ideen und Gegenständen, das Spiel anderer unterstützen, Übergang zwischen verschiedenen Aktivitäten sowie auf Signale anderer reagieren* gelang den Kindern nach der

Intervention besser. Aus Sicht der Forschenden sind die positiven Ergebnisse auf die Kernelemente des Ansatzes zurückzuführen. Der kombinierte Einsatz von Self-, Peer- und Therapist-Modelling, der Miteinbezug der Eltern sowie der spielerische Kontext, seien effektive Möglichkeiten das Spiel und die sozialen Fertigkeiten von Kindern mit ADHS zu unterstützen.

An derselben Kohorte wurden zusätzlich die pragmatic language Skills untersucht (Cordier et al., 2013). Dabei handelt es sich um Fertigkeiten, welche im deutschen Sprachgebrauch mit dem Begriff grundlegende Kommunikationsfertigkeiten zusammengefasst werden können. Der Gesamtestwert des Pragmatic Protocol (PP) wies nach den Interventionen mit dem Ansatz «play-based Intervention» eine signifikante Verbesserung auf. Spezifisch zeigten fünf Items eine aussagekräftige Änderung: *Wahl des Gesprächsthemas, Einbringen eines neuen Gesprächsthemas, Antworten, Körperausrichtung und Augenkontakt*. Zusätzlich zeigten die Kinder im Structured Multidimensional Assessment Profile (S-MAP) ebenfalls eine signifikante Verbesserung des Gesamtestwertes. Die Items *Kooperation, Impulskontrolle, Gestik, Körpersprache, Einsatz grundlegender Sprachfertigkeiten, Denkweise, Kreativität, Perspektivenwechsel, Gesprächsinhalt und Aufmerksamkeitsausrichtung* haben sich deutlich verändert. Die Kombination der Interventionstechniken (Self-, Peer- und Therapist-Modelling) scheint die Ursache für die positiven Veränderungen der Kommunikationsfertigkeiten auszumachen. Ein Rückschluss auf eine einzelne Technik kann nicht gezogen werden.

Docking et al. (2013) untersuchten ebenfalls die Kommunikationsfertigkeiten sowie die Problemlösestrategien dieser Kohorte. Gemäss der Children's Communication Checklist (CCC-2) erkannten die Eltern keine Veränderung der Kommunikationsfertigkeiten nach der Interventionsdurchführung. Im Test of Problem-Solving (TOPS-3) zeigten die Kinder keine aussagekräftige Verbesserung der Problemlösefertigkeiten. Einzig das TOPS-3-Item *Vorhersehen* verbesserte sich signifikant. Die kaum vorhandenen Veränderungen der Gesamtestwerte des CCC-2 sowie des TOPS-3, begründeten die Forscher damit, dass die Assessments zu wenig sensitiv waren, um Veränderungen festzustellen.

Nach 18 Monaten führten Wilkes-Gillan et al. (2014b) mit 5 der ursprünglich 14 Zweiergruppen eine follow-up Messung durch. Der Gesamtestwert des ToP wies kaum Veränderungen im Vergleich zum Interventionsabschluss auf. Im Verhältnis zum Interventionsbeginn war die Verbesserung der Spielfähigkeit weiterhin signifikant. Dies weist aus Sicht der Forscher auf einen anhaltenden Effekt der Intervention hin.

Im Anschluss an die follow-up Studie konnten dieselben Teilnehmer an einer weiteren Interventionsstudie teilnehmen (Wilkes-Gillan et al., 2014c). Der Interventionsansatz wurde zwischenzeitlich zu einem elterngestützten Ansatz weiterentwickelt. Nun wurden vier der sieben Interventionen zuhause durch die Eltern im häuslichen Setting durchgeführt. Dazu nutzten sie das Manual mit DVD (The Ultimate Guide to Making Friends) von Cordier und Wilkes-Gillan (2012). Gemäss Wilkes-Gillan et al. (2014c) zeigten die Kinder mit ADHS direkt nach der Intervention erneut eine mittelmässige Steigerung in der allgemeinen Spielfähigkeit. Einen Monat nach Abschluss der Interventionen konnten jedoch eine signifikante Verbesserung im Gesamtestwert des ToP festgestellt werden. Gemäss den Forschern werden die Interventionsoutcomes durch den verstärkten Einbezug der Eltern besser in den Alltag transferiert.

In der zweiten Forschungsreihe mit 9 neuen Interventionsgruppen wurde der weiterentwickelte Ansatz mit dem verstärkten Einbezug der Eltern untersucht (Wilkes-Gillan et al., 2014a). Nach Abschluss der 7

Interventionen verbesserte sich der Gesamtestwert des ToP von Kindern mit ADHS signifikant. Zudem konnte ein Monat nach Interventionsende ein anhaltender Effekt gemessen werden. Spezifisch zeigten die Kinder Fortschritte in 4 von 7 Items der zwischenmenschlichen Empathie: *Das Spiel anderer unterstützen, Intensität im Spiel mit anderen, Spielfertigkeiten mit anderen* und *auf Signale anderer reagieren*. Ursache für diesen anhaltenden Effekt seien unter anderem der verstärkte Einbezug der Eltern. Die Eltern haben gelernt das Kind im Spiel zu unterstützen. Das Manual mit DVD war hilfreich.

Cordier et al. (2017) haben zusätzlich die grundlegenden Kommunikationsfertigkeiten der Kinder mit ADHS und deren Spielkameraden untersucht. Dazu verwendeten sie das Beobachtungsassessment Pragmatic Observational Measure (POM) von Cordier et al. (2014). Dies basiert auf Grundlage der Assessments PP und S-MAP, welche sie in der ersten Forschungsreihe verwendet haben. Das POM weist in der Studie von Cordier et al. (2014) eine gute interne Kohärenz sowie Evidenz für eine gute Inhalts-, Kriterien und Konstruktvalidität auf. Nach der Intervention mit dem Ansatz «play-based Intervention» hat sich Gesamtestwert des POM bei den Kindern mit ADHS signifikant verbessert (Cordier et al., 2017). Spezifisch kam es bei folgenden Items zu positiven Veränderungen: *Kontinuität, Initiieren, Antworten, Wiederholen, Rückblick, Körperausrichtung, Distanz, Perspektivenwechsel, Miteinbezug von Hinweisen, Gesprächsinhalt, Denkweise, Konfliktlösung, Kooperation, Engagement, Behauptungen* sowie *Uneinigkeit*. Die Forschenden schliessen aus diesen Ergebnissen, dass dieser elterngestützte Ansatz einen positiven Effekt auf die Kommunikationsfertigkeiten hat.

18 Monate nach Abschluss der Intervention wurde mit 5 der ursprünglich 9 Kinder mit ADHS erneut evaluiert, ob sie weitere Fortschritte in den Spielfertigkeiten erzielt hatten (Cantrill et al., 2015). Im häuslichen Setting wurden in der ToP Messung keine Veränderungen mehr festgestellt. Im klinischen Setting zeigte sich eine leichte Verbesserung des Gesamtestwertes im Vergleich zum Interventionsabschluss. Die Forscher sehen einen anhaltenden Interventionseffekt und eine Generalisierung in verschiedene Kontexte.

Im Bereich der Kommunikationsfertigkeiten zeigte sich beim POM nach 18 Monaten ebenfalls keine Veränderung, jedoch blieben die bereits erlangten Fortschritte erhalten (Wilkes-Gillan et al., 2017a). Ein Interventionsansatz, der die Eltern und Gleichaltrige miteinbezieht, unterstütze die fortlaufende Entwicklung von Kindern mit ADHS.

Im Anschluss an die follow-up Messung nach 18 Monaten wurden mit denselben Probanden erneut zwei Interventionen im klinischen Setting durchgeführt (Wilkes-Gillan et al., 2017b). Zwei Kinder zeigten im Verlaufe dieser beiden Interventionen eine Verbesserung im Gesamtestwert des ToP. Die Eltern berichteten während des gesamten Verlaufs kaum von sozialen Problemen oder oppositionellem Verhalten. Bei drei Kindern kam es zu einer Verschlechterung des ToP-Gesamtestwertes. Deren Eltern beobachteten ein hohes Level an oppositionellem Verhalten ihrer Kinder im Alltag. Aus diesen Ergebnissen schliessen die Forscher, dass sich wenig Verhaltensschwierigkeiten der Kinder mit ADHS positiv auf die Mitarbeit bei der Video-Modelling-Sequenz auswirken. Dadurch können sie einen grösseren Lernerfolg erzielen. Zudem sei eine sorgfältige Einschätzung der Art und Menge des elterlichen Miteinbezugs während der Video-Modelling-Sequenz essenziell für angemessene Rückmeldungen über das Verhalten der Kinder mit ADHS.

In der dritten Studienreihe wurde im Rahmen einer RCT-Studie verglichen, wie sich die Fertigkeiten von 29 Kindern mit ADHS mit und ohne Intervention entwickeln (Wilkes-Gillan et al., 2016). Dazu hatten die Forscher das Interventionsformat erneut angepasst. In der Studie wurden während zehn Wochen sechs Interventionen im klinischen Setting durch die Fachperson und vier Interventionen im häuslichen Setting durch die Eltern durchgeführt. Es besteht ein signifikanter Unterschied in der Entwicklung der Spielfähigkeit zwischen der Kontrollgruppe, welche in derselben Zeit keine Intervention erhalten hat und den Kindern, welche die Intervention erhalten haben. In der Kontrollgruppe gab es während 10 Wochen keine Veränderungen in der Spielfähigkeit. Wohingegen in der Interventionsgruppe erneut bestätigt wurde, dass der Gesamtestwert des ToP sich direkt nach der Intervention sowie einen Monat nach Abschluss der Intervention signifikant verbessert hat. Kinder mit den tiefsten ToP-Scores bei der Baseline-Messung zeigten nach Abschluss der Intervention insgesamt die grössten Fortschritte. Spezifisch zeigten die Kinder mit ADHS in dieser Studie in allen neun Items der zwischenmenschlichen Empathie wesentliche Verbesserungen: *Initiieren, Verhandeln, Teilen, Unterstützen, Beteiligt sich an der Interaktion, Intensität der Interaktion, Kooperative Interaktion, Sendet Signale* und *Reagiert auf Signale*. Gemäss den Forschern zeigen diese Ergebnisse, dass der weiterentwickelte Interventionsansatz auf die Bedürfnisse der Probanden angepasst ist. Kinder mit grossen Schwierigkeiten in den sozialen Fertigkeiten profitieren am stärksten von der Intervention.

In der Follow-up Studie von Barnes et al. (2017) zeigten die Kinder mit ADHS im häuslichen Setting keine erneute Veränderung der Spielfähigkeit. Im klinischen Setting wurde eine signifikante Verschlechterung des Gesamtestwertes des ToP festgestellt. Im Vergleich zu den Testwerten vor der Intervention ist trotzdem ein Fortschritt zu verzeichnen. Gemäss der Einschätzung der Eltern konnten die Kinder innerhalb des Jahres weitere Fortschritte in der Entwicklung ihrer sozialen Fertigkeiten erzielen. Gemäss den Forschern können die Kinder die erlernten Fertigkeiten beibehalten, ohne Intervention aber nicht weiterentwickeln.

3.1.3 Evidenz zur Praktikabilität

Die Machbarkeit des Ansatzes wurde in einzelnen Interventionsstudien durch zusätzliche Elterninterviews qualitativ erfasst. Daraus können Schlussfolgerungen für die Praktikabilität des Ansatzes «play-based Intervention» abgeleitet werden.

Evidenzbasierte Interventionen zu implementieren ist das grundlegende Ziel der Forschung (Bowen et al., 2009). Ob Interventionen implementiert werden können, hänge unter anderem von der Beurteilung der Praktikabilität von Interventionen ab. Die Forscher definieren in ihrem Artikel acht Kriterien zur Beurteilung der Praktikabilität in Interventionsstudien: *Akzeptanz, Nachfrage, Implementierung, praktische Umsetzung, Anpassungen, Integration, Ausweitung* und *limitierter Effekt*. Die Praktikabilität des Ansatzes «play-based Intervention» wird nachfolgend nach diesen Kriterien bewertet.

Akzeptanz: Dieses Kriterium beschreibt, wie die Intervention vom Interventionsempfänger sowie von den durchführenden Personen akzeptiert wird (Bowen et al., 2009). Beim Ansatz «play-based Intervention» wurde die Zufriedenheit der Kinder als Interventionsempfänger nicht explizit erhoben. Die intrinsische Motivation der Kinder werde gemäss Cordier et al. (2009) durch das Spiel allerdings erhöht. Daraus lässt sich eine gute Akzeptanz des Ansatzes aus Sicht der Kinder ableiten. Die

Eltern als durchführende Personen zeigten ebenfalls eine hohe Akzeptanz gegenüber dem Interventionsansatz. Die Kombination von Spielbeobachtung, Austausch mit den Fachpersonen und Video-Modelling wurde von den Eltern als spannende Lernerfahrung empfunden (Wilkes-Gillan et al., 2014b). In der Studie von Wilkes-Gillan et al. (2014c) beschrieben die Eltern die Interventionen im klinischen Setting als bereichernd, da sie nicht direkt involviert waren. Die Interventionen im häuslichen Setting hingegen empfanden sie als stressend und belastend für die Eltern-Kind-Beziehung. Dahingegen erlebten die Eltern einer anderen Kohorte die stark elterngestützte Interventionsstruktur aus der zweiten Forschungsreihe positiv (Wilkes-Gillan et al., 2015). Ihre Zufriedenheit mit dem Ansatz lag bei 8.4 von maximal 10 Punkten. Den Eltern gelang es, durch die Interventionen die Entwicklung der sozialen Fertigkeiten aus einer differenzierteren, teils positiveren Perspektive zu sehen. Diese Veränderung wird in der Studie als Reframing bezeichnet. Sie nannten drei Gründe, wie es zu diesem Perspektivenwechsel kam: die starke Einbindung der Eltern in den Interventionsansatz, die Zufriedenheit mit der Ausführung der Elternrolle und der tägliche Gebrauch der Informationsmaterialien. 18 Monate nach Interventionsende beschreiben die Eltern die Herausforderung den jeweils nächsten Entwicklungsschritt ihrer Kinder zu erkennen und zu unterstützen (Cantrill et al., 2015). Auch in der Studie von Allan et al. (2018) wünschten sich die Eltern weiterführende professionelle Unterstützung. Aus diesen qualitativen Forschungsergebnissen ist zu schliessen, dass die Akzeptanz von den Eltern für diesen Interventionsansatz gut ist. Für eine Erhöhung der Zufriedenheit mit diesem Ansatz wäre eine weiterführende therapeutische Unterstützung allerdings ausschlaggebend.

Nachfrage: Die Nachfrage an einer Intervention wird daran gemessen, wie häufig die Intervention genutzt wird beziehungsweise wie gross die künftige Nutzung der Intervention eingeschätzt wird (Bowen et al., 2009). Über die Häufigkeit der Anwendung des Interventionsansatzes wurden keine Angaben in den Studien gemacht. Die Notwendigkeit der Entwicklung eines spielbasierten Interventionsansatzes für Kinder mit ADHS wurde hingegen deutlich aufgezeigt. Beispielsweise beschreiben Wilkes-Gillan et al. (2014a), dass Kinder mit ADHS einen Mangel an Empathie aufweisen und daher Unterstützung in der Entwicklung der Spiel- und Sozialkompetenz benötigen. Sie verweisen dabei auf das Model von Cordier et al. (2009). Gemäss Wilkes-Gillan et al. (2016) zeigten bisherige Interventionen zur Förderung von sozialen Schwierigkeiten einen minimalen Effekt. Daraus ist abzuleiten, dass die Nachfrage für einen neuartigen Ansatz wie «play-based Intervention» besteht.

Implementierung: Bei diesem Kriterium wird bewertet, ob und in welchem Ausmass die Intervention vollständig im Arbeitsalltag implementiert werden kann (Bowen et al., 2009). Gemäss Wilkes-Gillan et al. (2016) wurde der Forschungsaufbau der drei Studienreihen so konzipiert, dass die Implementierung in den Arbeitsalltag gewährleistet ist. Für ihr übergeordnetes Studiendesign von drei aufeinander aufbauenden Forschungsreihen orientierten sich die Forscher an den Guidelines des United Kingdom Medical Research Council (UK MRC). Demnach sollen vor einer vollumfänglichen Evaluation einige Pilotstudien durchgeführt werden (Campbell et al., 2007). In frühen Phasen der Interventionsentwicklung sollen Daten über quantitativ messbare Ergebnisse wie auch über subjektive Wahrnehmungen der Teilnehmenden erhoben werden. Beide Ergebnisarten wurden in den drei

Forschungsreihen erhoben. Gemäss Wilkes-Gillan et al. (2016) kann durch dieses Design die grosse Lücke zwischen der Durchführung einer klinischen Pilotstudie und der erfolgreichen Implementierung der Intervention im Therapiealltag minimiert werden. Mit diesem Vorgehen versuchten die Forscher einen praxistauglichen Interventionsansatz zu entwickeln.

Praktische Umsetzung: Bei diesem Praktikabilitätskriterium liegt der Fokus auf der Durchführung der Intervention mit den vorhandenen zeitlichen und finanziellen Ressourcen im Arbeitsalltag (Bowen et al., 2009). Der Zeitaufwand der Interventionen variiert in den einzelnen Forschungsreihen. In der Pilotstudie von Wilkes et al. (2011) wurden sieben Interventionen à 40 Minuten im klinischen Setting durch zwei Fachpersonen durchgeführt. Wilkes-Gillan et al. (2014a) führten drei Interventionen à 40 Minuten im klinischen Setting mit einer Fachperson durch und liessen die Eltern eigenständig 4 Interventionen im häuslichen Umfeld durchführen. Begleitend führten sie wöchentliche Telefonate mit den Familien. Diese Anpassungen wurden im Hinblick auf die Praktikabilität der Kosten im Alltag vorgenommen. Wilkes-Gillan et al. (2015) beschreiben die Wichtigkeit, dass kosteneffiziente Interventionen entwickelt werden. Indem Eltern den Behandlungsanforderungen nachkommen und kontinuierlich in den Behandlungsprozess involviert werden, können Kosteneinsparungen ohne Qualitätsverlust erreicht werden. In der dritten Forschungsreihe wurden sechs Interventionen à 60 Minuten im klinischen Setting durch eine Fachperson und 4 Interventionen à 60 Minuten im häuslichen Setting durch die Eltern durchgeführt (Wilkes-Gillan et al., 2016). Daraus ist zu schliessen, dass die Anzahl von 6 Interventionen im ambulanten Setting mit zusätzlicher elterlicher Begleitung angemessen sind und die praktische Umsetzung im Alltag ermöglichen.

Anpassung: Dieses Kriterium beschreibt in wieweit die Intervention weiterhin durchführbar ist, wenn sie an ein anderes Setting oder eine andere Population angepasst wird (Bowen et al., 2009). In allen drei Forschungsreihen wurde das Interventionsformat (bspw. elterngestützter Ansatz, Anzahl Interventionen) jeweils leicht angepasst (Wilkes et al., 2011; Wilkes-Gillan et al., 2014a; Wilkes-Gillan et al., 2016). Dabei wurden die Kernelemente des Ansatzes (intrinsische Motivation wecken, Empathie fördern, Miteinbezug eines befreundeten Kindes und der Eltern) beibehalten. In jeder Forschungsreihe wurde mit neuen Probanden gearbeitet. Die Probandengruppen wiesen ähnliche Eigenschaften in Alter, Diagnose, Komorbiditäten, etc. auf. Daraus ist zu schliessen, dass die Intervention mit verschiedenen Klienten mit ADHS durchgeführt werden kann, solange die Kernelemente beibehalten werden.

Integration: Die Integration umfasst den Grad der Systemänderung, der vorgenommen werden muss, um die Intervention in eine bestehende Struktur zu integrieren (Bowen et al., 2009). Über den Einsatz des Ansatzes «play-based Intervention» im Praxisalltag und allfällig nötigen Systemänderungen im Arbeitsalltag wurden keine Ergebnisse publiziert.

Ausweitung: Bei diesem Kriterium wird der Interventionseffekt bei der Durchführung der Intervention mit einer anderen Population oder in einer anderen Umgebung beschrieben (Bowen et al., 2009). Unter anderem weisen Wilkes-Gillan et al. (2016) darauf hin, dass die Generalisierung der Ergebnisse auf eine erweiterte Gruppe von Kindern mit ADHS aufgrund der kleinen Probandengruppe limitiert ist. Eine Generalisierung des Ansatzes auf andere Diagnosen oder ein Transfer der Intervention in ein anderes Setting wurde in den aufgeführten Studien nicht vorgenommen.

Allerdings wurde der Interventionsansatz nach den positiven Erkenntnissen über die Wirksamkeit bei Kindern mit ADHS aus den drei Forschungsreihen ebenfalls mit Kindern mit ASS durchgeführt. In drei Studien konnten ebenfalls positive Veränderungen der Spiel- und Sozialkompetenz bei Kindern mit ASS festgestellt werden (Henning et al., 2016; Kent et al. 2020 & Kent et al., 2021). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Interventionsansatz auf eine andere Population ausgeweitet werden kann.

Limitierender Effekt: Dieses Kriterium bezieht sich auf die statistische Aussagekraft der Interventionsergebnisse (Bowen et al., 2009). Die Studien über den Ansatz «play-based Intervention» sind aufgrund der nachfolgend beschriebenen kritischen Würdigung nur begrenzt aussagekräftig und zeigen daher einen limitierten Effekt auf.

3.1.4 Kritische Würdigung

Die drei Forschungsreihen orientierten sich in ihrem Aufbau an einem dynamischen 5-Phasen-Vorgehen zur Evaluation von komplexen Interventionen in der Gesundheitsforschung von Campbell et al. (2007). In einer ersten Phase wird die bereits existierende Theorie erörtert. Anschliessend soll ein Erklärungsmodell erarbeitet werden, um die mögliche Wirkung einer Intervention zu erklären. In der 3. Phase werden erste Pilotstudien durchgeführt. Dabei sollen nebst der messbaren Auswirkung einer Intervention auch qualitative Daten über mögliche Ursachen dieser Auswirkungen erhoben werden. In Phase vier wird dann eine RCT-Studie durchgeführt bevor schlussendlich die Implementierung in die Praxis ansteht. Dieses Vorgehen ist in den drei Forschungsreihen über den Ansatz «play-based Intervention» nachvollziehbar dokumentiert. Alle Studien bezogen sich auf das Modell über das Spiel von Kindern mit ADHS von Cordier et al. (2009). Es wurden ausschliesslich quantitativer Designs gewählt. Die Interventionseffekte auf die Spiel- und Sozialkompetenz konnten messbar aufgezeigt werden. Zudem wurde in einzelnen Studien qualitative Ergebnisse aus Elterninterviews dokumentiert. Dies verwässerte das Studiendesign einzelner Studien, liess aber Rückschlüsse auf mögliche Ursachen der Interventionseffekte zu. Abgeschlossen wurden die Forschungsreihen mit einer RCT-Studie. Dieses Design erreicht gemäss Borgetto et al. (2007) die zweithöchste Evidenzstufe. Dieses gewählte übergeordnete Forschungsdesign war passend, um die Studienziele und Fragestellungen vollumfänglich beantworten zu können.

Pro Studienreihe wurde immer mit derselben Kohorte gearbeitet. Die Kohorten waren mit 14, 9 und 29 Teilnehmerpaaren klein. Drop-outs wurden während der Interventionsstudien keine verzeichnet. In den Follow-up-Studien nahmen allerdings nur noch etwa die Hälfte der ursprünglichen Teilnehmergruppen teil. Dies führt zu einer stark eingeschränkten Generalisierbarkeit der Studienergebnisse. In allen Studien sind die Ziele und Forschungsfragen detailliert aufgeführt. Der theoretische Hintergrund ist prägnant formuliert und zeigt die Notwendigkeit der jeweiligen Studie auf. Der Studienaufbau und die durchgeführten Interventionen sind detailliert beschrieben. Eine Wiederholung derselben Studie wäre möglich. Die Messinstrumente werden kurz erklärt und als reliabel und valide bezeichnet. Eine verblindete Fachperson wertet die Assessments aus. Das Hauptmessinstrument ToP basiert auf demselben theoretischen Hintergrund wie das Ursprungsmodell von Cordier et al. (2009). Entsprechend misst es exakt die Parameter, die in der Intervention behandelt werden. Die Entwicklung des POM-Assessments für

die Messung in der zweiten und dritten Forschungsreihe kritisch hinterfragt werden. Dieses Assessment wurde durch die Forschenden selbst entwickelt, als ihnen in der ersten Forschungsreihe die Assessments PP und S-MAP nicht genügend sensitiv erschienen. Innerhalb aller Studien werden die Interventionen äusserst detailliert und nachvollziehbar beschrieben. Dadurch ist es möglich, daraus ein Interventionskonzept abzuleiten. Eine Beeinflussung durch parallellaufende Interventionen wurde vermieden. Die quantitativen Resultate sind alle tabellarisch sowie im Fliesstext dokumentiert. Eine statistische Signifikanz einer Veränderung der gemessenen Fertigkeiten ist bei den wichtigsten Messparametern vorhanden. Durch die RCT-Studie konnte ein Effekt im Vergleich zu einer Gruppe ohne Intervention festgestellt werden. Die Intervention wurde aber nicht mit einer anderen Intervention verglichen. Trotzdem kann eine erste Evidenz zur Wirksamkeit der Intervention daraus abgeleitet werden. Die Resultate werden in allen Studien zusammenfassend diskutiert und Schlussfolgerungen daraus abgeleitet. Widersprüche der Ergebnisse sind keine vorhanden.

Zu ergänzen ist, dass es sich bei den Autoren immer um dieselbe Forschergruppe handelt. Dies kann zu einer Verzerrung der Messungen und Interpretationen der Studienergebnisse führen. Studien über denselben Interventionsansatz mit anderen Forschern wurden nicht gefunden. Im systematischen Review von Cornell et al. (2018) wurden allerdings verschiedene spielbasierte, ergotherapeutische Interventionen für Kinder mit ADHS verglichen. Die fünf eingeschlossenen Studien über den Ansatz «play-based Intervention» erfüllten in fünf von acht Qualitätskriterien jeweils die methodologische Qualität evidenzbasierter Praxis. Bei den Kriterien Kontextbeschreibung, Validität und Machbarkeit zeigten sie lückenhafte Ergebnisse. Ebenfalls wurden im Review von Nielsen et al. (2017) einzelne Studien aus den drei Forschungsreihen bewertet. Sie beschreiben Limitationen wie kleine Probandengruppe, fehlende Randomisierung, Fehlende Kontrollgruppe. Dies führe zu einer eingeschränkten Generalisierbarkeit.

Insgesamt sind noch zu wenig Studien über diesen Ansatz gemacht worden, um die Evidenz über die Wirksamkeit und Praktikabilität abschliessend zu beurteilen. Erste aussagekräftige Ergebnisse zur Wirksamkeit konnten in den aufgeführten Studien aufgezeigt werden. Einige Gütekriterien, welche die Qualität des Studieninhaltes bewerten, wurden von den Studien erfüllt. Die Ergebnisse einer einzelnen Studie in sich ist stimmig. Allerdings ist eine Generalisierung der Ergebnisse aufgrund der aufgeführten Biases nur eingeschränkt möglich. Auch ein Transfer der Ergebnisse in ein anderes Setting oder auf Kinder mit anderen Diagnosen, welche ebenfalls Schwierigkeiten in der Spiel- und Sozialkompetenz haben, ist nicht gewährleistet. Die Praktikabilität des Interventionsansatzes wurde nicht explizit in den Studien untersucht. Zur Bewertung der Praktikabilität konnten nur einzelne Schlussfolgerungen aus den Studien gezogen werden. In diesem Bereich ist eine geringe Evidenz vorhanden.

3.2 Interventionskonzept

Gemäss Borgetto et al. (2007) ist die Identifikation von Effekten therapeutischer Interventionen durch klinisch-experimentelle, quantitative und qualitative Forschung möglich. In der klassischen Evidenzhierarchie werden insbesondere die Methoden der Versorgungsforschung eher niedrigen Evidenzstufen zugeteilt, obwohl die Methodenangemessenheit in der Ergotherapie oft adäquat ist. Deshalb wird trotz der eingeschränkten Generalisierbarkeit der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche der Ansatz «play-

based Intervention» im pluspunkt Zentrum in einer strukturell angepassten Form eingeführt. Da die RCT-Studie von Wilkes-Gillan et al. (2016) die höchste Aussagekraft aufweist und zudem die aktuellste Interventionsstudie ist, orientiert sich die Projektleitung bei der Erarbeitung des Interventionskonzeptes an dieser Studie. Ein zusammenfassender Ausschnitt aus dem erarbeiteten Interventionskonzept ist in Tabelle 2 dargestellt. Darin sind die Rahmenbedingungen gemäss Wilkes-Gillan et al. (2016) sowie der daraus abgeleitete Interventionsansatz für das pluspunkt Zentrum ersichtlich. Die vorgenommenen Anpassungen und deren Auswirkungen werden im Fliesstext erläutert.

Tabelle 2
Interventionsformat

Quelle: angelehnt an Wilkes-Gillan et al. (2016)

	Interventionsansatz gemäss Wilkes-Gillan et al. (2016)	Angepasster Interventionsansatz zur Umsetzung pluspunkt Zentrum
Interventionsformat	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Interventionen im ambulanten Setting mit Fachperson • 4 Interventionen im häuslichen Setting ohne Fachperson • Total: 10 Interventionseinheiten à 60 Minuten 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 Interventionseinheiten im ambulanten Setting mit Fachperson à 60 Minuten im ambulanten Setting mit Fachperson • Keine Intervention im häuslichen Setting
Klient	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit ADHS • Alter: 7 - 11 Jahre • IQ im Normbereich • Komorbiditäten: ggf. Sprachentwicklungsverzögerung, Verhaltensstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit ADHS und Verdachtsdiagnose ADHS • Alter: 7 - 11 Jahre • IQ im Normbereich • Komorbiditäten: ggf. Sprachentwicklungsverzögerung, Verhaltensstörungen
Involvierte Personen	<ul style="list-style-type: none"> • Befreundetes, neurotypisch entwickeltes Kind oder Geschwister; Zusammen mit dem Kind mit ADHS bilden sie die Interventionsgruppe. • Ein Elternteil (Mutter oder Vater) des Kindes mit ADHS • Eine Fachperson, welcher die Interventionen durchführt • Eine zweite, verblindete Fachperson, welche die ToP-Testung auswertet 	<ul style="list-style-type: none"> • Befreundetes, neurotypisch entwickeltes Kind oder Geschwister; Zusammen mit dem Kind mit ADHS bilden sie die Interventionsgruppe. • Ein Elternteil (Mutter oder Vater) des Kindes mit ADHS • Eine Fachperson, welche die Interventionen durchführt und die ToP-Auswertung vornimmt.
Räumlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Besprechungszimmer mit verspiegelter Glasscheibe zum Spielzimmer hin. • Ein videoüberwachtes Spielzimmer mit diversen Spielmaterialien (bspw. Basketballkorb, Autos, Knete, Puppen, Nerf-Guns, elektronische Spiele) 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapiezimmer, welches für die Besprechungs- sowie die Spielsituation genutzt wird. Der videoüberwachte Spielbereich ist mit diversem Spielmaterial ausgestattet (Bspw. Sandkiste, Spielfiguren, Autospielzeug, Plüschtiere, Verkleidungsgegenstände, Bälle, Gesellschaftsspiele, Konstruktionsspiele, etc.). Es werden keine elektronischen Spiele angeboten.
Therapeutisches Material	<ul style="list-style-type: none"> • Manual und DVD mit je 12 Kapiteln über spezifische Informationen zu sozialen Spielinteraktionen von Kindern mit ADHS (Cordier und Wilkes-Gillan, 2012). • Hinweiskarten in 3 Farben: Grün: Sehr gut, weiter so; Rot: Stopp, denk nach; Violett: Erinnere dich. • 3-minütige Videosequenz aus der vorangegangenen Freispielsituation. Das Videomaterial wird durch die zuständige Fachperson geschnitten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Informationsmaterialien über den Ansatz für die Eltern. • Angepasste Hinweiskarten in 3 Farben: Grün: Sehr gut, weiter so; Rot: Stopp, denk nach; Violett: Erinnere dich. • 3-minütige Videosequenz aus der vorangegangenen Freispielsituation. Das Videomaterial wird durch den zuständige Fachperson geschnitten.

Interventionsmethoden und -techniken	<ul style="list-style-type: none"> • Video-Feedback: Die Fachperson sieht sich zu Beginn der Therapiestunde zusammen mit den Kindern und Eltern die 3-minütige Videosequenz aus der vorangegangenen Woche an. Durch lösungsorientierte Fragen führt die Fachperson eine Diskussion über das beobachtete Spielverhalten mit den Kindern und Eltern. • Video-Feedforward: Am Ende der Video-Feedback-Sequenz unterstützt die Fachperson die Kinder, drei Schlüsselhandlungen zu identifizieren. Diese Schlüsselhandlungen werden wiederholt, bevor die Kinder ins Spielzimmer wechseln. • Therapist-Modelling: Während der Freispielsituation lebt die Fachperson gewünschte prosoziale Fertigkeiten vor. Zudem hilft die Fachperson den Kindern das emotionale Verhalten des jeweils anderen zu erkennen und die Konsequenzen ihrer Handlungen aufzuzeigen. Dazu werden die Hinweiskarten verwendet. • Self-Modelling: Die Kinder erkennen und benennen ihr eigenes Verhalten während der Video-Feedback-Sequenz. • Peer-Modelling: Die Kinder erkennen während der Video-Feedback-Sequenz und der Spielsituation wie sich das jeweils andere Kind in bestimmten Situationen verhält. • Im Anschluss an die Freispielsequenz: Wöchentliche Gespräche über die erlernten Fertigkeiten und Strategien zwischen Fachperson und Eltern. • Heimmodul: Wöchentlich lesen die Eltern ein Kapitel des Manuals und schauen sich zusammen mit ihrem Kind die dazugehörige DVD-Sequenz an. 	<ul style="list-style-type: none"> • Video-Feedback: Die Fachperson sieht sich zu Beginn der Therapiestunde zusammen mit den Kindern und Eltern die 3-minütige Videosequenz aus der vorangegangenen Woche an. Durch lösungsorientierte Fragen führt die Fachperson eine Diskussion über das beobachtete Spielverhalten mit den Kindern und Eltern. • Video-Feedforward: Am Ende der Video-Feedback-Sequenz unterstützt die Fachperson die Kinder, drei Schlüsselhandlungen zu identifizieren. Diese Schlüsselhandlungen werden wiederholt, bevor die Kinder ins Spielzimmer wechseln. • Therapist-Modelling: Während der Freispielsituation lebt die Fachperson die gewünschten prosozialen Fertigkeiten vor. Zudem hilft die Fachperson den Kindern das emotionale Verhalten des jeweils anderen zu erkennen und die Konsequenzen ihrer Handlungen aufzuzeigen. Dazu werden die Hinweiskarten verwendet. • Self-Modelling: Die Kinder erkennen und benennen ihr eigenes Verhalten während der Video-Feedback-Sequenz. • Peer-Modelling: Die Kinder erkennen während der Video-Feedback-Sequenz und der Spielsituation wie sich das andere Kind in bestimmten Situationen verhält. • Im Anschluss an die Freispielsequenz: Wöchentliche Gespräche über die erlernten Fertigkeiten und Strategien zwischen Fachperson und Eltern. • Heimmodul: Wöchentlich erhalten die Eltern die 3-minütige Videosequenz der vorangegangenen Spielsituation. Diese schauen sie zuhause mit dem Kind erneut an und besprechen das Gelernte. Die Eltern werden ermutigt, zwischen den Interventionsterminen Spieltreffen für ihr Kind zu vereinbaren. Mindestens 3 zusätzliche Spieltreffen sollten über die gesamte Interventionszeit stattfinden.
--------------------------------------	---	---

Alle Anpassungen wurden systematisch dokumentiert und im Klassifizierungssystem Frame von Stirman et al. (2019) eingeordnet (vgl. Anhang X). Das übergeordnete Ziel aller vorgenommenen Anpassungen ist die Umsetzbarkeit des evidenzbasierten Interventionsansatzes von Wilkes-Gillan et al. (2016) im Therapiealltag. Der Ansatz soll an die strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen angepasst werden, sodass die Effektivität für die Klienten ermöglicht, und die Zufriedenheit der Therapeuten bei der Durchführung verbessert wird.

Alle Anpassungen werden vor der Implementierungsphase des Ansatzes durch die Projektleitung geplant und nicht intuitiv vorgenommen. Grösstenteils werden die Entscheidungen proaktiv gefällt. Einzelne Anpassungen werden reaktiv in der ersten Pilotphase mit einer Projektgruppe identifiziert. Durch dieses Vorgehen werden Herausforderungen und Einschränkungen des Interventionsansatzes entdeckt. Eine Inkonsistenz zwischen den Kernelementen des Ansatzes, dem theoretischen Hintergrund und den Interventionszielen kann dadurch verhindert werden. Es wird sichergestellt, dass die Veränderungen die gewünschten Auswirkungen haben und den Therapieeffekt nicht massgeblich einschränken. Die Anpassungen werden in vier Bereichen vorgenommen:

Inhaltlich: Die elterliche Bearbeitung des originalen Manuals und der DVD aus den Studien ist nicht möglich, da es nicht auf dem Markt verfügbar ist. Als Ersatz wird den Eltern wöchentlich die 3-minütige Videosequenz der eigenen Kinder aus der Video-Feedback-Situation zur Verfügung gestellt. Dies ist die einschneidendste Anpassung, die vorgenommen werden muss. Das Kernelement der elterlichen Beteiligung wird verändert. Dies hat Auswirkungen auf den elterlichen Kompetenzzuwachs sowie auf den Transfer der kindlichen Fertigkeiten in den Alltag. Die Durchführung von wöchentlichen Heimmodulen ist dadurch nicht möglich. Der nachhaltige Effekt der Intervention könnte dadurch geschmälert werden.

Kontext: Das Format und Setting der Interventionen werden verändert und der Struktur von Wilkes et al. (2011) angepasst. Es werden lediglich 7 anstatt 10 Interventionen durchgeführt. Diese finden ausschliesslich im klinischen Setting statt. Die elterlichen Interventionen der Heimmodule werden weggelassen. Dies aufgrund des fehlenden Manuals und der DVD, die zwingend für die Durchführung der elterngestützten Interventionen im häuslichen Setting nötig gewesen wären. Dies hat Auswirkungen auf den Transfer der erlernten Strategien in den Alltag. Der Interventionseffekt fällt möglicherweise geringer aus.

Des Weiteren muss das räumliche Setting an die strukturellen Bedingungen der Praxis angepasst werden. Für die gesamte Intervention steht ein Therapiezimmer bereit, welches für die Video-Feedback- sowie Freispiel-Sequenz genutzt wird. Die Spielmaterialien entsprechen in etwa dem Angebot aus den Studien, wobei elektronische Spiele nicht angeboten werden können. Eine Spielbeobachtung durch eine Spiegelwand ist nicht möglich. Dies hat Auswirkungen auf die ungehemmte Freispielsequenz der Kinder und die ungestörte Besprechungsmöglichkeit mit den Eltern. Die Kinder sind sich stärker bewusst, dass sie beobachtet werden, wenn andere Personen im selben Raum sind. Zudem ist eine parallellaufende Besprechung mit den Eltern nicht möglich, da dadurch das Spiel der Kinder gestört wird. Dies kann das Reframing der Eltern einschränken.

Schulung und Evaluation: Die Ergotherapeuten werden durch die Projektleitung geschult. Eine Schulung durch die Forscher, wie sie in den Studien gemacht wurde, ist nicht möglich. Daher wird die Schulung durch die Projektleitung im Rahmen einer Weiterbildung stattfinden. Das Risiko besteht, dass einzelne Inhalte des Ansatzes leicht verändert gelehrt und in der Therapie umgesetzt werden.

Die Evaluation der Therapie findet ausschliesslich mit dem ToP statt. Alle anderen in den Studien genutzten Assessments sind in der Schweiz weder bekannt noch erhältlich. Dies hat Auswirkungen auf die differenzierte Evaluation der Fertigkeiten. Veränderungen der Fertigkeiten der Kinder können dadurch ausschliesslich im Bereich der Spielfähigkeit und nicht im Bereich der grundlegenden Kommunikationsfertigkeiten festgestellt werden.

Implementierungs- und Skalierungsaufgaben: Bei der Interventionsdurchführung wird jeweils ausschliesslich eine Fachperson pro Interventionsgruppe zur Verfügung stehen. Eine Follow-up-Messung wird nicht durchgeführt. Dies aufgrund der zur Verfügung stehenden personellen und zeitlichen Ressourcen im Praxisalltag. Das hat Auswirkungen auf die Erfassung des Kindes und der elterlichen Standpunkte.

Im Bereich der Kernelemente des Ansatzes (intrinsische Motivation wecken, Empathie fördern, Miteinbezug eines befreundeten Kindes und der Eltern) wurden keine Veränderungen vorgenommen. Alle Interventionstechniken, die auf die Umsetzung dieser Kernelemente abzielen (bspw. Spiel als

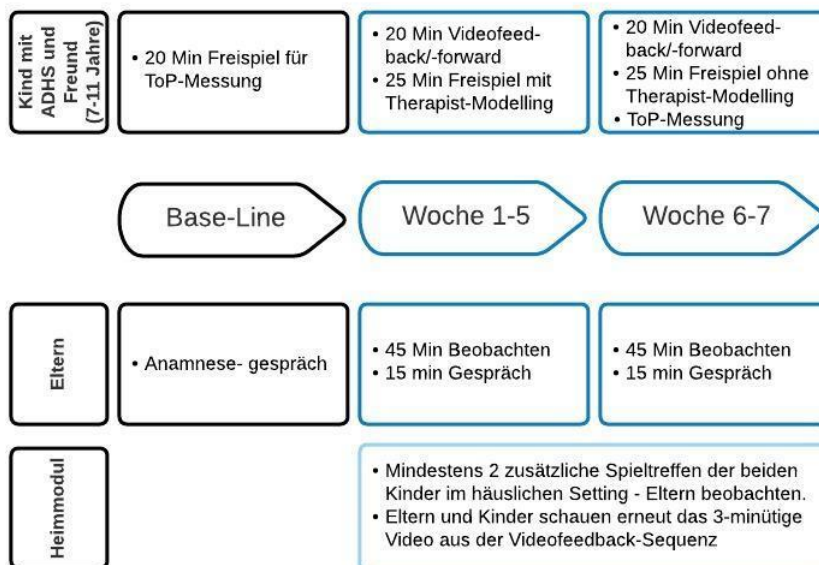
Therapiemittel; Self-, Peer- und Therapist-Modelling; Transforgespräche mit befreundetem Kind und Eltern), wurden übernommen. Dies ermöglicht eine qualitativ gute Umsetzung des ursprünglichen Therapieansatzes. Alle Anpassungen wurden auf Ebene der Praxis vorgenommen. Dies bedeutet, dass der Ansatz spezifisch auf ergotherapeutische Interventionen im pluspunkt Zentrum zugeschnitten wurde. Eine Generalisierung auf andere Institutionen oder Berufsfelder ist nicht gegeben.

In der Abbildung 4 und Abbildung 5 werden die ursprüngliche und angepasste Interventionsstruktur bildlich dargestellt.

Abbildung 4
 Ursprüngliche Interventionsstruktur
 Quelle: Angelehnt an Wilkes-Gillan et al. (2016)



Abbildung 5
 Angepasste Interventionsstruktur
 Quelle: eigene Darstellung



3.3 Inhaltlicher Projektverlauf und Zielerreichung

Ende Juni 2021 wurde die Pilotphase des Projektes «Spiel mit!» abgeschlossen. Die Implementierungsphase steht bevor. Acht Meilensteine wurden zur Erreichung der Projektziele definiert. In diesem Kapitel wird beschrieben, wie diese Meilensteine umgesetzt wurden und welche Anpassungen im Projektverlauf vorgenommen werden mussten. Es wird aufgezeigt, inwiefern die Projektziele erreicht wurden. Ein Bezug zum weiteren Projektverlauf wird hergestellt.

Meilenstein 1: Auftragserteilung durch den Geschäftsführer / Genehmigung des Projektantrages

Wie geplant wurde der Projektantrag am 23.12.2020 durch den Auftraggeber und die Projektleitung unterzeichnet. Der Auftraggeber war strukturell und inhaltlich einverstanden mit der Projektplanung. Trotzdem musste kurz nach dem Projektstart im Januar 2021 eine inhaltliche Anpassung vorgenommen werden. Ursprünglich war vorgesehen, dass das Interventionskonzept für die beiden Klientengruppen *Kinder mit ADHS* und *Kinder mit einer ASS* erstellt wird. Aufgrund der zeitlichen Ressourcen, die für das Projekt zur Verfügung standen, war es nicht möglich, die Evidenz sowie die Konzeptanpassung für zwei unterschiedliche Klientengruppen zu erörtern. Da die Prävalenz von Kindern mit ADHS höher ist als diejenigen der Kinder mit ASS wurde entschieden, das Interventionskonzept explizit für Kinder mit ADHS auszuarbeiten. Der Transfer des Ansatzes «play-based Intervention» auf die Therapie mit Kindern mit ASS ist als Folgeprojekt angedacht. Voraussetzung für dieses Folgeprojekt ist die erfolgreiche Implementierung des Interventionskonzeptes für Kinder mit ADHS. Folglich mussten für das Projekt «Spiel mit!» die detaillierten Projektziele angepasst werden. Die Ziele wurden ausschliesslich auf die Therapie von Kindern mit ADHS ausgerichtet und exakter formuliert. Insbesondere das Outcome für den Arbeitgeber und die Mitarbeiter wurden neu definiert. Diese Anpassung zu Projektbeginn war notwendig, um den Projektverlauf nachvollziehbar und das Projektergebnis messbar zu machen. Das Definieren von Zielen ist gemäss Gächter (2019) einer von fünf Schritten des Führungskreislaufes während eines Projekts. Mit einer klaren Zielsetzung können die Erwartungen an das Projekt aufgezeigt werden.

Meilenstein 2: Erstellen des Interventionskonzeptes über den Therapieansatz

Zwischen Januar und März 2021 wurde durch die Projektleitung eine systematische Literaturrecherche vorgenommen. Die Evidenz über die Wirksamkeit und Praktikabilität des Ansatzes «play-based Intervention» wurde detailliert erörtert. Um die tatsächliche Evidenz über die Wirksamkeit einzuschätzen, wurde nach einer Einstufungsskala gesucht. Für die evidenzbasierte, ergotherapeutische Praxis haben Borgetto et al. (2007) eine Forschungspyramide vorgestellt, welche die externe Evidenz zur Entscheidungsfindung beurteilt. Darin sind die verschiedenen Beurteilungsebenen der klinisch-experimentellen Forschung, der quantitativen sowie qualitativen Forschung vereinigt. Da die Studien über den Ansatz «play-based Intervention» ein quantitatives Studiendesign aufweisen und zugleich viele qualitative Ergebnisse beinhalten, wurde die Beurteilung über die Evidenz der Wirksamkeit auf Borgetto et al. (2007) abgestützt.

Zur Beurteilung der Praktikabilität lagen keine direkten Studienergebnisse vor. Daher wurde nach allgemeinen Praktikabilitätskriterien für Interventionsstudien gesucht. Bowen et al. (2009) definierten acht Bereiche, welche die Praktikabilität in Interventionsstudien in der Gesundheitsforschung aufzeigen. Die Schlussfolgerungen aus den Studien über den Ansatz «play-based Intervention» wurden durch die

Projektleitung nach diesen Bereichen eingeteilt. Mit diesem Vorgehen konnte die Evidenz über die Praktikabilität bewertet werden (vgl. Kapitel 3.1).

Aus den Erkenntnissen über die aktuelle Evidenz wurde eine Interventionsstruktur zur Umsetzung des Interventionsansatzes am pluspunkt Zentrum abgeleitet. Gemäss Stirman et al. (2013) werden evidenzbasierte Interventionen häufig angepasst, um sie in den Arbeitsalltag zu integrieren. Damit die Auswirkungen solcher Anpassungen abgeschätzt werden können, müsse dieser Prozess systematisch dokumentiert werden. Stirman et al. (2019) haben speziell für evidenzbasierte Interventionen im Gesundheitssystem das *Frame* entwickelt. Um den Ansatz «play-based Intervention» evidenzbasiert in der Praxis umzusetzen, wurde entschieden, dieses *Frame* dafür zu verwenden. Alle Anpassungen wurden zu diesem Zeitpunkt proaktiv vorgenommen. Exemplarisch wird die folgenreiche Anpassung der Gestaltung der Elternarbeit in diesem Abschnitt erläutert. Aufgrund des nicht veröffentlichten Manuals mit DVD von Cordier und Wilkes-Gillan (2012) konnte die Elternarbeit nicht wie in den Studien beschrieben durchgeführt werden. Die Autoren dieses Manuals wurden durch die Projektleitung per E-Mail kontaktiert. Ein Austausch mit den Autoren war allerdings nicht möglich. Das Entwickeln eines eigenen Manuals mit DVD für das Interventionskonzept des pluspunkt Zentrums war nicht möglich. Dies aus zwei Gründen. Zum einen konnte nicht nachvollzogen werden welche inhaltlichen Angaben aus welchen Quellen für die einzelnen Kapitel zusammengefasst werden müssten. Eine Verwendung von Literatur aus anderen Bezugsquellen für ein Manual würde die Übertragbarkeit der Ergebnisse mindern. Zum anderen hätte eine Ausarbeitung eines eigenen Manuals mit DVD die zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen dieses Projektes bei weitem überschritten. Dieser zusätzliche Aufwand stand nicht im Verhältnis zur geplanten Pilotphase. Daher wurde gemeinsam mit der Steuergruppe entschieden, die Erarbeitung eines Manuals mit DVD in einem Folgeprojekt umzusetzen, sofern die Implementierungsphase des Interventionskonzeptes im Ergotherapieamt erfolgreich verläuft. Falls das Originalmanual mit DVD zwischenzeitlich veröffentlicht werden würde, wird dieses zu jedem Zeitpunkt des Projektes angeschafft. Damit der wichtige Bereich der Elternarbeit im Interventionskonzept trotzdem abgedeckt werden konnte, wurde nach anderen Möglichkeiten gesucht, die Elternarbeit zu pflegen. Beispielsweise wurden die 3-minütigen Videos aus den Video-Feedback-Sequenzen den Eltern zur Verfügung gestellt und schriftliche Informationen über den Interventionsansatz aufbereitet.

Für die Beurteilung der Evidenz und die Erarbeitung des Interventionskonzeptes war ein deutlich höherer Zeitaufwand nötig, als ursprünglich angenommen. Die Planung ist der zweite von fünf Schritten des Führungskreislaufes nach Gächter et al. (2019). Die Projektleitung sei dafür verantwortlich, dass zur Erarbeitung der einzelnen Schritte genügend Zeit vorhanden ist. Dank der Risikoanalyse wurde bereits bei der Projektplanung erkannt, dass der Zeitplan knapp kalkuliert war. Als Gegenmassnahme wurde entschieden, den Fokus auf die Projektdurchführung zu legen und projektunabhängige Aufgaben zu delegieren. Dies gelang insofern, dass projektunabhängige Aufgaben auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wurden. So gelang es, für die absehbare Zeit der Konzepterstellung einen höheren Zeitaufwand zu betreiben.

Zielerreichung: Das Ziel a) *Evidenz über die Wirksamkeit und Praktikabilität des Interventionsansatzes* wurde untersucht. Die Evidenz reicht aus, um den Interventionsansatz in einer strukturell angepassten Form in der Praxis umzusetzen.

Zielerreichung: Das Ziel b) *Interventionskonzept erstellen* wurde termingerecht erreicht. Das Interventionskonzept umfasst die ans pluspunkt Zentrum angepasste Aufarbeitung des Ansatzes «play-based Intervention» sowie zusätzliche Informationsmaterialien für Eltern, Ärzte und Lehrpersonen.

Meilenstein 3: Projektgruppe schulen

Gemäss Zeitplan sollte die Projektgruppe im März 2021 im Rahmen einer ganztägigen, öffentlichen Weiterbildung durch die Projektleitung geschult werden. Aufgrund der Covid19-Pandemie war es nicht erlaubt eine solche Veranstaltung durchzuführen. Der Projektplan musste angepasst werden. Dafür mussten einige Entscheidungen getroffen werden. Das Entscheiden ist der dritte Schritt im fünfteiligen Führungskreislauf nach Gächter (2019). Alle Vor- und Nachteile sollen aufgrund der Projektanalysen abgewogen und mit der Steuergruppe abgesprochen werden. In der Risikoanalyse wurde bereits während der Projektplanung die Wahrscheinlichkeit eines pandemiebedingten Zwischenfalls erkannt. Es wurde in Absprache mit dem Auftraggeber entschieden, die öffentliche Weiterbildung auf den 24.06.2021 zu verschieben. Damit die Projektgruppe für die Umsetzung des Interventionsansatzes zwischen April und Juni trotzdem über genügend Wissen verfügt, wurde sie am 18.03.2021 individuell in einer zweistündigen Kurzweiterbildung geschult. In dieser Schulung lag der Fokus auf der Durchführung des Interventionsansatzes. Die Rohfassung des Interventionskonzeptes wurde besprochen. Das allgemeine Hintergrundwissen zur Entwicklung der Spiel- und Sozialkompetenz wurde in einem zweiten Schritt an der verschobenen, ganztägigen Weiterbildung im Juni 2021 vermittelt. Rückblickend hatte diese zweigeteilte Schulung den Vorteil, dass die Projektgruppe ihre zwischenzeitlich gemachten praktischen Erfahrungen an der ganztägigen Weiterbildung mit dem theoretischen Wissen verknüpfen konnten. Sie reflektierten dadurch ihr Vorgehen in der Therapie mit den Kindern und schlussfolgerten wichtige Erkenntnisse für die anstehende Implementierungsphase.

Zielerreichung: Das Ziel c) *Schulung der Projektgruppe* wurde zeitlich versetzt, dafür vollumfänglich erreicht. Die Projektgruppe war nach der Kurzweiterbildung fähig, die Interventionen eigenständig vorzubereiten und mit einem ihrer Klienten umzusetzen. Ein vertieftes Wissen über die Spiel- und Sozialkompetenz von Kindern im Zusammenhang mit dem Interventionsansatz erlangten sie nach der verschobenen, ganztägigen Weiterbildung am 24.06.2021. Die Projektgruppe war am Ende der Pilotphase soweit geschult, dass sie ihr theoretisches Wissen mit ihren praktischen Erfahrungen verknüpfen konnten.

Meilenstein 4: Durchführung der Interventionen

Gemäss Gächter (2019) ist das Realisieren der vierte von fünf Schritten des Führungskreislaufes. Darunter wird die Umsetzung einzelner Projektschritte verstanden. Die Projektleitung sei dafür verantwortlich, dass alle Aktivitäten zielführend zusammenspielen. Alle vorbereitenden Schritte wie Konzepterstellung und Schulung waren zwischenzeitlich abgeschlossen. Das Interventionskonzept konnte daher im Rahmen der Pilotphase zwischen April und Juni 2021 in einzelnen Therapien durch die Projektgruppe umgesetzt werden. Die Organisation und Durchführung der Interventionen lag in der Verantwortung der Projektgruppenmitglieder. Drei Projektgruppenmitgliedern sowie der Projektleitung gelang es, den Interventionsansatz bei mindestens einem Klienten durchzuführen. Ein Projektgruppenmitglied konnte die Intervention mit keinem Kind durchführen. Der Grund dafür war, dass der dafür vorgesehene Klient und

seine Angehörigen fremdsprachig waren. Die Deutsch- und Englischkenntnisse des Klienten reichten nicht aus, um den Interventionsansatz mit diesem Kind umzusetzen. Es wurde vereinbart, dass das Projektgruppenmitglied die Pilotphase frühzeitig beendet und bei der Implementierungsphase wieder ins Projekt einsteigt. Die Wahrscheinlichkeit, dass einzelne Projektgruppenmitglieder aus verschiedenen Gründen die Interventionen während der Projektphase nicht durchführen können, wurde bereits in den Projektrisiken erfasst. Als Gegenmassnahme wurde festgelegt, dass die Pilotphase auch mit 2-3 Projektgruppenmitglieder beendet werden kann. Daher führte dieser Ausfall nicht zum Scheitern des Projektes. Bei allen Projektgruppenmitgliedern war im Verlauf der Interventionsdurchführungen punktuelle fachliche Begleitung durch die Projektleitung nötig (bspw. Aufbau der Therapien, Umgang mit Elterneinbezug). Da alle Anliegen der Projektgruppenmitglieder individuell mit der Projektleitung thematisiert wurden, wurde auf eine gemeinsame Zwischenevaluation, wie ursprünglich in der Projektplanung vorgesehen, verzichtet.

Zum Abschluss der Pilotphase wurde am 24. Juni 2021 die Evaluation über die Praktikabilität des Interventionskonzeptes anhand eines Evaluationsfragebogens (vgl. Anhang VII) erfasst. Zusätzlich wurde mit der Projektgruppe ein Abschlussgespräch geführt. Die Antworten wurden von der Projektleitung in einer thematischen Analyse erörtert. Die Ergebnisse beider Evaluationen wurden durch die Projektleitung den acht Praktikabilitätskriterien nach Bowen et al. (2009) zugeordnet:

Akzeptanz: Grundsätzlich seien die Kinder und Eltern am Interventionsansatz interessiert. Der hohe elterliche Aufwand wird nicht von allen Eltern akzeptiert und entsprechend nicht aufgebracht. Die Zufriedenheit der Ergotherapeuten mit der Durchführbarkeit des Interventionsansatzes bewerteten zwei Projektmitglieder mit 3 und zwei Projektmitgliedern mit 4 von maximal 4 Punkten.

Nachfrage: Die Nachfrage am Interventionsansatz sei abhängig von der elterlichen Compliance und der für sieben Interventionen vorhandenen Kostengutsprache durch einen Kostenträger.

Implementierung: Drei von vier Projektgruppenmitglieder kreuzten an, dass weitere Anpassungen für die Durchführbarkeit des Interventionsansatzes nötig seien.

Praktische Umsetzung: Die zeitlichen Ressourcen von einer 60-minütigen Intervention und der erhöhten Vor- und Nachbereitungszeit (bspw. Videobearbeitung, Auswertung des Assessments) seien knapp bemessen. Die finanziellen Auslagen für diese Therapie seien vergleichbar mit anderen Therapiestunden.

Anpassungen: Gewisse Anpassungen der Interventionsstruktur waren notwendig, um den Ansatz «play-based Intervention» umzusetzen.

Integration: Im pluspunkt Zentrum müssen einige Systemänderungen vorgenommen werden, um den Interventionsansatz umsetzen zu können. Beispielsweise müssen längere Therapiezeiten sowie Vor- und Nachbereitungszeiten eingeplant werden. Zudem müssen neue, attraktive Spielmaterialien für ältere Kinder angeschafft werden. Eine technisch effizientere Lösung für das Aufbereiten der Videosequenzen sollte erarbeitet werden.

Ausweitung: Bereits während der Pilotphase wurde entschieden, dass auch Kinder mit einer Verdachtsdiagnose auf ADHS in die Therapie mit dem Ansatz «play-based Intervention» miteingeschlossen wurden. In Zukunft sollen auch Kinder mit anderen Diagnosen von diesem Interventionsansatz profitieren können.

Limitierter Effekt: Der Therapieerfolg wird von den Therapeuten als positiv eingeschätzt. Er ist aber von unterschiedlichsten Faktoren abhängig und wurde nicht quantitativ erhoben.

Zielerreichung: Das Ziel d) *Interventionskonzept in Pilotphase durchführen* wurde in vier von fünf Fällen erreicht. Die *Evaluation der Praktikabilität* wurde mit der gesamten Projektgruppe erreicht. Die Durchführung des Ansatzes am pluspunkt Zentrum scheint praktikabel. Einzelne zusätzliche Anpassungen sind notwendig, um die Praktikabilität zu verbessern.

Meilenstein 5: Projektevaluation mit der Projektgruppe

Gemäss Gächter (2019) ist der fünfte Schritt des Führungskreislaufes die Kontrolle, ob die Massnahmen zum Ziel führten. Falls nicht alle Ziele erreicht würden, beginne der Führungskreislauf erneut. Um zu kontrollieren, ob das Projekt «Spiel mit!» erfolgreich war, wurde am 24. Juni 2021 anhand des Evaluationsbogens das Outcome ausgewertet. Gemäss den Antworten der vier Projektgruppenmitglieder fühlten sich am Ende der Pilotphase alle in der Lage den Interventionsansatz selbständig durchzuführen. Sie schätzten ihr allgemeines Wissen über die Spiel- und Sozialkompetenz bei Kindern bei jeweils 3 von maximal 4 Punkten ein. Zum Projektstart lag die Selbsteinschätzung ihrer theoretischen Wissensgrundlagen noch bei 1-2 Punkten. Die Selbsteinschätzung zur methodischen Sicherheit bei der Durchführung des Interventionskonzeptes liegt bei Projektende ebenfalls bei 3 von maximal 4 Punkten. Vor der Pilotphase haben sie sich bei 1 Punkt eingeschätzt. Für den weiteren Projektverlauf bedeutet dies, dass die Projektgruppenmitglieder eine ausreichende Selbständigkeit erreicht haben. Punktuell werden sie weiterhin auf die beratende Unterstützung durch die Projektleitung zurückgreifen können. Zudem können die Projektgruppenmitglieder künftig die Implementierung der Intervention ins gesamte Ergotherapieamt unterstützen. Insbesondere die Co-Therapieleitung (a) wird die Projektleitung dank den gesammelten Erfahrungen während der Pilotphase organisatorisch sowie fachlich unterstützen können. Die Motivation, den Interventionsansatz zu einem späteren Zeitpunkt mit einem anderen Klienten durchzuführen, liegt bei zwei Projektgruppenmitgliedern bei 3 und bei zwei Mitgliedern bei 4 von maximal 4 Punkten. Für die anstehende Implementierung des Interventionskonzeptes ins gesamte Ergotherapieamt ist die Motivation ausreichend, um in dieser Phase unterstützend mitzuwirken. Gemäss Gächter (2019) kommt es unter anderem in der Implementierungsphase häufig zu Widerständen von Seiten der Mitarbeitenden. Dies habe damit zu tun, dass nun alle Mitarbeitenden konkret in den Veränderungsprozess einbezogen werden ohne sich aktiv dafür entschieden zu haben. Dank der motivierten Projektgruppenmitglieder kann dieser Widerstand minimiert werden.

Zielerreichung: Das Ziel f) *Wissenszuwachs und methodische Sicherheit in der Umsetzung des Interventionsansatzes* wurde von allen Projektgruppenmitgliedern erreicht.

Zielerreichung: Das Ziel g) *Zufriedenheit mit der Durchführbarkeit* wurde durch alle Projektmitglieder erreicht, so dass sie den Interventionsansatz zu einem späteren Zeitpunkt mit einem anderen Klienten erneut durchführen werden.

Meilenstein 6: Interventionskonzept zur Implementierung vorbereiten

Nach Abschluss der Pilotphase wurden im Interventionskonzept aufgrund der Evaluation über die Praktikabilität erfahrungsbasiert strukturelle Anpassungen durch die Projektleitung vorgenommen. Es mussten einzelne zusätzliche strukturelle Anpassungen vorgenommen werden (bspw. Durchführbarkeit ohne

Anwesenheit eines Elternteils, Ausweitung der Klientengruppe, etc.). Alle Anpassungen wurde wiederum im Frame von Stirman et al. (2019) eingeordnet und begründet. Dieser Vorgang nahm einen höheren Zeitbedarf in Anspruch als ursprünglich eingeschätzt wurde. Zwar konnte das Konzept termingerecht fertiggestellt werden, dazu war jedoch von Seiten der Projektleitung ein hoher Zeitaufwand notwendig.

Zielerreichung: Das Ziel e) *Interventionskonzept zur Implementierung abschliessend anhand von erfahrungsbasierten Anpassungen vorbereiten* wurde termingerecht erreicht. Mit diesem Interventionskonzept steht der Ansatz zur Implementierung für das gesamte Ergotherapieteam bereit.

Meilenstein 7: Implementierung des Interventionskonzeptes im gesamten Ergotherapieteam

Nach der erfolgreichen Durchführung der Pilotphase wurde zusammen mit der Steuergruppe beschlossen, das Interventionskonzept wie geplant zum Start des neuen Schuljahres 2021 ins gesamte Ergotherapieteam zu implementieren. Die gesamte Implementierungsphase wird im Zeitraum zwischen August und November 2021 stattfinden. Der nächste Schritt ist daher, die Implementierungsphase organisatorisch und inhaltlich detailliert vorzubereiten. Angedacht ist, das gesamte Ergotherapieteam im Rahmen einer Teamsitzung im August 2021 über die Ergebnisse des Projektes zu informieren. Im September 2021 wird für interessierte Teammitglieder eine interne Weiterbildung (ca. 2 h) angeboten. Diese entspricht der Kurzweiterbildung, welche im März 2020 für die Projektgruppe konzipiert wurde. Das Angebot stellte sich damals als effizient und erfolgreich heraus. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Teammitglieder nach dieser internen Weiterbildung fähig sein werden, die Interventionen selbstständig durchzuführen. Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Interventionsansatz wird allen Teammitgliedern zudem angeboten, im Frühling 2022 an der öffentlichen, ganztägigen Weiterbildung zum Interventionsansatz teilzunehmen (vgl. Meilenstein 8). Zur Evaluation der Implementierungsphase werden im Dezember 2021 anhand einer offenen Feedbackrunde während einer Teamsitzung Rückmeldungen über die Praktikabilität des Interventionskonzeptes und Ideen zur Anpassung gesammelt. Anschliessend wird das Interventionskonzept ein weiteres Mal durch die Projektleitung angepasst. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist für die erneute Anpassung des Interventionskonzeptes ausreichend Zeit dafür einzuplanen.

Zielerreichung: Das Ziel h) *Umsetzung des Interventionskonzeptes durch das gesamte Ergotherapieteam* ist zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund des noch nicht so weit fortgeschrittenen Projektverlaufes nicht erreicht.

Zielerreichung: Das Ziel h) *Umsetzung des Interventionskonzeptes durch das gesamte Ergotherapieteam* ist zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund des noch nicht so weit fortgeschrittenen Projektverlaufes nicht erreicht.

Meilenstein 8: Öffentliche Weiterbildung

Eine öffentliche Weiterbildung zu diesem Interventionsansatz ist für den 10.03.2022 am pluspunkt Zentrum geplant. Die Weiterbildung wird für alle interessierte Fachpersonen offen sein.

3.4 Organisatorischer Projektverlauf

3.4.1 Projektkommunikation

Angelehnt an Gächter (2019) wurde die Kommunikation zum Projekt auf der strategischen, der operativen und der äusseren Ebene bewusst gepflegt.

Auf der strategischen Ebene fanden im Rahmen der Leitungssitzung regelmässige Absprachen mit dem Geschäftsführer und der Co-Therapieleitung (a) statt. Wichtige Meilensteine (bspw. Meilenstein 1, 5 und 6) wurden dafür in der Traktandenliste und im regulären Sitzungsprotokoll aufgeführt. Dies bot eine sehr flexible und effektive Möglichkeit, die Steuergruppe über die Projektplanung, den Projektzwischenstand und die Projektevaluation zu informieren. Durchschnittlich wurde die Steuergruppe alle zwei Wochen informiert. Da der Geschäftsführer als Auftraggeber und zugleich Steuergruppenmitglied fungierte, konnten die Entscheidungswege kurz gehalten werden. Insbesondere mussten die Zielanpassungen, die Entscheidungen bezüglich Elternarbeit und das Vorgehen zur Implementierung mit ihnen besprochen werden. Der Projektleitung wurde eine grosse Entscheidungsfreiheit zugestanden. Es kam zu keinen Kommunikationsproblemen.

Auf der operativen Ebene fand die Kommunikation mit der Projektgruppe auf verschiedene Art und Weise statt. Schulungsbezogene Informationen wurden ein erstes Mal an einer Teamsitzung im Januar 2021 gegeben. Insbesondere die Projektziele, die zeitliche Organisation und das inhaltliche Vorgehen wurden mündlich erklärt und eine kurze schriftliche Zusammenfassung abgegeben. In der internen Kurzweiterbildung wurde die Projektgruppe während 2 Stunden ein erstes Mal im Interventionsansatz geschult. An der verschobenen öffentlichen Weiterbildung vom 24.06.2021 erhielten sie zusätzlich vertiefendes Hintergrundwissen. Alle diese Informationen wurden mündlich sowie schriftlich (Informationsschreiben; Handout) gegeben.

Während der Pilotphase fanden bei Bedarf Absprachen zwischen der Projektleitung und einzelnen Projektgruppenmitgliedern statt. Dazu war die Fachführung durch die Projektleitung gefragt. Organisatorische oder therapiebezogene Problemstellungen wurden gemeinsam, lösungsorientiert besprochen. Für solche Gespräche kamen die Projektgruppenmitglieder eigeninitiativ auf die Projektleitung zu. Rückblickend fand mit jedem Projektgruppenmitglied zwei bis drei solcher individueller Absprachen statt. Diese Gespräche wurden oft im alltäglichen, persönlichen Kontakt oder telefonisch geführt. Selten wurden fachliche Anliegen per Mailkontakt bearbeitet. Alle Informationen über den Therapieverlauf wurden durch die zuständige Ergotherapeutin wöchentlich in der elektronischen Verlaufsakte des Ergopro dokumentiert.

Ein fachlicher Austausch unter den Projektgruppenmitgliedern wurde nicht eingeplant und fand nicht statt. Da die einzelnen Projektgruppenmitglieder je für die Durchführung ihrer eigenen Therapien verantwortlich waren, bestand kein Bedarf einer gegenseitigen Zusammenarbeit. Daher wurden keine Gefässe für einen solchen Austausch geschaffen.

Gegen Projektende wurde ein Abschlussgespräch mit der gesamten Projektgruppe geführt. Der angepasste Interventionsansatz wurde auf seine Praktikabilität hin evaluiert. Dazu wurde ein schriftliches und ein mündliches Feedback eingeholt. Die Rückmeldungen wurde anhand des Evaluationsfragebogens schriftlich eingeholt. Zum andern wurde am 24. Juni 2021 mit der

Projektgruppe ein Abschlussgespräch geführt. Dazu wurden die Leitfragen nach Gächter (2019) genutzt und die Schlussfolgerungen für die Projektimplementierung schriftlich festgehalten. Die Antworten der Projektgruppe wurden anschliessend durch die Projektleitung in einer thematischen Analyse aufbereitet.

Die Kommunikation gegen aussen war an die verschiedenen Anspruchsgruppen gerichtet, welche in der Stakeholderanalyse erkannt wurden.

Die Eltern des Klienten sowie der Klient selbst hatten ein hohes Interesse am Projekt, jedoch wenig Einfluss auf dessen Realisierung. Deshalb wurden sie regelmässig über den inhaltlichen Projektverlauf informiert, aber nicht in grundlegende Projektentscheidungen involviert. Die Kommunikation gegenüber den Eltern fand direkt zwischen der zuständigen Ergotherapeutin und den Eltern statt. Informationen erhielten sie zum einen mündlich während den Elterngesprächen und zum anderen anhand von schriftlichen Informationsschreiben in deutscher Sprache. Im Rahmen der wöchentlichen Interventionen sprachen die Therapeuten regelmässig mit den Eltern und Kindern über die Veränderungen der Fertigkeiten. Um den Interventionsverlauf zu dokumentieren und die Informationen in den Alltag zu transferieren wurde der Familie jeweils ein Videomitschnitt aus der Therapie mitgegeben. Damit die Videoaufnahmen gemacht werden durften, mussten die Eltern eine Einverständniserklärung zur Verwendung der audiovisuellen Aufnahmen unterzeichnen. Nach Abschluss der Interventionsserie wurde mit den Eltern ein Abschlussgespräch geführt. Dazu wurde das übliche Gesprächsprotokoll des pluspunkt Zentrums verwendet.

Bei den Eltern des Freundes und dem Freund des Klienten wie auch bei den Lehr- und Fachpersonen zeigte sich eine hohe Diskrepanz zwischen niedrigem Interesse und hohem Einfluss auf die Durchführung der Interventionen. Daher war ihnen gegenüber eine transparente Information über das Projekt sowie das Aufzeigen eines persönlichen Nutzens enorm wichtig. Dies wurde ebenfalls durch ein Informationsschreiben erreicht. Zusätzlich war die Kommunikation und Vernetzung zwischen Eltern, Lehr- und Fachpersonen sowie der zuständigen Ergotherapeutin wichtig. Dies geschah durch individuelle Aufklärungsgespräche.

Die Kinderärzte hatten wenig aktives Interesse und mässigen Einfluss auf die Durchführung des Projektes. Da sie die Zuweiser sind, wurden sie als Stakeholdergruppe informiert, wurden aber nicht in die Projektplanung miteinbezogen. Der Informationsfluss an die Ärzte fand bereits relativ früh in der Projektphase statt. Am 24.03.2021 wirkte die Projektleitung an einem ärztlichen Qualitätszirkel mit. An diesem wurde der Projektleitung die Möglichkeit geboten, das Interventionskonzept kurz zu präsentieren. Via Teams konnten die Ärzte mündlich über den Interventionsansatz aufgeklärt werden. Zusätzlich erhielten sie ein Informationsschreiben mit den wichtigsten Inhalten. Die hauptzuweisenden Ärzte wurden zudem in vierteljährlichen Ärztebesprechungen kurz mündlich über die Evaluation des Interventionsansatzes durch die Projektleitung informiert.

3.4.2 Projektorganisation und -steuerung

Das Projektvorgehen wurde erfolgreich in der Matrix-Projektorganisation durchgeführt. Die Rollen und Kompetenzen der involvierten Personen wurde zu Projektbeginn definiert und konnten entsprechend eingenommen werden.

Auftraggeber: Der Geschäftsführer sprach die zeitlichen Ressourcen von 214 Arbeitsstunden für die Projektgruppenmitglieder. Die Arbeitsstunden der Projektleitung wurden mit dem zeitlichen Aufwand des Mastermoduls verrechnet. Zusätzlich genehmigte der Geschäftsführer die Kosten eines Projektbeitrages und den Besuch der öffentlichen Weiterbildung für die Projektgruppenmitglieder.

Steuergruppe: Die Steuergruppe wurde aktiv bei Entscheidungen über Anpassungen des Projektplans miteinbezogen. An den Therapieleitungssitzungen wurde lösungsorientiert über strategische Entscheide diskutiert (bspw. Verschiebung der Weiterbildung, strukturelle Anpassungen). Dadurch gelang es der Projektleitung, alle nötigen Informationen abzuwägen und eine definitive Entscheidung zu treffen. Alle Entscheide wurden partnerschaftlich getroffen. Ausstehend ist die Planung der Implementierungsphase. Diese wird im August 2021 zusammen mit der Co-Therapieleitung (a) ausgearbeitet.

Projektleitung: Die Projektleitung agierte auf verschiedenen Hierarchiestufen. Die Matrixorganisation ermöglichte dieses flexible Vorgehen. In der eigentlichen Projektführung übernahm die Projektleitung eine übergeordnete Weisungsfunktion gegenüber Teammitgliedern. Diese Verschiebung der Hierarchie wurde durch alle Projektgruppenmitglieder akzeptiert. Es kam zu keinen Kompetenzüberschreitungen. Bei der Projektsteuerung orientierte sich die Projektleitung am fünfschrittigen Führungskreislauf nach Gächter (2019). Nebst dieser Projektsteuerung setzte die Projektleitung einzelne Projektschritte selbständig um. Sie übernahm das Erstellen des Interventionskonzeptes, die Schulung der Projektgruppe und führte die Interventionen zusätzlich mit einem Klienten durch. Da die Rollen vorgängig klar definiert wurden, führte diese Doppelfunktion zu keinem Rollenkonflikt.

Projektgruppe: Die Zusammenstellung der Projektgruppe gelang wie geplant anhand der definierten Einschlusskriterien. Die Co-Therapieleitung (a) war auf Anfrage sofort bereit in der Projektgruppe mitzuwirken. Zudem meldeten sich genau drei interessierte Ergotherapeuten, die die Interventionen in der Pilotphase durchführen wollten. Somit konnte die Projektgruppengrösse von vier Personen erreicht werden. Die Projektgruppenmitglieder setzten die ihnen anvertrauten Aufgaben (Aneignung des Konzeptes und Umsetzung) sehr selbständig um. Sie agierten eigeninitiativ und suchten bei Unsicherheiten aktiv die Zusammenarbeit mit der Projektleitung. Der Ausfall eines Projektgruppenmitglieds aufgrund eines fehlenden Klienten wurde im Rahmen der flexiblen Projektsteuerung aufgefangen.

4 Projektevaluation

4.1 Reflexion

Projektplanung: Die vorgängige Projektplanung und Verschriftlichung des Projektantrages wurden in einer Zeitspanne von fünf Monaten erstellt. Damit nahm sie knapp die Hälfte der insgesamt zur Verfügung stehenden Zeitspanne ein, die für dieses Projekt eingeplant wurde. Aufgrund dieser exakten Planung konnte die eigentliche Projektdurchführung effizient und in relativ kurzer Zeit vorgenommen werden. Die detaillierte Planung der Projektorganisation und -steuerung half, dass die jeweiligen Rollen durch alle Beteiligten eingenommen werden konnten. Ihre Kompetenzen wurden vorgängig definiert. Dadurch entstand trotz der komplexen Matrix-Projektorganisation kein Rollenkonflikt. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Projektplanung war die Analyse des Projektnutzens und -aufwandes. Dadurch

wurden die Vor- und Nachteile des Projektes abgewogen. Die Notwendigkeit des Projektes konnte gegenüber dem Auftraggeber begründet werden. Insbesondere das Argument eines neuartigen Interventionsansatzes, welcher das Angebotsspektrum des pluspunkt Zentrums erweitert, war ausschlaggebend für den Projektauftrag. Die damit verbundene Werbung für das Zentrum sowie die Qualitätssicherung durch die Schulung der Mitarbeiter waren entscheidende Argumente, um den finanziellen Projektaufwand zu tragen. Die diversen Projektanalysen zeigten auf, dass das Projekt mit einem mittleren bis kleinem Risiko durchführbar ist. Insbesondere die gewissenhafte Risikoanalyse half bestimmte Situationen abzuschätzen und Gegenmassnahmen abzuleiten. Dadurch kam es während der Projektdurchführung zu weniger Schwierigkeiten. Falls die eingeschätzten Projektrisiken trotzdem eintreten sollten, waren bereits Gegenmassnahmen angedacht, auf die man zurückgreifen konnte. Die Stakeholderanalyse half wichtige Anspruchsgruppen zu erkennen und deren Einflussmöglichkeiten entsprechend einzubinden. Diese Erkenntnisse konnten für die Projektsteuerung gezielt genutzt werden. Ebenfalls zur Projektplanung zählte die präzise Formulierung der Projektziele. Der Output und das Outcome des Projektes wurden definiert. Damit konnten der Projektfortschritt sowie der Nutzen messbar gemacht werden. Alle am Projekt interessierten oder beteiligten Personen konnten dadurch die Erwartungen erkennen. Eine einheitliche Wortwahl war entscheidend und musste zu Projektbeginn nochmals angepasst werden. Auch das Outcome und der Output mussten mehrmals neu eingeteilt werden. Diese akribische Arbeit der Zielformulierung führte bei der Evaluation des Projektes zu klar messbaren Ergebnissen. Aus den Projektzielen wurden anschliessend wichtige Meilensteine definiert und ein detaillierter Zeitplan ausgearbeitet. Damit wurde das geplante Vorgehen konkret, wichtige Teilschritte wurden erkannt. Die Einschätzung des Zeitaufwandes zur Erreichung einzelner Meilensteine war eine Herausforderung. Insgesamt war die Zeit für die Projektdurchführung knapp bemessen. Es wurden kaum Zeitreserven zwischen den einzelnen Projektschritten eingeplant. Dieses Versäumnis wurde erst während der Projektdurchführung erkannt. Folglich müssen bei der Planung der Implementationsphase dieses Projektes zwingend mehr Zeitreserven eingeplant werden.

Rückblickend ist festzuhalten, dass der Projektplan insgesamt realistisch eingeschätzt wurde. Dadurch konnte während des Projektverlaufs flexibel reagiert und der Projektplan laufend angepasst werden. Durch das Verschriftlichen des Projektplanes in Form des Projektantrages wurde das Vorgehen transparent. Der Überblick über das gesamte Projekt war vorhanden.

Projektdurchführung: Während der Projektdurchführung nahm die Projektleitung die Rollen der Fachführung und Projektleitung ein. Da die einzelnen Rollen im Vorfeld geklärt wurden, entstand während der Projektphase kein Rollenkonflikt. Die Aufgaben gingen nahtlos ineinander über. Die Entscheidungswege wurden kurzgehalten und die Projektgruppe hatte lediglich eine Ansprechperson. Dadurch konnten Kosten eingespart werden. Allerdings wurde dadurch die Vielfältigkeit von Ideen begrenzt. Es ist möglich, dass gewisse Bereiche des Projektes einseitig bedient oder im Sinne eines blinden Fleckes übersehen wurden. Um dem entgegen zu wirken, wurde der Projektverlauf regelmässig mit der Steuergruppe besprochen. Das parallele Ausführen der beiden Rollen führte zudem zu einer hohen Belastung für die Projektleitung. Insbesondere da dadurch die gesamte organisatorische sowie fachliche Verantwortung bei der Projektleitung lag. Hinzu kam der zeitliche Zusatzaufwand für die Rolle der Fachführung. Im Rahmen der Fachführung übernahm die Projektleitung einige Projektschritte selbst. Dazu zählte die

Erstellung des Interventionskonzeptes, die Schulung der Projektgruppenmitglieder oder die praktische Umsetzung des Therapieansatzes. Für diese Aufgaben wurden mehr Zeitressourcen benötigt als einkalkuliert waren. Dies führte zu den bereits beschriebenen Schwierigkeiten beim Meilenstein *Interventionskonzept erstellen*. Der Projektleitung gelang es, über einen begrenzten Zeitraum hinweg, den erhöhten Zeitaufwand zu betreiben, um das Interventionskonzept termingerecht fertig zu stellen. Projektunabhängige Aufgaben mussten dafür verschoben werden. Rückblickend wäre es sinnvoll gewesen, projektbezogene Aufgaben vermehrt an die Projektgruppenmitglieder zu delegieren. In der Rolle als Fachführung war die Projektleitung ebenfalls für die fachliche Begleitung der Projektgruppe verantwortlich. In diesem Aufgabenfeld fanden regelmässig Kontakte mit einzelnen Projektgruppenmitgliedern statt. Die Projektleitung stellte fest, dass während der Pilotphase wenig fachliche Unterstützung durch die Projektleitung benötigt wurde. Die eingeplanten Zeitressourcen zur Steuerung der Projektgruppe wurden nicht ausgeschöpft und konnten für andere Aufgaben (bspw. Überarbeitung des Interventionskonzeptes) verwendet werden.

In der Rolle der Projektleitung war das Projektmanagement zentral. Ein entscheidender Schritt war, die Projektgruppe zusammenzustellen und ihnen die Ziele und den Projektplan zu erklären. Dadurch erkannten sie, welche Verantwortung sie in diesem Projekt erhalten und wurden motiviert zielführend vorzugehen. Insgesamt agierten die Projektgruppenmitglieder während der gesamten Projektdurchführung sehr selbständig und eigeninitiativ. Sie eigneten sich das Wissen über das Interventionskonzept nach der Kurzweiterbildung selbständig an, organisierten die Therapien und führten diese gewissenhaft durch. Ursächlich für diesen reibungslosen Verlauf mit der Projektgruppe könnte die freiwillige Teilnahme der Projektgruppenmitglieder am Projekt und ihr persönlicher Projektnutzen sein. Weitere Gründe könnten die realistische Projektplanung und vorgängige Aufbereitung des Interventionskonzeptes sein. Nebst der Steuerung der Projektgruppe übernahm die Projektleitung einige Aufgaben im Rahmen des Projektmanagement. Fortlaufend mussten die einzelnen Projektschritte kontrolliert werden. Dabei lag der Fokus stets auf den Projektzielen. Die meisten Ziele konnten vollständig und zeitgerecht erreicht werden. Trotzdem kam es zu kleineren Zwischenfällen, die das Projekt gefährdeten. Einschneidend war beispielsweise die Verschiebung der öffentlichen Weiterbildung. Die Beratung mit der Steuergruppe war in dieser Situation bereichernd. Gemeinsam mit der Steuergruppe konnten die Vor- und Nachteile von wichtigen Entscheidungen abgewogen und den Fokus auf die Projektziele gelegt werden. Die Projektleitung erhielt dadurch eine grosse Entscheidungskompetenz.

Rückblickend wurde festgestellt, dass der Projektverlauf trotz kleinerer Zwischenfälle reibungslos verlaufen ist. Aus den oben gewonnenen Erkenntnissen ist abzuleiten, dass die detaillierte und trotzdem flexible Projektplanung dafür entscheidend war. Zudem sollten beim weiteren Projektverlauf genügend zeitliche Ressourcen für die Aufgaben der Projektleitung und Fachführung eingeplant werden.

Evaluation: Die Evaluation der Meilensteine wurde fortlaufend durch die Projektleitung vorgenommen. Rückblickend war es hilfreich, dass die Meilensteine im Zeitplan eingebunden waren. So konnte problemlos festgestellt werden, ob der Projektfortschritt mit der ursprünglichen Planung übereinstimmte. In den regulären Therapieleitungssitzungen wurde der Projektfortschritt anhand der Meilensteine gegenüber der Steuergruppe aufgezeigt. Durch diese Besprechungen war die Projektleitung in allen

Projektphasen angehalten aktiv den Überblick über den aktuellen Projektverlauf zu halten. Das Risiko, dass das Projekt vom täglichen Arbeitsvolumen überschattet wird, wurde dadurch minimiert.

Um die Ziele auswerten zu können, führte die Projektleitung mit der Projektgruppe eine schriftliche sowie eine mündliche Projektevaluation durch. Der schriftliche Evaluationsfragebogen hatte zum Vorteil, dass die Zielerreichung quantitativ und effizient überprüft werden konnte. Qualitative inhaltliche Rückmeldungen konnten damit nur unzureichend erfasst werden. Der Vorteil der Abschlussbesprechung lag in der vertieften Erfassung der persönlichen Eindrücke der Projektgruppenmitglieder. Die thematische Analyse ihrer Antworten bot die Möglichkeit, die Rückmeldungen zu ordnen und qualitative Schlüsse zu ziehen. Die Erhebung und Auswertung mit dieser Methode waren im Verhältnis zum Evaluationsfragebogen relativ aufwändig. Die Kombination beider Evaluationsarten ergaben schlussendlich ein umfassendes Bild über die Zielerreichung des Projektes. Diese abschliessende Zielauswertung wurde durch die Projektleitung vorgenommen. Durch die messbar formulierten Projektziele war es möglich, den Projekterfolg zu bewerten. Alle gesetzten Ziele konnten bis zum Ende der Pilotphase termingerecht erreicht werden. Das Ziel d) *Interventionskonzept in Pilotphase durchführen* wurde als einziges Ziel lediglich teilweise erreicht. Dies hatte jedoch keine Auswirkung auf die Erreichung der anderen Ziele. Durch die sorgfältige Risikoanalyse mit vordefinierten Gegenmassnahmen, konnten die Auswirkungen eines nicht erreichten Ziels abgeschätzt werden. Gründe für die zufriedenstellende Zielerreichung sind das persönliche Engagement aller am Projekt beteiligter Personen. Auch die realistische Zielformulierung machte es möglich, erreichbare Ziele zu verfolgen.

Es ist festzuhalten, dass das Projekt «Spiel mit!» bis zum aktuellen Zwischenstand erfolgreich verlief. Für die Implementierungsphase ist es wichtig, die bereits angedachten Meilensteine mit einer messbaren Zielsetzung in Verbindung zu bringen.

4.2 Projektnutzen und -aufwand

Der Projektoutput sowie das -outcome wurden erfüllt. Die dazugehörigen Projektziele konnten in der Zeitspanne zwischen Januar und Juli 2021 grösstenteils erreicht werden. Als übergeordnetes Ergebnis ist festzuhalten, dass der Interventionsansatz erfahrungsbasiert angepasst und dadurch für die Durchführung am pluspunkt Zentrum praktikabel ist.

Davon profitiert zum einen das pluspunkt Zentrum. Der institutionellen Zielsetzung der Erweiterung des Therapieangebotes mit einem neuen, evidenzbasierten Ansatz konnte nachgekommen werden. Die bisher vorhandene Angebotslücke zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz konnte mit diesem Interventionskonzept zumindest teilweise geschlossen werden. Bereits wurden erste ärztliche Zuweisungen auf das Konzept aufmerksam und zeigen Interesse. Eine zusätzliche Klientenakquirierung konnte noch nicht festgestellt werden. Dafür ist es nötig, nach einer erfolgreichen Implementierungsphase gezielt mit dem erweiterten Therapieangebot zu werben.

Die Projektgruppenmitglieder ziehen ebenfalls einen Nutzen aus dem bisherigen Projektverlauf. Sie verfügen zwischenzeitlich über ein fundiertes Wissen im Bereich Spiel- und Sozialkompetenz. Zudem erreichten sie eine Kompetenzerweiterung in ihrem therapeutischen Vorgehen in der Förderung von Kindern mit ADHS mit dem Schwerpunkt Spiel- und Sozialkompetenz. Ihre methodische Sicherheit in der Durchführung des Ansatzes «play-based Intervention» wurde erhöht. Ihre Zufriedenheit in der Arbeit

mit Kindern, welche Schwierigkeiten in diesem Förderbereich aufweisen, wurde erreicht. Durch Teilnahme am Projekt gelang ihnen die Verknüpfung von Theorie und Praxis. Die Weiterbildungszeit können sie zudem an die obligatorische Weiterbildungspflicht anrechnen lassen.

Das Ergotherapie-Team wurde bis zum Abschluss der Pilotphase kaum in das Projekt miteinbezogen. Ihr persönlicher Nutzen der Kompetenzerweiterung wird nach Abschluss der Implementierungsphase erhoben. Voraussichtlich werden sie wie die Projektgruppenmitglieder eine Kompetenzerweiterung in ihrem therapeutischen Repertoire erreichen.

Den grössten Nutzen aus diesem Projekt haben die Klienten und ihre Bezugspersonen. Die Klienten sowie deren Freunde erlangten während der Interventionen eine höhere Kompetenz in ihrem Spiel- und Sozialverhalten. Inwiefern diese Fortschritte direkt auf die Interventionen zurückzuführen sind, konnte im Rahmen dieses Projektes nicht erhoben werden. Abgeleitet von den Studienergebnissen über den Ansatz «play-based Intervention» sind Fortschritte wahrscheinlich. Die Eltern der Klienten profitierten von einer professionellen Elternarbeit. Sie erhielten umfassende Informationen über die Spiel- und Sozialentwicklung ihres Kindes.

Gegenüber dem Projektnutzen steht der Projektaufwand. Der ursprünglich budgetierte Kostenaufwand konnte unterschritten werden, da die Projektplanung gestrafft wurde. Anstatt der kalkulierten 224 Arbeitsstunden der Projektgruppe wurden durch die Projektgruppe 106 Arbeitsstunden aufgewendet. Davon werden 48 Stunden im Rahmen der Ergotherapiektionen durch den Versicherer übernommen. Die zusätzlich aufgewendeten Arbeitsstunden, welche während der Pilotphase durch die Projektleitung anfielen, wurden dem pluspunkt Zentrum gegenüber nicht in Rechnung gestellt. In diesem Bereich besteht eine individuelle Vereinbarung zwischen dem pluspunkt Zentrum und der Projektleitung. Die Material- und Sachkosten wurden wie ursprünglich budgetiert verwendet. Im Verhältnis zum restlichen Kostenaufwand sind diese gering.

Abschliessend ist festzuhalten, dass der Projektaufwand in einem positiven Verhältnis zum Projektnutzen steht. Bei einer künftigen Implementierung dieses Ansatzes sind die bisherigen positiven Erfolge des Projektes nachhaltig. Eine Qualitätssteigerung kann nach Abschluss der Implementierungsphase erreicht werden.

4.3 Schlussfolgerungen

Mit dem Abschluss der Pilotphase steht das Interventionskonzept nun vor der Implementierungsphase ins gesamte Ergotherapie-Team des pluspunkt Zentrums. Diese Implementierungsphase ist ein entscheidender Teil im Projektmanagement. Für dessen Planung und Umsetzung muss zwingend genügend Zeit einkalkuliert werden. Es ist wichtig, die bisherigen Projektgruppenmitglieder eng in die Implementierung miteinzubinden. Sie unterstützen die Projektleitung, indem sie die Motivation für die Neuerung ins gesamte Ergotherapie-Team hineintragen. Zudem sind sie soweit geschult, dass sie die fachliche Begleitung übernehmen können.

Aus der Evaluation der Pilotphase ergeben sich zudem weiterführende Teilprojekte. Beispielsweise sollten die Informationsdokumente in andere Sprachen übersetzt werden. Im Sinne der Chancengleichheit ist der Interventionsansatz dadurch zumindest in den Grundzügen für fremdsprachige Klienten

zugänglich. In welche Sprachen eine Übersetzung der Dokumente sinnvoll ist, wird am Ende der Implementierungsphase evaluiert.

Des Weiteren ist ein Transfer des Interventionsansatzes angedacht. Nebst Kindern mit ADHS zeigen auch Kinder mit ASS oder anderweitigen Verhaltensstörungen Schwierigkeiten in der Spiel- und Sozialentwicklung. Es ist bereits bekannt, dass aktuell Interventionsstudien mit dem Ansatz «play-based Intervention» für Kinder mit ASS gemacht werden. In einem Folgeprojekt muss erörtert werden wie hoch die Evidenz gegenüber der Wirksamkeit und Praktikabilität des Interventionsansatzes mit Kindern mit anderen Diagnosen ist. Anschliessend kann der Interventionsansatz ebenfalls mit anderen Kindern umgesetzt werden. Im Arbeitsalltag wird es üblich sein, dass Therapiekonzepte nicht wie ursprünglich vorgesehen diagnosespezifisch, sondern problembasiert eingesetzt werden. Daher ist es zu prüfen, ob dieser Interventionsansatz auch bei Kindern mit anderweitigen Diagnosen wirkungsvoll ist.

Nebst dem Transfer soll auch eine Generalisierung des Ansatzes angestrebt werden. Die Psychomotoriktherapeuten des pluspunkt Zentrums sollen ebenfalls Zugang zum Interventionskonzept erhalten. In der Psychomotorik liegt der therapeutische Schwerpunkt unter anderem in der sozio-emotionalen Förderung der Kinder. In diesem Zusammenhang arbeiten die Psychomotoriktherapeuten oft mit Kindern, welche Schwierigkeiten in der Spiel- und Sozialkompetenz haben. Eine Implementierung des Interventionskonzeptes ins Team der Psychomotoriktherapeuten ist daher angezeigt. In welchem Rahmen der Interventionsansatz in der Psychomotorik anwendbar ist, muss in einem Folgeprojekt zusammen mit den Psychomotoriktherapeuten evaluiert werden. Gegebenenfalls müssten dafür Anpassungen am Interventionskonzept vorgenommen werden.

In der Weiterentwicklung des Interventionskonzeptes ist der wichtige Bereich der Elternarbeit entsprechend der Vorgaben aus den Studien zu erarbeiten. Da die Ressourcen in diesem Projekt bereits ausgeschöpft waren, konnte die Erarbeitung eines Manuals mit DVD für die Interventionen im häuslichen Setting nicht vorgenommen werden. Dies ist im Rahmen eines separaten Projektes durchzuführen. Es sollte erneut der Kontakt zu den Forschenden des Ansatzes «play-based Intervention» gesucht werden. Anschliessend kann nach den Angaben aus den Studien ein Manual mit DVD für die Umsetzung des elterngestützten Ansatzes am pluspunkt Zentrum erarbeitet werden. Gegebenenfalls könnte ein solches Projekt in einer Kooperation mit Ergotherapie-Studierenden geplant werden.

Was im Rahmen dieses Projektes nicht untersucht wurde, ist der direkte Zusammenhang zwischen den Veränderungen in der Spiel- und Sozialkompetenz und den durchgeführten Interventionen. Um dies zu untersuchen, müssten wissenschaftliche Studien durchgeführt werden können. Aktuell ist eine solche Forschungsarbeit im pluspunkt Zentrum nicht möglich.

Nebst der Anwendung des Interventionskonzeptes im pluspunkt Zentrum ist es denkbar, dass künftig auch andere Institutionen an diesem Interventionskonzept interessiert sind. Das Wissen über den Interventionsansatz kann anhand von Weiterbildungen am pluspunkt Zentrum weitergegeben werden. Eine strukturelle Anpassung des ursprünglichen Ansatzes auf andere Institutionen ist jedoch in jedem Einzelfall zu prüfen und durch die jeweilige Institution selbst vorzunehmen. Der angepasste Interventionsansatz ist spezifisch auf das pluspunkt Zentrum bezogen und kann nicht in andere Settings transferiert werden.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2017). *Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter»*. AWMF online – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf
- Barnes, G., Wilkes-Gillan, S., Bundy, A. & Cordier, R. (2017). The social play, social skills and parent-child relationships of children with ADHD 12 months following a RCT of a play-based intervention. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(6), 457-465. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12417>
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geissler, D., Düchting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., Menzel, M., Netzband, A., Reichel, K., Reissler, W., Schmidt, M., Seiferth, W., Thieme, H. & Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide – Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie. *Ergosience*, 2(2), 56-63. <https://doi.org/10.1055/s-2007-963004>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Patrick Kaplan, C., Squiers, L., Fabricio, C. & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility Studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Bundy, A. (2004). *Test of playfulness (Top)* (4. Aufl.). University of Sydney.
- Campbell, N., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., Guthrie, B., Lester, H., Wilson, P. & Kinmonth, A. L. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal*, 334(7591), 455–459. <https://doi.org/10.1136/bmj.39108.379965.BE>
- Cantrill, A., Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R. & Wilson, N. J. (2015). An eighteen-month follow-up of a pilot parent-delivered play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder and their playmates. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 197–207. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12203>
- Cordier, R., Bundy, A., Hocking, C. & Einfeld, S. (2009). A model for play-based intervention for children with ADHD. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(5), 332–340. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00796.x>
- Cordier, R., Bundy, A., Hocking, C. & Einfeld, S. (2010). Empathy in the play of children with ADHD. *OTJR: Occupation, Participation, and Health*, 30(3), 122-132. <https://doi.org/10.3928/15394492-20090518-02>
- Cordier, R. & Wilkes-Gillan, S. (2012). The Ultimate Guide to Making Friends: Oober discovers the world of play. (unveröffentlicht).
- Cordier, R., Munro, N., Wilkes-Gillan, S. & Docking, K. (2013). The pragmatic language abilities of children with ADHD following a play-based intervention involving peer-to-peer interactions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 416–428. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.713395>

- Cordier, R., Munro, N., Wilkes-Gillan, S., Speyer, R. & Pearce, W. M. (2014). Reliability and validity of the Pragmatics Observational Measure (POM): A new observational measure of pragmatic language for children. *Developmental Disabilities, 35*(7), 1588–1598. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.050>
- Cordier, R., Munro, N., Wilkes-Gillan, S., Ling, L., Docking, K. & Pearce, W. (2017). Evaluating the pragmatic language skills of children with ADHD and typically developing playmates following a pilot parent-delivered play-based intervention. *Australian Occupational Therapy Journal, 64*(1), 11-23. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12299>
- Cornell, H. R., Lin, T. T. & Anderson, J. A. (2018). A systematic review of play-based interventions for students with ADHD: implications for school-based occupational therapists. *Journal of Occupational Therapy, Schools & early Intervention, 11*(2), 192-211, <https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1432446>
- Docking, K., Munro, N., Cordier, R. & Ellis, P. (2013). Examining the language skills of children with ADHD following a play-based intervention. *Child Language Teaching & Therapy, 29*(3), 291-304. <https://doi.org/10.1177/0265659012469042>
- Gächter, H. (2019). *Projektmanagement konkret* (4. Aufl.). Hep Verlag AG.
- Henning, B., Cordier, R., Wilkes-Gillan, S. & Falkmer, T. (2016). A pilot play-based intervention to improve the social play interactions of children with autism spectrum disorder and their typically developing playmates. *Australian Occupational Therapy Journal, 63*(4), 223-232. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12285>
- Jenni, O. (2016). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. Warum nicht ADHS-Spektrum?. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 164*(4), 271–277. <https://doi.org/10.1007/s00112-015-0030-6>
- Jenny, B. (2009). *Projektmanagement – Das Wissen für eine erfolgreiche Karriere* (3. Auflage). Vdf Hochschulverlag AG.
- Kent, C., Cordier, R., Joosten, A., Wilkes-Gillan, S. & Bundy, A. (2020). Can We Play Together? A Closer Look at the Peers of a Peer-Mediated Intervention to Improve Play in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism Developmental Disorders, 50*(8), 2860-2873. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04387-6>
- Kent, C., Cordier, R., Joosten, A., Wilkes-Gillan, S. & Bundy, A. (2021). Can I Learn to Play? Randomized Control Trial to Assess Effectiveness of a Peer-Mediated Intervention to Improve Play in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism Developmental Disorders, 51*(8), 1823–1838. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04671-5>
- Largo, R. H. (2021). *Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung* (1. Aufl.). Piper.
- Law, M., Pollock, N., Stewart, D., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form - Quantitative Studies*. McMaster University – CanChild. <https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/368/original/quantformG.pdf?license=yes>
- Mikami, A. Y. (2010). The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*(2), 181–198. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0067-y>

- Nielsen, S. K., Kelsch, K. & Miller, K. (2017). Occupational therapy interventions for children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Occupational Therapy in Mental Health, 33*(1), 70–80. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2016.1211060>
- Pluspunkt Zentrum für Prävention, Therapie und Weiterbildung AG (2020). *Leitbild*. Pluspunkt Zentrum für Prävention, Therapie und Weiterbildung AG, Jona.
- Pluspunkt Zentrum für Prävention, Therapie und Weiterbildung AG (2021). *Statistik*. Pluspunkt Zentrum für Prävention, Therapie und Weiterbildung AG, Jona.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 434-443. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge und MAS Studiengänge Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft, Winterthur.
- Skard, G. & Bundy, A. C. (2011). *Test of Playfulness (ToP) - Test zur Spielfähigkeit* (1. Aufl.). Schulz-Kirchner.
- Stirman, A. W., Miller, C., Toder, K. & Calloway, A. (2013). Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. *Implementation Science, 8*(65), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-65>
- Stirman, A. W., Baumann, A. A. & Miller, C. J. (2019). The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. *Implementation Science, 14*(58), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0898-y>
- Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K. & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal, 58*(4), 231–240. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00928.x>
- Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R. & Lincoln, M. (2014a). Child outcomes of a pilot parent-delivered intervention for improving the social play skills of children with ADHD and their playmates. *Developmental Neurorehabilitation, 20*(5), 317-322. <https://doi.org/10.3109/17518423.2014.948639>
- Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., & Lincoln, M. (2014b). Eighteen-month follow-up of a play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian Occupational Therapy Journal, 61*(5), 299–307. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12124>
- Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R. & Lincoln, M. (2014c). Evaluation of a pilot parent-delivered play-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Occupational Therapy, 68*(6), 700-709. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.012450>
- Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., Lincoln, M. & Hancock, N. (2015). Parents' perspectives on the appropriateness of a parent-delivered intervention for improving the social play skills of children with ADHD. *British Journal of Occupational Therapy, 78*(10), 644-652. <https://doi.org/10.1177/0308022615573453>

- Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., Lincoln, M. & Chen, Y. W. (2016). A Randomised Controlled Trial of a Play-Based Intervention to Improve the Social Play Skills of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *PLoS ONE*, *11*(8), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160558>
- Wilkes-Gillan, S., Cantrill, A., Parsons, L., Smith, C. & Cordier, R. (2017a). The pragmatic language, communication skills, parent–child relationships, and symptoms of children with ADHD and their playmates 18-months after a parent-delivered play-based intervention. *Developmental Neurorehabilitation*, *20*(5), 317–322. <https://doi.org/10.1080/17518423.2016.1188861>
- Wilkes-Gillan, S., Cantrill, A., Cordier, R., Barnes, G., Hancock, N. & Bundy, A. (2017b). The use of video-modelling as a method for improving the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and their playmates. *British Journal of Occupational Therapy*, *80*(4), 196-207. <https://doi.org/10.1177%2F0308022617692819>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	13
Tabelle 2	26
Tabelle 3	53
Tabelle 4	56
Tabelle 5	58
Tabelle 6	59
Tabelle 7	60
Tabelle 8	60
Tabelle 9	61
Tabelle 10	62
Tabelle 11	65
Tabelle 12	65
Tabelle 13	66
Tabelle 14	67
Tabelle 15	69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	10
Abbildung 2	12
Abbildung 3	18
Abbildung 4	29
Abbildung 5	29

Glossar

Spiel

Im Interventionsansatz «play-based Intervention» wird der Begriff Spiel nach Bundy (2004) definiert: «(...) a transaction between the individual and the environment that is internally control, intrinsically motivated, free from unnecessary constraints of reality, and requires framing (i.e., giving and reading social cues)» (Bundy, 2004).

Im übersetzten Manual des ToP lautet die Definition:

«(...) Spielfähigkeit als Widerspiegelung des gemeinsamen Auftretens von intrinsischer Motivation, interner Steuerung, Freiheit zum Ausblenden der Realität und Rahmgebung (...)» (Skard und Bundy, 2011, S. 12).

Intrinsische Motivation

Intrinsische Motivation im Spiel bedeutet, dass sich die Personen ans Spiel machen, einfach weil sie es wollen und nicht aus einem anderen Grund. Der Prozess ist wichtiger als das Ergebnis. (Skard und Bundy, 2011).

Die intrinsische Motivation steigt, wenn das Spiel in einer sicheren Umwelt stattfinden kann, selbst gewählt ist und die Spieler die Handlungsausführung als erfolgreich empfinden. Der Antrieb für das Spiel hängt eher von der Aktivität selbst als von externen Faktoren ab. Die Person ist vom Spiel völlig absorbiert. (Cordier et al., 2009).

Interne Steuerung

Das Spiel wird in möglichst vielen Aspekten durch die Person selbst bestimmt. Die Spieler haben die Kontrolle über das Spiel indem sie entscheiden mit wem sie spielen, was sie spielen, wie und wann es beendet wird (Skard und Bundy, 2011).

Die persönliche Kontrolle über das Spiels wird erhöht, wenn Personen die Aktivität selbst initiieren. Dadurch können sie das Outcome der Aktivität besser kontrollieren, den Einsatz von Gegenständen persönlich entscheiden und ihren Fähigkeiten entsprechend einsetzen. (Cordier et al., 2009)

Ausblenden der Realität

Im Spiel wird durch die Person selbst entschieden, wie nahe an der objektiven Realität gehandelt wird. Im Spiel können Gegenstände, Personen oder die Zeit als eine andere bestimmt werden, als sie in der Wirklichkeit sind. (Skard und Bundy, 2011)

Die Freiheit die Realität auszublenden steigt, wenn die Person selbst wählen kann, wie nahe an der Realität das Spiel sein soll. Den Gegenständen werden nicht mehr die üblichen Eigenschaften zugesprochen und die Spielpartner können sein, wer sie sein möchten. (Cordier et al., 2009)

Rahmgebung

Das Spiel bietet den Rahmen soziale Fertigkeiten zu erlernen. Die Personen senden soziale Hinweise aus und müssen auf Hinweise anderer reagieren. Die Spieler haben ein Grundwissen über soziale Regeln und können einander darin unterstützen. (Cordier et al., 2009).

Zwischenmenschliche Empathie

Die zwischenmenschliche Empathie nennt Cordier et al. (2010) «interpersonal empathy».

Cordier et al. (2010) bezeichnen den Begriff Empathie als ein Konstrukt. Konkret umfasst die Empathie die Möglichkeit die emotionale Befindlichkeit anderer zu identifizieren und zu unterscheiden; die Perspektive oder Rollen anderer einzunehmen; auf geteilte affektive Rückmeldungen zu reagieren (Cordier et al., 2010).

Spiel- und Sozialkompetenz

Unter Spielkompetenz definieren Skard und Bundy (2011) verschiedene Fertigkeiten, die sie im ToP zusammengefasst haben. Den Begriff Playfulness übersetzten sie mit dem Wort Spielfähigkeit.


Die Items der Spielfähigkeit sind: engagiert sich, entscheidet, fühlt sich sicher, überwindet Hindernisse, modifiziert, neckt, reine Lust, tut so als ob, unkonventionelle oder kreative Weise, verhandelt, soziales Spiel, unterstützt, Gruppe, initiiert, albert, teilt, sendet, reagiert, positiver Affekt, interagiert, wechselt.

Unter Sozialkompetenz definiert Largo (2021) soziale Signale zuverlässig wahrzunehmen, richtig zu deuten und darauf zu definieren. Die soziale Kompetenz entwickle sich durch konkrete Erfahrungen, die das Kind im Umgang mit anderen Personen macht.

Nach Cordier et al. (2010) widerspiegeln sechs ToP-Items die sozialen Fertigkeiten: initiiert, verhandelt, teilt, unterstützt, soziales Spiel und reagiert.

Anhang

I. Einverständniserklärung zur Aufhebung der Anonymität



pluspunkt
Zentrum für Prävention,
Therapie und Weiterbildung AG


pluspunkt
Spinnereistrasse 40
8645 Jona
Telefon +41 (0)55 210 40 50
Fax +41 (0)55 210 40 51
office@pluspunkt-zentrum.ch
www.pluspunkt-zentrum.ch

Einverständniserklärung zur Aufhebung der Anonymität

Verwendung des Geschäftsnamens
Hiermit erteile ich als Geschäftsführer die Erlaubnis und gebe mein Einverständnis, dass Bettina Bachmann im Rahmen ihrer schriftlichen Masterarbeit sowie allen projektbezogenen Dokumenten die pluspunkt Zentrum für Prävention, Therapie und Weiterbildung AG namentlich nennen darf.

Jona, 28.04.2021


Mirel Abordeencei, Geschäftsführer



Verwendung des Personennamens
Hiermit erteile ich als Geschäftsführer, Mirel Abordeencei, die Erlaubnis und gebe mein Einverständnis, dass Bettina Bachmann im Rahmen ihrer schriftlichen Masterarbeit meine Person namentlich nennen darf.


Jona, 28.04.2021

Mirel Abordeencei, Geschäftsführer



Verwendung des Personennamens
Hiermit erteile ich als Co-Therapieleitung, Nadine Fischer, die Erlaubnis und gebe mein Einverständnis, dass Bettina Bachmann im Rahmen ihrer schriftlichen Masterarbeit meine Person namentlich nennen darf.

Jona, 28.04.2021



Nadine Fischer, Co-Therapieleitung

II. Projektstrukturplan

Tabelle 3

Projektstrukturplan

Quelle: Eigene Darstellung

	Hauptaufgabe	Arbeitspakete	Konkretisierung	Meilenstein	2020												2021					2022							
					Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	Mär.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	März					
Planungsphase	Projektantrag erstellen	Projektskizze	Informelles Gespräch mit Vorgesetztem (zukünftiger Auftraggeber) über Ideen zur Projektskizze																										
			Projektskizze erstellen																										
			Abgabe der Projektskizze an ZHAW		30.6																								
			Rückmeldung zur Projektskizze durch Mentorin □ ggf. Anpassungen																										
	Ist-Zustand erfassen		Fokusgruppeninterview planen																										
			Fokusgruppeninterview durchführen																										
			Fokusgruppeninterview auswerten																										
	Projektanalysen		SWOT-Analyse, Multiprojektlandschaft, allgemeine Risikoanalyse, Stakeholderanalyse																										
			Projektplan	Weiterbildung Projekt- und Qualitätsmanagement		8.6.	7.-9.7				1./7.10.	4.-6.11																	
				Projektplan im Rahmen des Projektantrages erstellen																									
				Besprechung mit Mentorin																									
				Abgabe des Projektplanes/ -antrages an die ZHAW										30.11															
				Gehnehmigung des Projektantrages seitens ZHAW											21.12														
				Offizielle Auftragserteilung durch den Arbeitgebenden (Unterzeichnung des Projektantrages, Bewilligung und Einverständniserklärung)	1. MS												KW 1												

	Hauptaufgabe	Arbeitspakete	Konkretisierung	Meilenstein	2020						2021						2022							
					Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	Mär.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	
Implementierungsphase	Projektimplementierung	Implementierung im Ergotherapie- team	Implementierungsplan zur Umsetzung des Ansatzes im gesamten Ergothera- pieteam erstellen																					
			Int. Weiterbildung vorbereiten																					
			Interne Weiterbildung für das ganze Er- gotherapieteam																					
		Marketing	Projektmarketing auf der Webseite der Praxis																					
	Interventions- anwendung	Fortlaufende Umsetzung des Interventi- onsansatzes																						
			Evaluation der Implementierungsphase	7.MS Ziel h																				
	Masterab- schluss	Masterarbeit	Rückmeldung zur Masterarbeit durch die ZHAW																					
			MAS-Präsenta- tion	Präsentationsvorbereitung und Entwurf- abgabe an die ZHAW																				
			Präsentation der Masterarbeit																					
	Projektende		Öffentliche Weiterbildung über den Inter- ventionsansatz (Institutionsziel)	8. MS																				10.03.

III. Multiprojektlandschaft

Tabelle 4

Multiprojektlandschaft

Quelle: Eigene Darstellung

	Spielbasierte Interventionen zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz	Umstrukturierung PC-Programm, Dokumentations- und Abrechnungssystem	Erarbeitung eines Qualitätsmanagements	Tiergestützte Therapie	Väter-Söhne-Projekt	Div. Einzelprojekte von einzelnen Therapeuten im Rahmen von Weiterbildungen	Aktivsumme (AS)	Aktivitäts-Index entspricht: $Q=AS/PS \times 100$
Spielbasierte Interventionen zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz		0	0	1	0	1	2	50
Umstrukturierung PC-Programm, Dokumentations- und Abrechnungssystem	2		1	0	0	1	3	0
Erarbeitung eines Qualitätsmanagements	1	0		1	1	1	4	75
Tiergestützte Therapie	0	0	1		0	0	1	50
Väter-Söhne-Projekt	0	0	1	0		0	1	100
Diverse Einzelprojekte von Therapeuten im Rahmen von Weiterbildungen	1	0	0	0	0		1	33

Passivsumme (PS)	4	0	3	2	1	3
Interaktionsindex entspricht: P = AS x PS	8	0	9	2	1	3

Erläuterungen

AS: Aktivsumme: hohe Aktivsumme = hoher Einflussfaktor auf das Projekt

PS: Passivsumme: hohe Passivsumme = sensibel auf Systemveränderungen

Bewertung

0= keine Einwirkung

1= schwache Einwirkung

2 = mittlere Einwirkung

3 = starke Einwirkung

Berechnung

Produkt (P) = ASxPS

Quotient (Q) = AS / PS x 100

IV. Stakeholderanalyse

Tabelle 5

Stakeholderanalyse

Quelle: Eigene Darstellung

Nr.	Anspruchsgruppe	Interesse (1-10)	Einfluss (1-10)	Beeinflussungsart	Grösse der Einflussgruppe	Chancen (+) / Gefahr (-) für das Projekt	Gegenmassnahmen	Status
S1	Auftraggeber	8	8	<ul style="list-style-type: none"> Sprechung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen 	Eine Person	+/- Beeinflusst die Projektdimension. - Projektabbruch vor Implementierung kann beschlossen werden.	<ul style="list-style-type: none"> Miteinbezug ins Projekt ab Projektplanung Projektbewilligung schriftlich einholen. 	
S2	Ergotherapeuten Projektgruppe	8	8	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung des Therapieansatzes Implementierung ins Therapieteam 	Einzelne Therapeutin hat Einfluss auf eine Interventionsgruppe. Gesamte Projektgruppe hat Einfluss auf die Implementierung	+/- Entscheidend für Erfolg / Misserfolg der Projektdurchführung - Einzelne Therapeutin fällt aufgrund von Krankheit / Schwangerschaft / Kündigung unvorhergesehen aus. +/- Implementierung ins Team wird persönlich durch die Therapeuten der Projektgruppe beeinflusst.	<ul style="list-style-type: none"> Fundierte Einführung in das Therapiekonzept Miteinbezug und Verantwortung für das Projekt von Beginn an. Projektgruppengrösse von 4 Ergotherapeutinnen, damit mindestens 1-2 Ergotherapeutinnen das Projekt weiterführen können. 	
S3	Ergotherapeutenteam des pluspunkt Zentrums	6	8	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung des Therapieansatzes Implementierung / Nutzung im Arbeitsalltag. 	16 Personen als Team an verschiedenen Standorten	+/- Entscheidend für Erfolg / Misserfolg der Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> Fundierte Einführung in das Therapiekonzept Miteinbezug und Verantwortung durch die Evaluation der Implementierungsphase. 	
S4	Klienten	8	3	<ul style="list-style-type: none"> Motivation für die Therapieaktivitäten 	Einzelperson pro Interventionsgruppe	+/- Nötige Anpassungen werden dadurch erkannt und evaluiert. + Anhand des Lernerfolges des Kindes wird der Nutzen des Ansatzes erkannt.	<ul style="list-style-type: none"> Vorinformation über die bevorstehenden Therapieeinheiten den Kindern erklären. Positive Bestätigung 	
S5	Eltern des Klienten	8	6	<ul style="list-style-type: none"> Mitarbeit in der Organisation der Termine Transfer der Lerninhalte auf den Alltag 	Ein Elternpaar pro Interventionsgruppe	+/- Ermöglichen den Kindern die un-/zuverlässige Teilnahme an der Therapie. + Helfen dem Kind die Lerninhalte aus den Therapien in den Alltag zu transferieren.	<ul style="list-style-type: none"> Zielsetzungsgespräch mit den Eltern, um Erwartungen und Möglichkeiten zu besprechen. Projektteilnahmeinformationen unterzeichnen lassen. 	
S6	Freunde der Klienten	3	8	<ul style="list-style-type: none"> Motivation für die Therapieaktivitäten 	Einzelperson pro Interventionsgruppe	+/- Nötige Anpassungen werden dadurch erkannt und evaluiert. +/- Anhand des Lernerfolges des Kindes wird der Nutzen des Ansatzes erkannt.	<ul style="list-style-type: none"> Vorinformation über die bevorstehenden Therapieeinheiten den Kindern erklären. Positive Bestätigung 	

S7 Eltern des Freundes	1	8	<ul style="list-style-type: none"> Mitarbeit in der Organisation der Termine Transfer der Lerninhalte auf den Alltag 	Ein Elternpaar pro Intervention	+/- Ermöglichen den Kindern die un-/zuverlässige Teilnahme an der Therapie.	<ul style="list-style-type: none"> Vorgängiges Gespräch mit den Eltern des Freundes: Erwartungen und Zielsetzungen sowie Chancen für das eigene Kind aufzeigen. Projektteilnahmeinformationen unterzeichnen lassen. 	
S8 Hauptzuweiser	3	3	<ul style="list-style-type: none"> Überweisen von Kindern mit Auffälligkeiten in der Spiel- und Sozialkompetenz in die Ergotherapie 	Ein Kinderarzt/-ärztin pro Kind	+ Empfehlung von Ergotherapie an die Eltern. + Erhöhte Auftragslage	<ul style="list-style-type: none"> Vorinformation über geplantes Projekt anhand eines Infoschreibens Direktes Gespräch über den neuen Therapieansatz während Ärztebesprechungen. 	
S9 Lehr-/ Fachpersonen	5	7	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung in der Organisation von befreundetem Kind und Therapiezeiten Transfer der Lerninhalte in den Alltag 	Eine Lehrperson pro Klient	+ Unterstützt die Therapeutin bei der Empfehlung der Therapiemassnahme an die Eltern des Klienten und des Freundes. +/- Beeinflusst die terminliche Organisation der Therapieeinheiten. + Unterstützt den Transfer	<ul style="list-style-type: none"> Vorinformation über geplantes Projekt anhand eines Infoschreibens Direktes Gespräch über den neuen Therapieansatz während Elterngesprächen. 	

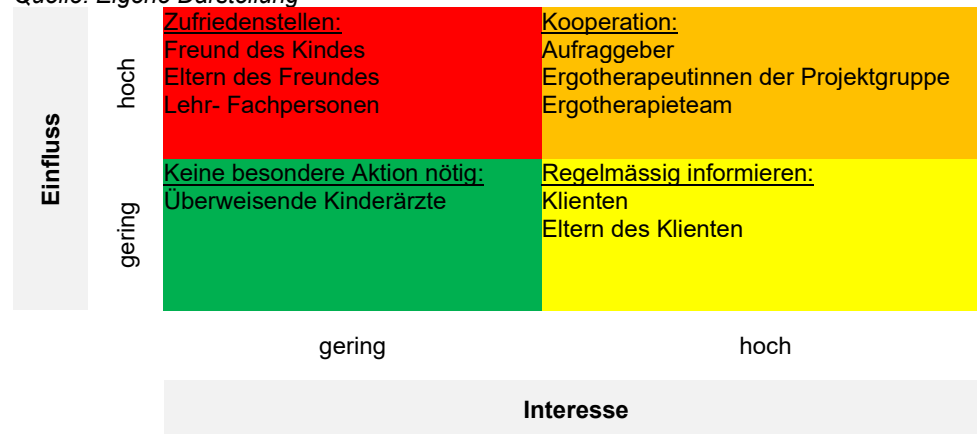
Legende:

Bewertung von Interesse und Einfluss: 1= minimal; 10=maximal

Tabelle 6

Analyse des Projektumfeldes

Quelle: Eigene Darstellung



V. SWOT-Analyse

Tabelle 7

SWOT-Analyse des Projektes «Spiel mit!»

Quelle: Eigene Darstellung

Chancen bei der Durchführung des Projektes	Risiken bei der Durchführung des Projektes
<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung des Interventionsspektrums / Therapieangebotes durch evidenzbasierten Therapieansatz • Qualität der Therapie wird verbessert. • Therapieansatz hat Potential noch weiter ausgebaut und angeboten zu werden. → neue Klienten können angeworben werden. • Kompetenzerweiterung von Mitarbeitern → Wissenszuwachs, Verknüpfung von Theorie und Praxis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatorische Risiken bei der Planung der Interventionsdurchführung können sein: zeitliche Begrenzung, keinen Freund finden, mangelndes Elternengagement. • Interventionsansatz kann aufgrund zeitlicher und organisatorischer Strukturen nicht implementiert werden. • Personalkapazität für andere Projekte wird verkleinert.
Stärken des Projektes im Allgemeinen	Schwächen des Projektes im Allgemeinen
<ul style="list-style-type: none"> • Neuer, evidenzbasierter Therapieansatz wird erarbeitet für einen Förderbereich, für den bislang wenig Therapieangebote bekannt waren. • Grundfertigkeiten der Ergotherapeuten werden ressourcenorientiert genutzt, um den Ansatz Anzuwenden (bspw. lösungsorientiertes Arbeiten, flexible und individuelle Herangehensweise) • Individuell an die Praxis angepasster Therapieansatz entsteht • Weiterbildungsangebot kann angerechnet werden. • Gezielten Förderung → Verbesserung der Spielfähigkeit der Kinder • Durch Elternarbeit erlangen Eltern einen Wissenszuwachs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenig Vorwissen über ergotherapeutische Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz vorhanden. • Methodische Sicherheit in der Durchführung des Interventionsansatzes gering. • Fehlende therapeutische Materialien zur korrekten Durchführung des Interventionsansatzes. • Grosser Zeitaufwand für Ergotherapeuten, die im Projekt mitarbeiten werden. • Hoher Kostenaufwand für den Betrieb

Tabelle 8

SWOT-Analyse des Interventionsansatzes «play-based Intervention»

Quelle: Eigene Darstellung

Chancen bei der Anwendung dieses Ansatzes	Risiken bei der Anwendung dieses Ansatzes
<ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung zu bisherigen Interventionsmethoden wie Social Stories, freies Spiel • Förderbereich der Spiel- und Sozialkompetenzen wird abgedeckt. • Verbesserung der Spielkompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder Beginnen einen Machtkampf gegeneinander zu führen oder vergleichen sich stark. • Kinder tolerieren starke Selbstreflexion nicht; bewerten sich zu stark negativ → Minderung des Selbstwertes
Stärken des Ansatzes im Allgemeinen	Schwächen des Ansatzes im Allgemeinen
<ul style="list-style-type: none"> • Ansatz wird als natürlich, realer, einfacher wahrgenommen als bisherige Interventionen zur Förderung der Sozialkompetenz. • Transfer der erlernten Kompetenzen auf den Alltag durch Bezugspersonen wie Freund, Eltern, Lehrpersonen. • Spielpartner: befreundetes Kind aus dem Alltag anstelle einer erwachsenen Bezugsperson. • Miteinbezug der Eltern ist im Therapieansatz beinhaltet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionsdurchführung ist situationsabhängig. • Interventionsdurchführung ist therapeutenabhängig. • Therapeutisches Verzerrten der Spielsituation beim Video-Feedback • Therapeuten wünschen sich, dass ein Ansatz Umfeldedukation von beispielsweise Lehrpersonen beinhaltet. Dies ist im Ansatz nicht vorgesehen. • Die Verknüpfung und Zusammenarbeit dieses Ansatzes mit anderen Ansätzen und Systemen ist nicht vorgesehen. • Zeitaufwändiger Therapieansatz

VI. Allgemeine Risikoanalyse

Tabelle 9

Risikoanalyse

Quelle: Eigene Darstellung

Risiko	WS	TW	RW	Massnahme
Corona-Pandemie lässt Therapien in Kleingruppen (2 Kinder) nicht zu (Krankheit, Quarantäne, Logdown).	2	4	8	<ul style="list-style-type: none"> Logdown: Projekt pausieren und zu einem Zeitpunkt durchführen, wenn Gruppentherapien wieder möglich sind. Krankheit / Quarantäne: Einzelne Therapiestunden fallen aus. Nebst den 6 wöchentlich eingeplanten Interventionsdaten werden mehrere Reservedaten (bis zu den Sommerferien 2020) eingeplant.
Die Klienten haben kein befreundetes Kind, welches die Therapie begleiten wird.	2	4	8	<ul style="list-style-type: none"> Organisation des befreundeten Kindes mit den Eltern besprechen, gegebenenfalls die Lehrperson miteinbeziehen. Ein Geschwister an der Therapie teilnehmen lassen Das Kind kann nicht an der aktuellen Durchführung dieses Projektes teilnehmen. Eine Therapie mit diesem Konzept auf ein späteres Datum verlegen oder eine alternative Förderidee anbieten.
Die zeitliche und räumliche Organisation der Therapien lässt sich nicht umsetzen. Die Interventionen können nicht an die Bedingungen in der Praxis angepasst werden (bspw. Video-Feedback, Elterncoaching)	1	4	4	<ul style="list-style-type: none"> Einen zusätzlichen Therapieraum reservieren. Die Therapiestunden der Kinder auf den schulfreien Mittwochnachmittag verlegen. Im Gespräch mit den Lehrpersonen nach möglichen Therapiezeiten während der Schulzeit suchen. Prioritäten auf die Durchführung der Therapien im direkten Kontakt mit dem Kind setzen: Relevante Kernpunkte des Konzeptes bestimmen und diese konsequent verfolgen. Weniger relevante Massnahmen des Konzeptes weglassen. Nicht umsetzbare Anpassungen evaluieren und für eine Implementierung im Team anpassen.
Motivationsverlust der Projektgruppe	1	3	3	<ul style="list-style-type: none"> Von Beginn an ins Projekt miteinbeziehen. Projektgruppe in einzelne Entscheidungen miteinbeziehen (bspw. Name des Interventionskonzeptes kreieren) Selbständiges Arbeiten ermöglichen.
Einzelne Therapeuten der Projektgruppe fallen während der Projektdurchführung aus.	2	2	4	<ul style="list-style-type: none"> Genügend Therapeuten in die Projektgruppe miteinschliessen, so dass das Projekt schlussendlich von mindestens 2 Therapeuten durchgeführt werden kann. Während des laufenden Projektes eine zusätzliche Ergotherapeutin in die Projektgruppe aufnehmen.
Therapeuten der Projektgruppe fallen vor der Implementierung aus.	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> Genügend Therapeuten in die Projektgruppe miteinschliessen, so dass nach Projektabschluss nebst der Projektleitung mindestens 2 Therapeuten das Team bei der Implementierung unterstützen können.
Ausfall der Projektleitung	1	2	2	<ul style="list-style-type: none"> Interventionskonzept wird schriftlich so aufbereitet, dass die Projektgruppe eigenständig arbeiten kann. Implementierung des Ansatzes wird durch Co-Therapieleitung übernommen.
Interessenskonflikt der Projektleitung durch Rollenüberschneidungen	2	2	2	<ul style="list-style-type: none"> Enge Absprache mit Steuergruppe. Rollen vorgängig klar definieren (inkl. Kompetenzen und Funktion)
Der Zeitplan des Projektes kann nicht eingehalten werden.	2	2	6	<ul style="list-style-type: none"> Das Projektende wird um ein Quartal nach hinten verschoben. Prioritäten in der Projektausführung setzen und einzelne Aufgaben delegieren.
Die Schulung der Projektgruppe erfolgt unzureichend	1	3	3	<ul style="list-style-type: none"> Zusätzliche Zeit für die Schulung der Therapeutinnen einplanen (bspw. Während einer Teamsitzung). Schulung anhand einer öffentlichen, tätigen Weiterbildung anbieten.

Erläuterung:

WS = Wahrscheinlichkeit

TW = Tragweite

RW = Risikowert

Berechnung:

WS: 0 = trifft sicher nicht ein, 4 = trifft sicher ein

TW: 0 = keinen Einfluss, 4 = kann das Projekt zum Scheitern bringen

RW = WS x TW

Tabelle 10

Risikowahrscheinlichkeit

Quelle: Eigene Darstellung

Schadensmass	4	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitliche und räumliche Organisation der Therapien lässt sich nicht umsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Corona-Pandemie • Kein befreundetes Kind 			
	3	<ul style="list-style-type: none"> • Motivationsverlust der Projektgruppe • Die Schulung der Projektgruppe erfolgt unzureichend 				
	2	<ul style="list-style-type: none"> • Ausfall der Projektleitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeuten der Projektgruppe fallen während aus • Interessenskonflikt der Projektleitung • Der Zeitplan kann nicht eingehalten werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelne Therapeuten der Projektgruppe fallen (vor der Implementierungshase ins Team) aus. 		
	1					
	0					
		0	1	2	3	4
Eintretenswahrscheinlichkeit						

Erläuterung:

Rot: Risiken bearbeiten

Orange: Risiken evt. bearbeiten

Gelb: Risiken vernachlässigen

VII. Evaluationsfragebogen

Evaluationsfragen zum Projektstart und nach Ende der Pilotphase für Projektgruppenmitglieder:

Bitte beantworte die untenstehenden Fragen nach deinem subjektiven Empfinden. Setze dafür bei jeder Frage das Kreuz in das dafür vorgesehene Kästchen, welches am ehesten deiner Antwort entspricht.

Wie schätzt du zum jetzigen Zeitpunkt dein Wissen über die Spiel- und Sozialkompetenz von Kindern ein?

Wenig Wissen	1	2	3	4	Viel Wissen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie schätzt du zum jetzigen Zeitpunkt deine methodische Sicherheit bei der Umsetzung des Interventionskonzeptes zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz ein?

Geringe methodische Sicherheit	1	2	3	4	Hohe methodische Sicherheit
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ist eine selbständige Umsetzung des Interventionskonzeptes zum jetzigen Zeitpunkt möglich?

- Ja
- Nein

Ergänzende Fragen nach Projektende an die Projektgruppenmitglieder:

Wirst du das Interventionskonzept zu einem späteren Zeitpunkt mit einem anderen Kind erneut durchführen?

- Ja
 Nein

Wie gross ist deine Motivation das Interventionskonzept zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz bei klarer Indikation in deinem Therapiealltag anzuwenden?

Keine Motivation	1	2	3	4	Hohe Motivation
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie Zufrieden bist du mit der Durchführbarkeit des Interventionskonzeptes?

Sehr unzufrieden	1	2	3	4	Sehr zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sind weitere Anpassungen für die Durchführbarkeit des Interventionskonzeptes am plupsunkt Zentrum nötig?

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche Punkte würdest du anpassen? Falls Lösungsideen vorhanden sind, dann bitte zusätzlich notieren.

VIII. Literatursuche

Tabelle 11

Suchbegriffe nach PICO

Quelle: Eigene Darstellung

	Deutsch	Englisch
Population	Kinder	Child Child* Children
	ADHS	ADHD Attention deficit hyperactivity disorder
	ASS	ASS Autism Autism Spectrum Disorder
Intervention	Intervention	Intervention Intervention* Interventions
	Spielbasierte Therapie	Play-based Play based
	Ergotherapie	Occupational Therapy
Comparison / Control	-	-
Outcome	Spielkompetenz	Play Social play
	Sozialkompetenz	Social skills Social competence Social problems
	Wirksamkeit	Efficacy Efficac*
	Praktikabilität	Practicability Practical Practica*
	Durchführbarkeit	Feasability
	Evidenz	Evidence

PICO = Population, Intervention, Comparison oder Control = Vergleichsintervention, Outcome

Tabelle 12

Suchkombinationen

Quelle: Eigene Darstellung

Datenbank	Suchkombination	Treffer	
AMED	play-based» AND Intervention	17	
	play-based Intervention»	11	
	Social competence AND play	10	
	Social Skills AND play»	32	
	Play-based Intervention AND Pracicability	0	
	play-based Intervention AND Efficacy	1	
	play-based Intervention AND Evidence	2	
	play-based Intervention AND» Child»	11	
	CINAHL	Play-based AND Intervention AND ADHD	17
		Play-based AND Intervention AND Autism	28
Play-based Intervention AND Feasiability		11	
Play-based Intervention AND Efficacy		8	
Play-based Intervention AND Evidence		11	
Play-based Intervention» AND «Pracicability		0	
OT-Seeker	play-based Intervention AND child	28	
Google Scholar	Play-based Intervention	68	
	Autor: Cordier Zeitbegrenzung: 2020		
Schneeballsystem	-	5	

IX. Studienbewertungen

AICA-Analyse

Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K. & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 231–240. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00928.x>

Tabelle 13

Zusammenfassung der Studie

Quelle: Eigene Darstellung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problemstellung:</u> Der Zusammenhang zwischen ADHS und sozialen Dysfunktionen wurde beschrieben. Es sind kaum erfolgreiche medizinische oder psychologische Massnahmen zur Förderung von Spiel- und Sozialkompetenz bekannt. Die Auswirkungen von fehlender Empathie auf die kindliche Entwicklung bei Kindern mit ADHS wird beschrieben. Insbesondere das kindliche Spiel werde durch fehlende Empathie beeinflusst. Das Spiel sei eine wichtige kindliche Betätigung in einem natürlichen Kontext, um komplexe soziales Verhalten und Kompetenzen zu erlernen.</p> <p><u>Bezugsrahmen:</u> Als Grundmodell wurde ein eigens von den Forschern entwickeltes Modell über Interventionen zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz bei Kindern mit ADHS genutzt.</p> <p><u>Forschungsfrage / Ziel:</u> Überprüfung der Effektivität einer neuen Intervention zur Förderung der Spiel- und Sozialkompetenz bei Kindern mit ADHS und deren Spielkameraden im natürlichen Kontext des Spieles.</p>	<p><u>Design:</u> Quantitative Pilot-Studie</p> <p><u>Stichprobe:</u> Zwei Gruppen mit je 15 Kindern im Alter zwischen 5 bis 11 Jahren, englischsprechend. Gruppe 1: Kinder mit ADHS; Gruppe 2: neurotypisch entwickelte Kinder. Ein Elternteil der Kinder mit ADHS wurden auch in die Studie miteinbezogen.</p> <p>Drop-out: 1 Zweiergruppe. Rekrutierung: Die Teilnehmenden wurden durch Pädiater, Primarschulen und durch Werbung rekrutiert. Klare Ein- und Ausschlusskriterien für die Kinder mit ADHS werden beschrieben. Die Gruppe der neurotypisch entwickelten Kindern besteht aus den privaten Spielkameraden oder einzelnen Geschwistern der Kinder mit ADHS und sind in einem jeweils ähnlichen Alter (durchschnittlicher Altersunterschied: 0,3 Jahre)</p> <p><u>Datenerhebung und Messverfahren:</u> Test of Payfulness (ToP): hauptsächliches Messinstrument innerhalb der Studie. Misst das kindliche Spiel. Ist ein Beobachtungsinstrument. Conners' Parent Rating Scales-3 (CPRS-3): Erfasst das Vorhandensein von typischen ADHS Symptomen nach Aussagen der Eltern. Der CPRS-3 ist ein Screening Fragebogen und wurde zum Ein-/Ausschluss der Studienteilnehmer verwendet. Child Behaviour Checklist (CBCL): Misst die Häufigkeit und Intensität der Verhaltensprobleme der Kinder. Der CBCL ist ein standardisierter Elternfragebogen und wurde zum Ein-/Ausschluss der Studienteilnehmer verwendet. Häufigkeit der Datenerhebung: CPRS-3 und CBCL wurden einmal zu Beginn der Studie verwendet. Der ToP wurde bei der pre- und post-Testung verwendet. Der Ablauf der Intervention wurde exakt beschrieben und tabellarisch in einem zeitlichen Verlauf dargestellt.</p>	<p>Hypothese 1 bestätigt: Bei Kindern mit ADHS verbesserte sich der Gesamtwert des ToP von der pre- zur post-Testung signifikant. ($p < 0,01$)</p> <p>Hypothese 2 bestätigt: Bei den neurotypisch entwickelten Freunden der Kinder mit ADHS verbesserte sich der Gesamtwert des ToP von der pre- zur post-Testung signifikant. ($p < 0,01$)</p> <p>Hypothese 3 teilweise bestätigt: Kinder mit ADHS haben sich in 4 von 7 der ToP-Items über die zwischenmenschliche Empathie signifikant verbessert.</p> <p>Weitere Daten zu den einzelnen Items des ToP wurden detailliert, tabellarisch aufgeführt.</p> <p>Die erhaltenen Resultate sind unabhängig von den Eigenschaften der Teilnehmer.</p>	<p><u>Diskussion / Schlussfolgerung</u></p> <p>Die Forschungshypothesen wurden aufgrund der erfassten Resultate beantwortet. Das Ziel der Studie (Überprüfung des Ansatzes) wurde erreicht.</p> <p>Durch das Video-Feedback sei es den Kindern mit ADHS besser möglich gewesen ihr Verhalten zu reflektieren und entwickelten einen Perspektivenwechsel sowie Problemlösestrategien.</p> <p>Der Einbezug von bekannten Spielgefährten im Spielkontext war ein neuer, motivierender und effektiver Ansatz, um die sozialen Fertigkeiten zu entwickeln. Das Therapist-Modelling war wichtig, um qualitativ gute soziale Interaktionen zu ermöglichen (Prosoziales Verhalten).</p> <p>Der Einbezug der Eltern war wichtig für die Generalisierung der neu erlernten Fertigkeiten zuhause und in anderen sozialen Kontexten.</p> <p>Das soziale Spiel der beiden Spielpartner wurde insgesamt gefördert. Sie kennen die Bedürfnisse des jeweils anderen besser und entwickeln eine positive, didaktische Freundschaft.</p> <p>Des Weiteren wurden diverse einzelne Items des ToP, welche nicht direkt zur Beantwortung der Hypothesen nötig sind, diskutiert.</p>

<p><u>Hypothesen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Signifikante Verbesserung des Gesamtwertes des ToP zwischen der pre- und post-testung bei Kindern mit ADHS. 2. Signifikante Verbesserung des Gesamtwertes des ToP zwischen der pre- und post-testung bei den Freunden der Kindern mit ADHS 3. Signifikante Verbesserung des ToP Scores bei Items, welche die zwischenmenschliche Empathie messen. 	<p><u>Datenanalyse:</u> Die ToP-Werte wurden für jeden Teilnehmer anhand der bereits vorhandenen Normwerte für Kinder mit ADHS errechnet. Die Messwerte der Gruppe wurde in der Statistiksoftware SPSS erfasst. Zum Vergleich der Gruppen-Daten wurde ein t-test gemacht. Das Signifikanz-Level wurde bei $P < 0.05$ gesetzt. Eine nicht-parametrische Einzelfall Kolmogorov-Smirnow Testung wurde verwendet, um die Daten mit der Nullhypothese zu vergleichen. Ein goodness-of-fit Test wurde verwendet um zu erkennen, ob die Beobachtungen bei der Datenerhebung angemessen waren. Die Cohen-d-Berechnung berechnete die Effektgrösse. Eine Differentialanalyse wurde gemacht, um die beiden Gruppen zu vergleichen.</p> <p><u>Ethik:</u> Die Genehmigung der Ethikkommission wurde eingeholt</p>	<p><u>Anwendung in der Praxis:</u> Einige Kinder hätten von mehr als 7 Interventionssitzungen profitieren können. Weitere Studien sind notwendig.</p> <p><u>Limitationen:</u> Eine randomisierte Studie war nicht möglich. Eine Generalisierung der Resultate ist limitiert. Die Fachperson war nicht verblindet über den Grund der Studie oder die Interventionsphase.</p>
--	---	---

Tabelle 14

Würdigung der Studie

Quelle: Eigene Darstellung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Relevanz:</u> Die Studie beinhaltet Resultate, die zur Beantwortung der literaturbezogenen Fragestellung des Projektes benötigt werden (Evidenz über die Wirksamkeit).</p> <p><u>Problemstellung:</u> Das Thema wurde logisch abgeleitet und die Zusammenhänge klar dargestellt. Es baut viel auf den Forschungen eines einzelnen Forschers und seinem Team auf. Es wurde wenig andere Literatur miteinbezogen.</p> <p><u>Forschungsfrage:</u> Es wurde keine klare Forschungsfrage formuliert. Ein Ziel sowie drei exakte Hypothesen wurden aufgeführt.</p>	<p><u>Stichprobe:</u> Die Stichprobe ist im alltäglichen therapeutischen Prozess durch Fachpersonen rekrutiert worden. Sie repräsentiert eine typische Gruppe von Kindern mit ADHS und stimmt mit dem Studienziel überein. Die Stichprobe ist klein. Es gibt keine direkte Vergleichsgruppe. Es wurde keine alternative Intervention durchgeführt. Der eine Drop-out wurde beschrieben und beeinflusst die Ergebnisse kaum.</p> <p><u>Datenerhebung / Messinstrument:</u> Der ToP misst exakt die Fertigkeiten, auf die in der Fragestellung abgezielt wurden. Inter-Rater Reliability und Validität sind gemäss der Studie sehr gut. Damit es bei der pre- und post-Testmessung mit dem ToP nicht zu Verzerrungen kam, wurden die Videoaufnahmen durch eine einzelne nicht-verblindete Fachperson ausgewertet. Diese Fachperson war kalibriert. CPRS-3 sehr gute Reliabilität und gute Validität; CBCL: ist geprüft auf Reliabilität und Validität. Alle erfassten Daten wurden tabellarisch in der Studie dargestellt. Die Daten des Drop-outs sind nicht ersichtlich. Die Wahl der Testinstrumente wurde jeweils mit Zweck und Messinhalt begründet.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Die Verfahren der Datenanalyse sind prägnant beschrieben. Die statistischen Verfahren sind passend zur Datenerfassung gewählt. Die Datenniveaus wurden nicht genannt. Ein Signifikanzwert wurde festgelegt, jedoch nicht begründet. Die Resultate erlauben eine Beurteilung.</p>	<p>Die Bestätigungen der Hypothesen wurden im Fliesstext unter jeweiliger Angabe der Signifikanz und des t-Wertes beschrieben. Alle erfassten Werte der jeweiligen ToP-Items wurden zusätzlich in tabellarischer Form für beide Studiengruppen differenziert dargestellt. Die Tabelle ist vollständig mit Legende abgebildet und ergänzt den Fliesstext.</p>	<p><u>Diskussion:</u> Alle wichtigen Resultate zu den Kernthemen des Ansatzes und zu den Hypothesen wurden diskutiert und mit zusätzlicher Literatur verglichen. Die Hypothesen, Resultate und die Schlussfolgerungen der Forscher sind kongruent und nachvollziehbar.</p> <p><u>Schlussfolgerungen für die Praxis:</u> Die Studie selbst nennt kaum konkrete Schlussfolgerungen für die Praxis. Die Studie ist jedoch sinnvoll und das beschriebene Interventionsvorgehen ist grundsätzlich in der ergotherapeutischen Praxis umsetzbar.</p> <p><u>Limitationen:</u> Die Studie nennt ihre Limitationen und welche Bereiche in Zukunft differenzierter erforscht werden müssen. Weitere Studien sind nötig, um differenzierte Ergebnisse zu Generalisierung, Elterneinbezug, Anzahl der Interventionen, etc. zu erhalten.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität: Die Ergebnisse wurden von derselben Forschergruppe untersucht, die auch das Grundmodell und den Interventionsansatz entwickelt haben. Die Messinstrumente wurden alle auf ihre Reliabilität und Validität hin überprüft und als dabei als gut bewertet. Die Testauswertung wurde durch nicht-verblindete Forscher vorgenommen.

Reliabilität, Zuverlässigkeit: die Studie wäre in exakt derselben Struktur wieder durchführbar. Der Studienablauf sowie die Datenanalyse wurden detailliert beschrieben. Bei einer erneuten Durchführung würden die neuen Resultate denen dieser Studienergebnissen entsprechen.

Validität, Gültigkeit: Das Forschungsdesign war dieser Pilotstudie angemessen. Bietet allerdings kaum eine Grundlage, um die Ergebnisse zu Generalisieren.

Fazit: Die Studie von Wilkes et al. (2011) erfüllt die wichtigsten Qualitätsmerkmale. Da es sich um die erste Pilotstudie zur Erforschung des Ansatzes «play-based Intervention» handelt, ist ihre Aussagekraft klein. Eine Evidenz des Interventionsansatzes kann daraus nicht abgeleitet werden.

Studienanalyse nach Law et al. (1998)

Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., Lincoln, M. & Chen, Y. W. (2016). A Randomised Controlled Trial of a Play-Based Intervention to Improve the Social Play Skills of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *PLoS ONE*, 11(8), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160558>

Tabelle 15

Studienanalyse

Quelle: eigene Darstellung

	Comments
STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>Purpose of the study. How does the study apply to the research question?</i> Forschungshypothesen: 1. Die Veränderung der allgemeinen Spielfertigkeiten von Kindern mit ADHS in der 'intervention-first' Gruppe während ihrer Interventionsphase wird signifikant grösser sein als die Veränderung der allgemeinen Spielfertigkeiten von Kindern mit ADHS in der 'control-first' Gruppe während ihrer Kontrollphase (10 Wochen Wartezeit). 2. Die allgemeinen Spielfertigkeiten aller Kinder mit ADHS werden sich nach der Therapie im Vergleich zur zum Therapiebeginn signifikant verbessern, wobei sich die Fertigkeiten auf die häusliche Umgebung generalisieren werden. 3. Alle ToP-Items, die sich auf soziale Fähigkeiten beziehen, werden sich nach der Therapie im Vergleich zur zum Therapiebeginn signifikant verbessern, wobei sich die Fertigkeiten auf die häusliche Umgebung generalisieren lassen. Mit der Überprüfung dieser Hypothesen, kann die Evidenz über die Wirksamkeit des Interventionsansatzes eingeschätzt werden.
LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>Description about the justification of the need for this study.</i> Die Begründung der Studie wird sehr ausführlich beschrieben. Einleitend mit einem kurzen Abriss über ADHS, deren Symptome und Auswirkungen auf die sozialen Interaktionsfertigkeiten wird aufgezeigt, dass Kinder mit ADHS in einer möglichst natürlichen, sozialen Umwelt in den sozialen Fertigkeiten gefördert werden müssen. Andere psychosoziale Interventionsansätze werden benannt und die Unterschiede zum vorliegenden Ansatz aufgezeigt. Mit der fehlenden Effektivität aufgrund der unzureichenden Übertragbarkeit in den Alltag dieser anderen Ansätze wurde Begründet, dass ein neuer Interventionsansatz benötigt wird. Als theoretische Grundlage für diesen Ansatz wurde das Model für spielbasierte Interventionen von Cordier et al. (2009) sowie einer Definition des Begriffes «Spiel» kurz beschrieben. Die Entwicklungsgeschichte dieses Ansatzes wurde mit einer chronologischen Aufzählung zu vorangegangenen Studien aufgezeigt und damit die Notwendigkeit einer RCT-Studie begründet.
DESIGN: <input checked="" type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> Cohort <input type="checkbox"/> Single case design <input type="checkbox"/> Before and after <input type="checkbox"/> Case-control <input type="checkbox"/> Cross-sectional <input type="checkbox"/> Case study	<i>Study design. Was the design appropriate for the study question?</i> Es wurde eine RCT-Studie durchgeführt, in der zwei Gruppen parallel geprüft wurden. Die Teilnehmer wurden randomisiert in die 'intervention-first' oder 'control-first' Gruppe zugeteilt. Die 'intervention-first' Gruppe nahm während 10 Wochen an den spielbasierten Interventionen teil. Die 'control-first' Gruppe erhielt währenddessen für 10 Wochen keine Behandlung. Anschliessend nahm auch die 'control-first' Gruppe während 10 Wochen an den spielbasierten Interventionen teil. Die Guidelines von CONSORT 2010 wurden für die Studie befolgt. Die Ethikkommission der University of Sydney's Human Research Ethics Committee hat den Forschungsantrag genehmigt. Alle Testungen und Interventionsprotokolle wurden registriert und genehmigt. Dieses Design ist passend, um die Forschungshypothesen zu überprüfen. Die pre-, post- und follow-up-Testungen mit dem ToP wurden von einem verblindeten, ToP-kalibrierten Forscher durchgeführt. <i>Biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</i> - Kleine Teilnehmergruppe → Generalisierung erschwert - Das Forschungsteam stützt sich auf immer dieselbe Literatur. → Einschränkung der Interpretation.
SAMPLE: N = 31	<i>Sampling</i> Ein Rekrutierungsflyer wurde an pädiatrische Einrichtungen und drei ADHS-Elternselbsthilfegruppen im Großraum Sydney, Australien, verteilt. Der Flyer wurde auch

<i>Was the sample described in detail?</i>	über nationale Online-ADHS-Selbsthilfegruppen und eine Medienmitteilung über die Website der Universität von Sydney veröffentlicht. Zwischen April 2013 und Mai 2014
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	kontaktierten Eltern von 45 Kindern mit ADHS den Erstautor; 31 von ihnen erfüllten die Einschlusskriterien, 29 davon beendeten die gesamte Studie. Die 2 Drop outs entstanden direkt nach der Baseline-Messung und wurden nicht begründet. Jedes
<i>Was sample size justified?</i>	der 29 Kinder mit ADHS luden ein befreundetes, neurotypisch entwickeltes Kind zur Teilnahme an der Untersuchung ein.
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Eine Abbildung über den Rekrutierungsverlauf und eine Tabelle mit demografischen Daten über die Studienteilnehmer ist in der Studie vorhanden.
	Kinder mit ADHS: 5-11 jährig; Diagnose ADHS nach DSM-IV; keine Komorbiditäten wie Sprachschwierigkeiten oder anderweitige Verhaltensstörungen; keine Entwicklungsstörungen wie geistige Behinderung oder ASS. Bereits eingestellte Medikation wurde während der Studiendurchführung beibehalten.
	Spielkameraden: 5-11 jährig; Kein ADHS oder andere Entwicklungsstörungen; Die Kinder waren Freunde, oder Geschwister, die bereits vor der Studie regelmässig im Kontakt waren mit dem Kind mit ADHS. Die Kinder waren über den Interventionszweck (Förderung der sozialen Interaktion und Freundschaft) aufgeklärt
	Eltern: 25 Elternpaare zählten zu den 29 Kindern, die an der Studie teilnahmen. 2 Väter und 23 Mütter waren Hauptansprechperson der jeweiligen Kinder. Bei 14 von 29 Kindern begleiteten beide Eltern die ambulanten Interventionen.
	Zuteilung zur untersuchungsgruppe fand verblindet statt. Das Vorgehen wurde detailliert beschrieben.
	<i>Ethics procedures. Was informed consent obtained?</i>
	Alle Eltern und Kinder über 7 Jahre unterschrieben eine schriftliche Einverständniserklärung, dass sie an der Studie teilnehmen möchten. Kinder unter 7 Jahren gaben ihr mündliches Einverständnis im Beisein ihrer Eltern und den Forschern.
OUTCOMES:	<i>Specify the frequency of outcomes measurement</i>
<i>Were the outcome measures reliable?</i>	Test of Playfulness (ToP): pre-, post-, follow-up-Testung
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	- Reliabilität: inter-Rater-Reliabilität: sehr gut; test-retest Reliabilität: mittelmässig - Konstruktvalidität: mittelmässig
<i>Were the outcome measures valid?</i>	Conners Comprehensive Behavior Rating Scales (CCBRS): Pre-Testung
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	- Reliabilität : inter-rater-Reliabilität: mittelmässig; test-retest Reliabilität: mittelmässig - Validität: ungenügend
	<i>Outcome areas</i>
	<i>List measures used</i>
	ToP : Spielfertigkeiten in Interaktion mit Gleichaltrigen ToP
	CCBRS : Ist ein Eltern-Einschätzungs-Screening-Instrument, das geeignet ist, Symptome zu erkennen, die mit Diagnosen und Verhaltensschwierigkeiten bei Kindern im Schulalter übereinstimmen.
INTERVENTION:	<i>A short description of the intervention. Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</i>
<i>Intervention was described in detail?</i>	Rahmenbedingungen: 10-Interventionen in der 2-er-Gruppe; Therapeuten und Eltern beobachten Kinder durch eine verspiegelte Glasscheibe; Spielzimmer im ambulanten Setting mit Basket-Ball-Korb, Bowling-Set, Soft ball games, Autos, Puppen, Nerf-Guns, Zelt, Verkleidung, Knete, Sand-Box, Strassenspiele (bspw. Twister) und elektronische Spiele (Angry Birds, Club Penguin). Spielzimmer zuhause: individuell vorhandenes Spielmaterial.
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	
Contamination was avoided ?	Interventionsaufbau: Woche 1-3, 5, 7 und 10: Intervention in der Klinik während 60 Minuten Davon 20 Minuten Video-Feedback-Feedforward; 25 Minuten Freispielsituation ohne Erwachsene Personen. Wobei in Lektion 1-3 und 5 Video-Feedforward genutzt wird.
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	In den Wochen 4, 6, 8 und 9 moderierten die Eltern ein 40-minütiges Spieltreffen bei sich zu Hause und luden dazu den an der Studie beteiligten Spielkameraden ein.
<i>Cointervention was avoided?</i>	Die Eltern erhielten in Woche 1 eine einstündige Schulung, wie sie die Module zu Hause durchführen können. Die Zuteilung der Module basierte auf den Ausgangswerten der Kinder bei den sozialen Items des ToP und den laufenden Beobachtungen. Um die wöchentlichen Module zu Hause durchzuführen, lasen die Eltern ein Kapitel des Handbuchs und sahen sich die DVD-Episode mit ihrem Kind an.
<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A	

	<p>Gemäss der detaillierten Beschreibung der Intervention in der Studie wäre eine Durchführung dieses Vorgehens in der Praxis möglich.</p> <p>Die 'control-first' Gruppe erhielt nach der 10-wöchigen Wartephase, während dieser keine Interventionen von den Forschern durchgeführt wurden, dieselbe Intervention. Um einen möglichen Einfluss auf die 'control-first' Gruppe zu verhindern, wurden alle Kinder aus einer Familie derselben zufällig gewählten Untersuchungsgruppe zugeteilt.</p>
<p>RESULTS:</p> <p><i>Results were reported in terms of statistical significance?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><i>Were the analysis method(s) appropriate?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><i>Clinical importance was reported?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? if there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</i></p> <p>Hypothese 1: Die Veränderung der allgemeinen Spielfertigkeiten der Kinder mit ADHS aus der 'intervention-first' Gruppe während der Interventionsphase war signifikant grösser als die Veränderung der allgemeinen Spielfertigkeiten der Kinder mit ADHS in der 'control-first' Gruppe während der Wartephase ($t=8.02$, $p < .001$; 95% CI = 18.79-31.71).</p> <p>Hypothese 2: Die allgemeinen Spielfertigkeiten der Kinder mit ADHS stiegen signifikant von der pre- zur post-Messung ($p < .001$, 95% CI = 16.98-29.08, $d = 1.6$) Die allgemeinen Spielfertigkeiten der Kinder mit ADHS stiegen signifikant von der pre- und follow-up-Messung ($p < .001$, 95% = 16.98-29.08, $d = 1,6$) Keine Veränderung wurde zwischen der post- zur one-month follow-up-Messung festgestellt ($p = .873$, 95% CI = -2.95-6.38, $d = 3$)</p> <p>Hypothese 3: Eine signifikante Verbesserung aller 9 ToP-Items im Bereich soziale Interaktion wurde zwischen der pre-zur post-Testung festgestellt ($p < .006$; $r = .64-.86$). Von der pre- zur one-month follow up-Testung wurde eine signifikante Veränderung in 8 der 9 ToP-Items im Bereich soziale Interaktion festgestellt ($p < .006$; $r = .70-.84$). Wobei ein mittlerer Effekt beim Item Initiiert ($r = .45$) festgestellt wurde. Zwischen der post- und one-month follow up-Messung wurde ein kleiner Effekt in 5 von 9 Top-Items im Bereich der sozialen Interaktion festgestellt ($r = .11 - .26$)</p>
<p><i>Drop-outs were reported?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Did any participants drop out from the study ? Why?</i></p> <p>Zwei Dropouts direkt nach der Rekrutierung aber bevor mit den Interventionen gestartet wurde. Eine Begründung wurde nicht beschrieben. Da diese beiden Teilnehmer jeweils an weniger als 10% des Prozesses beteiligt waren und die demografischen Daten dadurch inkomplett erfasst werden konnten, wurden ihre Daten von der Analyse ausgeschlossen.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p><i>Conclusions were appropriate given study methods and results</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations of biases in the study?</i></p> <p>Hypothese 1: Bias: Eltern, die einer Wartelisten-Kontrollgruppe zugewiesen wurden, haben möglicherweise die Einstellung, dass sie mit der Veränderung warten sollen, bis sie die Intervention erhalten. Dies könnte den Mangel an Veränderung, der in der Kontrollgruppe während der 10-wöchigen Wartezeit beobachtet wurde, verstärken.</p> <p>Hypothese 2: Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Veränderung durch die Intervention und nicht durch externe Faktoren verursacht wurden. Die sozialen Spielfähigkeiten der Kinder aus der 'control-fist'-Gruppe verbesserten sich nicht über den 10-wöchigen Zeitraum und die Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in einer der Schlüsselvariablen bei Studienbeginn. Diese Ergebnisse sind vielversprechend, da die Verbesserung der sozialen Schwierigkeiten von Kindern mit ADHS ein schwer messbarer Bereich ist. Bias werden nicht genannt.</p> <p>Allgemeine Schlussfolgerungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Miteinbezug eines Freundes hat die Motivation an der Teilnahme der Interventionen unterstützt. - Die natürliche soziale Umwelt des Kindes wurde miteinbezogen und war ein Schlüsselfaktor für die Generalisierung im Alltag. - Video-Feedback war sinnvoll, um die sozialen Fertigkeiten zu reflektieren und den Perspektivenwechsel zu unterstützen. - Elternarbeit: Die ausgezeichnete Teilnahme und Engagement der Eltern zeigen auf, dass die Interventionsstruktur machbar ist. - Obwohl die Resultate zwischen post- und follow-up-Messung keine Veränderung belegen, berichteten die Eltern die erlernten Strategien im Alltag weiterhin zu nutzen.

Limitationen:

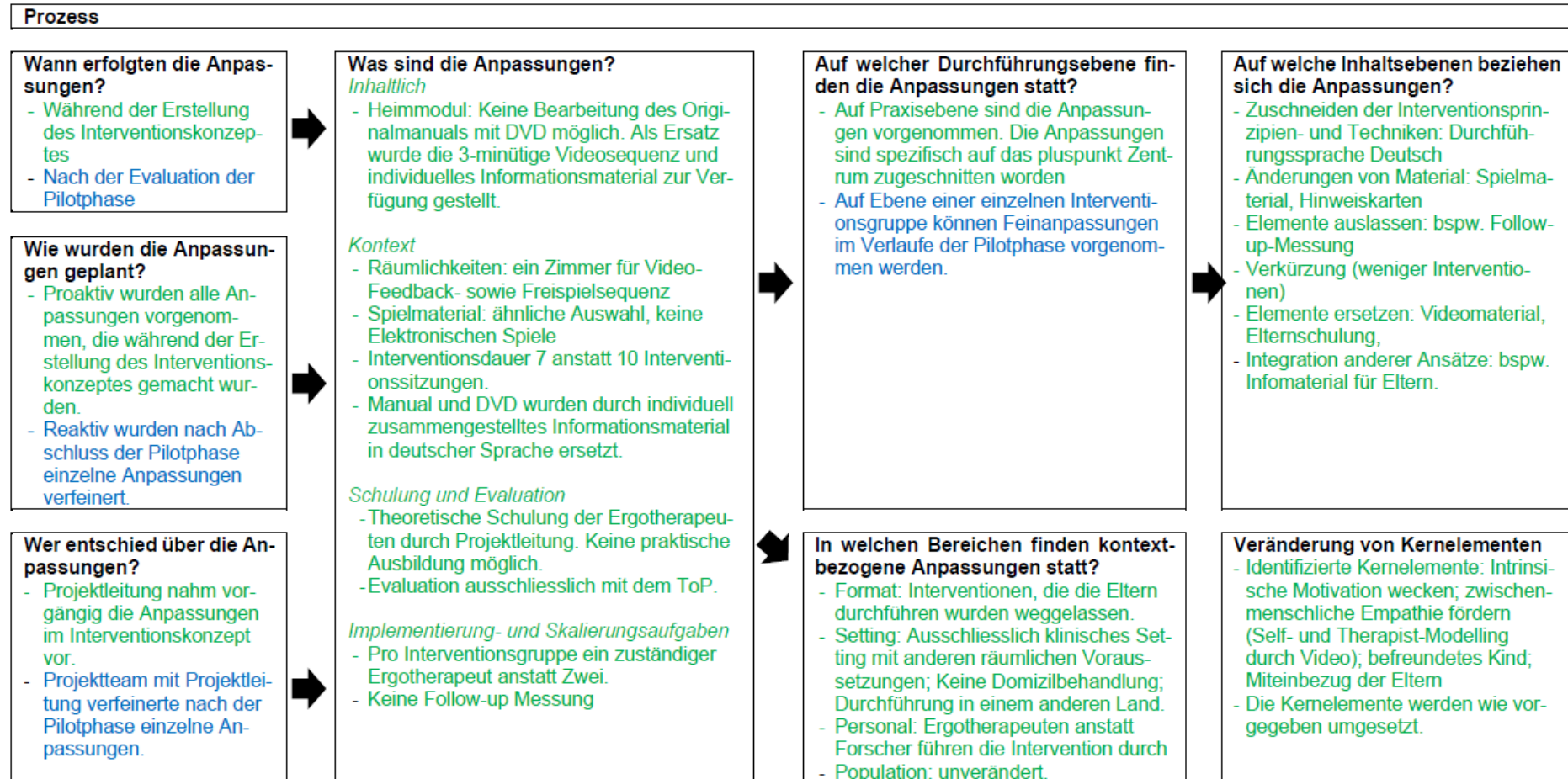
- Kleine Teilnehmergruppe, dies schränkt die Generalisierung der Ergebnisse ein.
 - Eine Multilevel-Analyse mit verschiedenen Familienmitgliedern einer Familie konnte nicht gemacht werden, da dazu zu wenige Familie mit mehreren Kindern an der Studie teilgenommen haben. Um die mögliche Abhängigkeit der Daten aus einer Familie auszuschliessen wurde nur das erste Kind der Familie in die Analyse miteingeschlossen.
 - Schwere neuropsychologische Beeinträchtigungen von Kindern und eine mögliche ADHS-Symptomatik von Eltern wurden nicht erhoben. Charaktereigenschaften könnten Einfluss auf die Effektivität der Interventionen haben.
 - Da der Miteinbezug eines Freundes und der Eltern Schlüsselkomponenten dieses Interventionsansatzes sind, muss die Beeinflussung dieser auf die Interventionsergebnisse in zukünftigen Studien untersucht werden.
 - Eine Langzeitstudie wäre nötig, um zu erkennen, ob der Interventionsansatz von Heim- und ambulanten Interventionen weiterhin einen Effekt haben und in unterschiedliche Kontexte übertragen werden können.
 - Es wäre möglich, dass Familien mit einem tiefen sozioökonomischen Status Schwierigkeiten haben die Anforderungen dieser Interventionen zu erfüllen. Solche Familien würden stärker von Interventionen profitieren, die stärker durch Therapeuten geleitet werden.
-

X. Anpassungen des Interventionsansatzes «play-based Intervention»

Abbildung 6

Interventionsanpassungen

Quelle: Angelehnt an Stirman et al. (2019)



Begründung				
<p>Was war das Ziel der Anpassung?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umsetzbarkeit des Interventionsansatzes ermöglichen - Effektivität der Intervention für den Klienten ermöglichen - Zufriedenheit der Therapeuten bei der Durchführung verbessern. - Anpassung an kulturelle Faktoren (bspw. Sprache, Elternschulung) - Anpassung an strukturelle Rahmenbedingungen. 	<p>Sozialpolitisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soziale und kulturelle Normen: die Interventionssprache ist Schweizerdeutsch; - Verfügbare Ressourcen von gutgesprochenen Therapiesitzungen und Therapiedauer. - Therapiesitzungen, räumlichen Ressourcen und zeitlichen Ressourcen einer Einheit. 	<p>Organisatorisch / Setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Räumliche und einrichtungs-technische Ressourcen sind begrenzt. - Personalressourcen pro Interventionsgruppe ist auf eine Therapeutin definiert. - Zeitliche Vorgaben durch tägliche Arbeitszeiten. - Kulturell: die Interaktionsfertigkeiten werden teilweise anders gewichtet. 	<p>Anbieter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schweizerdeutsch als Hauptsprache. Kein Englisch. - Andere Sozialkompetenztrainings. 	<p>Empfänger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muttersprache beeinflusst Interventionsdurchführung - Kognitive Voraussetzungen der Selbstreflexion und Merkfähigkeit und Perspektivenwechsel. - Schullevel - Komorbiditäten - Motivation

Erläuterung

Grün = Anpassungen vor der Durchführung der Pilotphase
 Blau = Anpassungen nach der Durchführung der Pilotphase

Eigenständigkeitserklärung

Die folgende Unterschrift versichert, dass die Inhalte dieser Arbeit erstmalig und eigenständig angefertigt wurden. Weiter beglaubigt die Unterschrift, dass die relevanten Wegleitungen (Formale Gestaltung von schriftlichen Arbeiten, Leitfaden geschlechtergerechte Sprache, Vermeidung von Plagiaten) eingehalten wurden.

Jona, 19.07.2021

A solid black rectangular box used to redact the signature of Bettina Bachmann.

Bettina Bachmann

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich während der Zeit der Masterarbeit unterstützt und begleitet haben.

Ein grosses Dankeschön geht an das gesamte pluspunkt Zentrum, an dem ich die Projektarbeit umsetzen durfte. Dazu zählen die motivierte Projektgruppe, die interessierten Arbeitskolleginnen sowie das Leitungsteam, welches mir grosses Vertrauen und Zutrauen entgegengebracht hat.

Ein herzlicher Dank gilt meiner wohlwollenden Mentorin, die mir bei wichtigen Projektentscheidungen immer wieder den roten Faden aufgezeigt hat.

Ein Merci auch meinen beiden Lektorinnen, die mit ihren konstruktiven Rückmeldungen viel zum Gelingen dieser schriftlichen Arbeit beigetragen haben.