

Spiel in der Ergotherapie – gewichtet oder vernachlässigt?

Der Einsatz von Spiel in der Pädiatrie – unter
Berücksichtigung des zeitgenössischen Paradigmas

Christina Leu
S14639389

Michelle Beljean
S14639082

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2014
Eingereicht am: 05.05.2017
Begleitende Lehrperson: Christina Schulze

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	6
1 Einleitung.....	7
1.1 Bedeutung von Spiel für das Kind	7
1.2 Begründung Themenwahl	7
1.3 Problemstellung.....	8
1.4 Relevanz für die Ergotherapie	9
1.5 Ziel	9
1.6 Fragestellung.....	9
1.7 Eingrenzung des Themas.....	9
1.8 Theoretischer Hintergrund.....	10
1.8.1 Spiel	10
1.8.2 Spielformen	11
1.8.3 Betätigung	12
1.8.4 Hauptbetätigung Spiel	12
1.8.5 Kind	13
1.8.6 Referenzrahmen.....	13
1.8.7 Paradigma	13
1.8.8 Paradigmenwechsel	13
1.8.9 Das Occupational Therapy Intervention Process Model [OTIPM]	16
2 Methodik.....	18
2.1 Datenbanken.....	18
2.2 Keywords	18
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	19
2.4 Suchergebnisse.....	20
2.5 Datenanalyse	22
3 Resultate	23
3.1 Hauptstudie I	23
3.1.1 Zusammenfassung	23
3.1.2 Kritische Würdigung der Studie	26
3.1.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit	27
3.2 Hauptstudie II	28
3.2.1 Zusammenfassung	28
3.2.2 Kritische Würdigung der Studie	28
3.2.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit	29
3.3 Hauptstudie III	30

3.3.1	Zusammenfassung	30
3.3.2	Kritische Würdigung der Studie	31
3.3.3	Relevanz für die vorliegende Arbeit	31
3.4	Hauptstudie IV	32
3.4.1	Zusammenfassung	32
3.4.2	Kritische Würdigung der Studie	33
3.4.3	Relevanz für die vorliegende Arbeit	33
3.5	Hauptstudie V	34
3.5.1	Zusammenfassung	34
3.5.2	Kritische Würdigung der Studie	35
3.5.3	Relevanz für die vorliegende Arbeit	36
4	Diskussion	38
4.1	Kritische Diskussion der Ergebnisse	38
4.1.1	Spiel als Hauptfokus der Therapie	38
4.1.2	Spiel als Assessment.....	39
4.1.3	Spiel als Ziel	41
4.1.4	Spiel in unterschiedlichen Referenzrahmen.....	43
4.1.5	Spiel als Therapiemittel und Methode.....	44
4.1.6	Spiel als Belohnung	47
4.1.7	Spiel in Zusammenhang mit Diagnosen	47
4.2	Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM).....	49
4.2.1	Begründung der Wahl des OTIPM.....	49
4.2.2	Einteilung der Ergebnisse in das OTIPM	49
4.3	Bezug zum Paradigma	51
4.3.1	Spiel im mechanistischen Paradigma	51
4.3.2	Spiel zwischen dem mechanistischen und zeitgenössischen Paradigma ..	52
4.3.3	Hypothesen zur Entwicklung von Spiel im Paradigma	53
4.4	Schlussfolgerung	55
4.5	Theorie-Praxis Transfer	56
4.5.1	Aus- und Weiterbildung	56
4.5.2	Guidelines und Forschung	56
4.6	Ausblick.....	58
4.7	Limitationen	59
	Literaturverzeichnis	60
	Zusatzverzeichnisse.....	67
	Abbildungsverzeichnis.....	67

Tabellenverzeichnis.....	67
Abkürzungsverzeichnis	68
Wortzahl.....	69
Danksagung.....	70
Eigenständigkeitserklärung	71
Anhang	72
Anhang A: Suchmatrix.....	72
Anhang B: Literatursortierung.....	85
Anhang C: Beurteilungsinstrumente	89
Hauptstudie I	89
Hauptstudie II	92
Hauptstudie III	94
Hauptstudie IV	96
Hauptstudie V	98
Anhang D: Definitionen Assessments und Diagnosen.....	102
Assessments	102
Diagnosen	103
Literaturverzeichnis vom Anhang D	104

Abstract

Darstellung Thema: Spiel ist die Hauptbetätigung des Kindes und spielt eine zentrale Rolle in der Ergotherapie. Wie Spiel konkret in der Praxis eingesetzt wird, ist in der Literatur jedoch wenig ergründet.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Einsatz von Spiel im Behandlungsprozess der Ergotherapie in der Pädiatrie zu erfassen und herauszufinden, ob die pädiatrische Praxis diesbezüglich dem zeitgenössischen Paradigma entspricht.

Methode: Mittels einer halbsystematischen Literaturrecherche wurden fünf Hauptstudien zum Thema Spiel ausgewählt, analysiert und kritisch gewürdigt. Relevante Ergebnisse wurden in Bezug zueinander und zu weiterer Literatur gesetzt. In der Diskussion wurden die Ergebnisse unter dem Aspekt des zeitgenössischen Paradigmas betrachtet.

Relevante Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen auf, wie Spiel in der Ergotherapie eingesetzt wird. Drei Studien erheben Informationen zu Assessments, Zielen, Therapiefokus und Therapiemittel im Zusammenhang mit Spiel. Je eine Studie untersucht Referenzrahmen und Spiel als Belohnung. Spezifische Diagnosen behandeln drei der Studien, eine befasst sich mit Spiel in einem spezifischen Setting.

Schlussfolgerung: Die Studien zeigen auf, dass Spiel in der Ergotherapie hauptsächlich als Therapiemittel eingesetzt wird. Als Ziel, Assessment und Therapiefokus wird Spiel wenig gebraucht. Der Einsatz von Spiel bewegt sich heute zwischen dem mechanistischen und zeitgenössischen Paradigma.

Keywords: play, use of play, child, pediatrics, occupational therapy, paradigm

1 Einleitung

1.1 *Bedeutung von Spiel für das Kind*

Spiel ist für jedes Kind grundlegend und der Alltag eines Kindes ist gefüllt mit Spiel in verschiedensten Facetten (Graham, Truman und Holgate, 2015). Nach Artikel 31, Absatz 1 der United Nations [UN] Kinderrechtskonvention (Unicef, 1989) hat jedes Kind das Recht auf Spiel.

Als Hauptbetätigung des Kindes ist Spiel in den Bereichen Freizeit, Produktivität und Selbstversorgung essentiell für die kindliche Entwicklung (Cameron et al., 2001). Nach Takata (1974) laufen Spiel und Entwicklungsprozesse parallel ab. Das Kind kann durch Spiel seine Umwelt auf eine vielfältige und mehrschichtige Art explorieren und neue Erfahrungen sammeln (Parham und Fazio, 2008). Piaget (1951/1962) und die Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT] (1996) betonen, dass durch Spiel kognitive, soziale, motorische und sprachliche Reifungsprozesse in der Entwicklung des Kindes stattfinden. Dadurch werden Meilensteine überwunden (Takata, 1974). Folglich ist Spiel fundamental für die Entwicklung und fördert Motivation, Partizipation und Engagement (Takata, 1974). Aus all diesen Gründen wird Spiel als bedeutungsvolle Aktivität für jedes Kind betrachtet (Parham und Fazio, 2008).

Die Grundannahme der Ergotherapie ist, dass bedeutungsvolle Aktivitäten die Gesundheit fördern und Partizipation ermöglichen (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014). Für Kinder bedeutet dies, dass sie durch Spiel als ihre Hauptbetätigung die Möglichkeit haben zu partizipieren, wichtige Kompetenzen erwerben können und so ihre Entwicklung gefördert wird (Piaget, 1951/1962; Rodger und Ziviani, 1999). Ausserdem stellt eine ergotherapeutische Behandlung, welche Spiel beinhaltet, eine klientenzentrierte Behandlung dar. Dabei spielen die intrinsische Motivation beim Spielen und der Fakt, dass Spiel vom Kind positiv wertgeschätzt wird, eine zentrale Rolle (Garvey, 1977, zit. nach Bracegirdle, 1992, S. 109). Eine genauere Definition der Klientenzentrierung findet sich im theoretischen Hintergrund.

1.2 *Begründung Themenwahl*

Die im vorangehenden Abschnitt beschriebene Perspektive von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen auf Spiel begründet, dass Spiel in der pädiatrischen

Ergotherapie als zentral betrachtet wird. Dies erlebten die Verfasserinnen in ihrer praktischen Erfahrung nur bedingt. So wurde Spiel in ihren pädiatrischen Praktika eher selten und nur von manchen Therapeuten eingesetzt, als auch wenig thematisiert. Das Gefühl, dass der Einsatz von Spiel im ergotherapeutischen Team nicht angesehen war, herrschte mehrheitlich vor. Dazu kommt, dass die Verfasserinnen in ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin zwar sehr viel Unterricht zur Wichtigkeit von Betätigung hatten, die Betonung dieser Wichtigkeit bezüglich der Betätigung Spiel in der Pädiatrie jedoch nicht ausgeprägt war. Auch das Wissen, wie Spiel in der pädiatrischen Ergotherapie konkret eingesetzt werden kann, wurde nur vereinzelt vermittelt. Dies wirft eine Diskrepanz auf, mit welcher sich die Verfasserinnen in der vorliegenden Arbeit beschäftigen.

1.3 Problemstellung

Kielhofner (2009) beobachtet ebenfalls, dass eine Diskrepanz zwischen Praxis und Theorie feststellbar ist. Kielhofner (2009), sowie Gustaffson, Molineux und Bennett (2014) beschreiben, dass die Konzepte des zeitgenössischen Paradigmas, unter anderem die Betätigungsbasierung, in der Theorie verankert sind, in der Praxis aber nicht vollständig umgesetzt werden. Es stellt sich die Frage, ob diese Tatsache in der Pädiatrie ebenfalls feststellbar ist. Wenn dieser Unterschied zwischen Theorie und Praxis tatsächlich so gross ist, wie sieht dann die pädiatrische Praxis konkret aus?

Auch in der Literatur wurde das Bedürfnis, Wissen zu generieren, wie pädiatrische Ergotherapeuten arbeiten, zum Gegenstand der Forschung (Brown, Rodger, Brown und Roeber, 2007; Burtner, McMinn und Crowe, 2002; Howard, 2002; Rodger, Brown und Brown, 2005). Auch die Wirksamkeit von spielbasierten Interventionen (Case-Smith, 2000; Cocker, 2010; Docking, Munro, Cordier und Ellis, 2013; Esdaile, 1996; Melchert-McKearnan, Deitz, Engel und White, 2000; O'Brien et al., 2000; Potasz, Varela, Carvalho, Prado und Prado, 2013; Wilkes, Cordier, Bundy, Docking und Munro, 2011; Wilkes-Gillan, Bundy, Cordier, Lincoln und Chen, 2016) und das kindliche Spielverhalten von unterschiedlichen Populationen (Boucher, Downing und Shemilt, 2014; Desha, Ziviani und Rodger 2003; Graham et al., 2015; Miller und Kuhaneck, 2008; Watts, Stagnitti und Brown; 2014; Ziviani, Boyle und Rodger, 2001) geniessen heute ein reges Forschungsinteresse. Im Unterschied dazu gibt es zum praktischen Einsatz des Spiels von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, die in der Pädiatrie arbeiten, kaum aktuelle Literatur (Couch, Deitz und Kanny, 1998).

Diese Forschungslücke will die vorliegende Arbeit angehen. Durch das Wissen, wie Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen Spiel einsetzen, entsteht eine bessere Einschätzung und ein besseres Verständnis, wann und weshalb sie dies tun. Somit kann man überprüfen, ob aktuelle Praxismuster dem heutigen Paradigma der Profession der Ergotherapie entsprechen.

1.4 Relevanz für die Ergotherapie

Durch das Wissen über aktuelle Praxismuster kann festgestellt werden, wo sich die pädiatrische Ergotherapie im Paradigmenwechsel befindet. Aufgrund dessen kann bestimmt werden, ob die aktuelle Praxis aufrecht erhalten bleiben soll oder inwiefern Veränderungsbedarf besteht. Dies ist wichtig für die pädiatrische Ergotherapie, denn Spiel nimmt als betätigungsbasierte und klientenzentrierte Intervention im heutigen Paradigma eine zentrale Rolle ein (CAOT, 1996; Reilly, 1974, zit. nach Esdaile, 1996, S. 117). Schliesslich sollte der Einsatz von Spiel der beruflichen Identität gerecht werden. Die Förderung des Erhaltens oder der Veränderung von Behandlungsmustern in der Praxis können entweder auf persönlicher Ebene, auf Ausbildungsebene oder bezüglich Forschungsrichtungen angegangen werden (Couch et al., 1998). Deshalb ist die vorliegende Arbeit sowohl für die ergotherapeutische Praxis, für die Ausbildung und Weiterbildung, als auch auf Forschungsebene höchst relevant.

1.5 Ziel

Das Ziel dieses Literaturreviews ist es, den Einsatz von Spiel von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Pädiatrie zu erfassen und herauszufinden, ob die pädiatrische Praxis diesbezüglich dem zeitgenössischen Paradigma entspricht.

1.6 Fragestellung

Wie setzen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen Spiel im Behandlungsprozess von Kindern ein? Entspricht die pädiatrische Praxis diesbezüglich dem zeitgenössischen Paradigma?

1.7 Eingrenzung des Themas

Die ausgewählten Studien für die vorliegende Arbeit handeln von Spiel und von Spiel in der Ergotherapie. Obwohl es verschiedene Auffassungen von Spiel in anderen Disziplinen gibt, konzentriert sich diese Arbeit auf Spiel in der Ergotherapie. Ebenso

stehen jene Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen im Mittelpunkt, die in der Pädiatrie arbeiten. Andere Fachbereiche werden in der Fragestellung nicht gewichtet. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt darauf, wie Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Pädiatrie Spiel konkret einsetzen. Die Behandlung von allen Kindern, unabhängig von der Diagnose oder dem Alter, wird berücksichtigt. Die Begründung dafür ist, dass ein umfassendes Bild der Pädiatrie dargestellt werden soll. Im Teil der Thematik Paradigma steht das zeitgenössische Paradigma im Vordergrund, da dieses das aktuelle Paradigma darstellt. Daten werden aus westlichen Ländern bezogen, da diese am besten auf die Schweiz übertragen werden können.

1.8 Theoretischer Hintergrund

1.8.1 Spiel

In der Literatur wird der Begriff Spiel vorwiegend als schwer definierbar beschrieben (Fritz, 2004; Keppner, 2015; Reilly, 1974). Spiel ist ein multidimensionales biopsychosoziales Phänomen (Parham und Fazio, 2008; Reilly, 1974). Zu den prägenden Autoren und Autorinnen bezüglich Spiel gehören unter anderem Freud, Klein, Winnicott, Froebel, Montessori und Piaget (Bracegirdle, 1992). Es finden sich sehr viele unterschiedliche Beschreibungen zu Spiel. Einige der wichtigsten Beschreibungen, welche die Sicht auf Spiel der Ergotherapie prägten, sind in der Tabelle 1 aufgeführt. In der vorliegenden Arbeit stützen sich die Verfasserinnen auf die Definitionen von Reilly (1969) und Garvey (1977, zit. nach Bracegirdle, 1992, S. 109).

Tabelle 1. Begriffserklärung Spiel

Autor	Spiel - Begriffserklärung
Reilly	Reilly (1969) beschreibt Spiel als die Hauptbetätigung des Kindes.
Garvey	Garvey (1977, zit. nach Bracegirdle, 1992, S. 109) beschreibt folgende Kriterien, welche weitgehend als bedeutsam für die Definition von Spiel betrachtet werden; „Play is pleasurable, enjoyable and positively valued by the player“, „It has no extrinsic goals and the motivation for play appears to be intrinsic“, „It is a spontaneous activity which involves some active engagement and is not obligatory“, „Play is a behaviour which is temporarily 'uncoupled' from its usual consequences and its usual context“.

Duden	„Tätigkeit, die ohne bewussten Zweck zum Vergnügen, zur Entspannung, aus Freude an ihr selbst und an ihrem Resultat ausgeübt wird; das Spielen“ (Duden, 2017 [elektronische Version]).
Ferland	„Play can thus be defined as: a subjective attitude in which pleasure, interest and spontaneity are combined, and which is expressed through freely chosen behaviour in which no specific performance is expected“ (Ferland, 1997 zit. nach Sturgess, 2003, S. 120)
Kielhofner	Kielhofner (2008, S.5) beschreibt Spiel wie folgt: „Play refers to activities freely undertaken for their own sake; it includes exploring, pretending, celebrating, engaging in games or sports, and pursuing hobbies“.
Largo	„Was ist Spiel: Unterschied Spiel und Arbeit: kindliches Spiel muss kein Endprodukt vorweisen. Sinn des kindlichen Spiel liegt in der Handlung selbst. Spiel ist nicht zweckfrei. Es dient einem Zweck, nicht unmittelbar aber längerfristig“ (Largo, 2007, S. 271).
Parham und Fazio	Parham und Fazio (2008) legen folgende fünf Kriterien fest, welche Spiel definieren: Intrinsische Motivation, Spiel hebt den Prozess hervor (und nicht das Produkt), Freiwillige Wahl der Aktivität, Freude und Gefallen an der Aktivität, fordert aktive Beschäftigung.
Piaget	Für Piaget (1975, S. 117 - 119) ist Spiel „zunächst einfach funktionelle oder reproduktive Assimilation“, wobei er das Wort Assimilation als „reine Funktionslust“ oder „individuelle Bedürfnisbefriedigung“ definiert. Spiel findet nach Piaget (1975) seinen Zweck in sich selbst, ist spontan, vergnüglich, hat einen relativen Mangel an Organisation und ist befreit von Konflikten.

1.8.2 Spielformen

Je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes unterscheidet sich, welche Formen des Spiels eine Betätigung für das Kind darstellen. Dies ist für die ergotherapeutische Behandlung von zentraler Wichtigkeit, denn die Therapie sollte dort ansetzen, wo sich das Kind in der Entwicklung befindet. Dazu gibt es unterschiedliche Einteilungen zu Spielformen (Piaget, 1975; Miller Kuhaneck, Spitzer und Miller, 2010). Diese Arbeit stützt sich auf die sieben Spielformen (Pattern of Play), welche das National Institute of Play (2017) festgelegt hat. Diese sind in der Tabelle 2 dargestellt. Basierend auf den Beschreibungen des National Institute of Play wurde in der dritten Spalte eine Einteilung der in dieser Arbeit verwendeten Wortlaute vorgenommen. Freies Spiel kann in jeder Spielform vorkommen, weshalb es nicht eingeordnet ist.

Tabelle 2. Spielformen

Patterns of Play	Deutsche Übersetzung*	In dieser Arbeit verwendete Begriffe
Attunement Play	Einstimmungsspiel	
Body Play	Körperspiel und Bewegung	
Object Play	Objektspiel	Exploration, Ursache-Wirkung-Prinzip, Konstruktives Spiel
Social Play	Soziales Spiel	Spiele in Gruppen, Peer Play
Imaginative And Pretend Play	Imaginatives und Als-ob Spiel	Symbolspiel
Storytelling-Narrative Play	Geschichtenerzählendes-Narratives Spiel	Rollenspiel
Creative Play	Transformativ-Integratives und Kreatives Spiel	

Anmerkung. * übersetzt durch Hakkarainen und Bredikyte (2011).

1.8.3 Betätigung

Die World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2012, zit. nach AOTA, 2014, S. 5) definiert Betätigung wie folgt;

“In occupational therapy, occupations refer to the everyday activities that people do as individuals, in families and with communities to occupy time and bring meaning and purpose to life. Occupations include things people need to, want to and are expected to do.”

1.8.4 Hauptbetätigung Spiel

Das OTPF (AOTA, 2014, S.6) identifiziert eine breite Auswahl an Betätigungen und kategorisiert diese in „activities of daily living [ADLs], instrumental activities of daily living [IADLs], rest and sleep, education, work, play, leisure, and social participation“. Auch in Rodger und Ziviani (1999) gehört Spiel neben Selbstversorgung und Produktivität zu den Aktivitäten, in welche eine Person Ressourcen wie Zeit und

Energie engagiert, was demnach eine Betätigung darstellt. Für Kinder stellt Spiel eine Hauptbetätigung dar (Reilly, 1969; Piaget, 2015).

1.8.5 Kind

Der Begriff Kinder wird in dieser Arbeit vom Zeitpunkt der Geburt bis zum Alter von 18 Jahren verwendet (Sturgess, 2003). Dies stimmt mit der Definition von Kind im Artikel 1 der UN Kinderrechtskonvention überein (Unicef, 1989).

1.8.6 Referenzrahmen

Unter Referenzrahmen, auch Bezugsrahmen genannt, versteht man ein Mechanismus, welcher Theorie und Praxis miteinander verbindet (Duncan, 2011). Hagedorn (2000) beschreibt, dass Theorien und Kenntnisse in einem Referenzrahmen enthalten sind, welche aus einer Basiswissenschaft wie beispielsweise der Soziologie oder der Naturwissenschaft bezogen werden. Der Referenzrahmen stellt ein Plan dar, an welchem sich die Praxis orientieren kann (Duncan, 2011).

1.8.7 Paradigma

Es gibt verschiedene Autoren und Autorinnen, die das Konstrukt Paradigma zu definieren versuchten. In der vorliegenden Bachelorarbeit werden die Definitionen von Kuhn (1996) und Kielhofner (2009) berücksichtigt. Kielhofner (2009) beobachtet, dass Zugehörige einer Disziplin durch eine gemeinsame Vision zusammenfinden. Auch Kuhn (1996) bezeichnet das Paradigma als kollektive Vision. Diese lässt sich nach Kielhofner (2009) unter den Aspekten Fokus, Werte und Kernkonstrukte betrachten und darstellen. So beschreiben diese drei Komponenten die Arbeit einer Disziplin und steuern dadurch unter anderem das professionelle Handeln. Das Paradigma definiert demnach das Berufsbild einer Profession (Kielhofner, 2009). Dadurch bildet es zusammengefasst die Berufsidentität (Kielhofner, 2009).

1.8.8 Paradigmenwechsel

Das Paradigma ist ein sich kontinuierlich wandelndes Konstrukt. Kielhofner (2009) erklärt, dass sich die Ergotherapie in den Vereinigten Staaten von Amerika [USA] stetig verändert hat. Dieser Wandel steht im Zusammenhang mit den Paradigmenwechseln, welche zu einer Veränderung des Berufsbildes der Ergotherapie führten.

Im letzten Jahrhundert fand zuerst eine Verschiebung vom Betätigungsparadigma zum mechanistischen Paradigma statt. Danach erfolgte eine Veränderung zum zeitgenössischen, auch kontemporäres Paradigma genannt, in welchem sich die Ergotherapie nach Kielhofner (2009) aktuell befindet. Vergleicht man die Entwicklung der Ergotherapie in den USA mit deren der Schweiz, sind die USA stets voraus (Kielhofner, 2009). Genauer kann der Abbildung 1 entnommen werden.

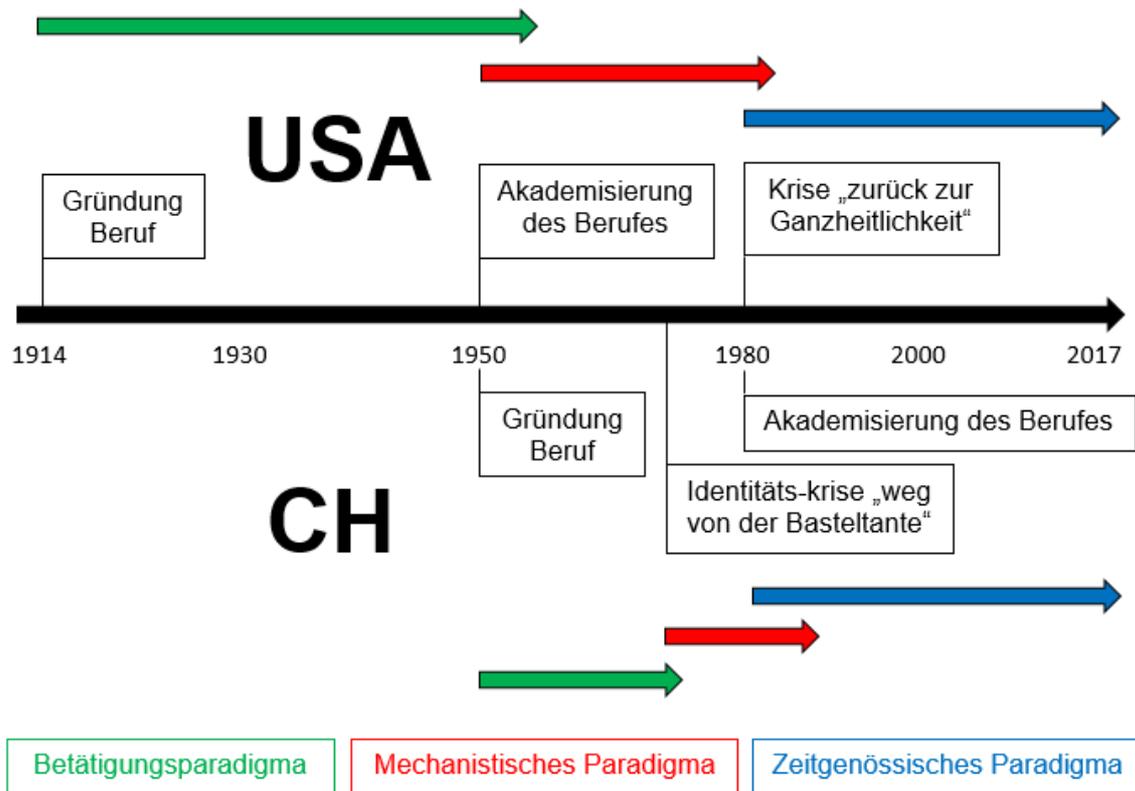


Abbildung 1. Paradigmenwechsel Schweiz und USA

Folgend werden die einzelnen Paradigmen kurz beschrieben. Die zentralen Aspekte der drei Paradigmen können der Abbildung 2 entnommen werden.

Betätigungsparadigma

Bereits anfangs des 20. Jahrhunderts, zu Beginn der Ergotherapie in den USA, wurden Alltagstätigkeiten wie zum Beispiel Spiel als wichtig für Menschen mit einer Einschränkung betrachtet (Fortune, 2000; Kielhofner, 2009). Betätigung wurde im Betätigungsparadigma primär als Mittel eingesetzt, ohne ein klares Ziel zu verfolgen (Kielhofner, 2009).

Mechanistisches Paradigma

In den fünfziger Jahren wurde der Beruf der Ergotherapie in den USA akademisiert, daraufhin wurde ein Mangel an wissenschaftlichen Grundlagen kritisiert. Als Reaktion auf diese Krise wandte sich die Ergotherapie dem besser fundierten Wissen über die inneren Funktionsweisen des menschlichen Körpers zu (Florey, 1981; Kielhofner, 2009). Somit entstand das mechanistische Paradigma. Themen wie Spiel rückten in den Hintergrund, es wurde stärker auf Komponenten wie Ausdauer, Kraft und Wahrnehmung fokussiert (Stagnitti, 2004).

Zeitgenössisches Paradigma

Zwischen 1955 und 1980 beschreibt Kielhofner (2009) eine erneute Krise, bei welcher die berufliche Identität der Ergotherapie kritisch hinterfragt wurde und Rollenunsicherheiten aufkamen (Fortune, 2000; Reilly, 1974). Daraufhin begann 1970 das zeitgenössische Paradigma, welches mehr nach einer holistischen Behandlung strebte und welches Betätigung als solches wertschätzte (Fortune, 2000; Joosten 2015; Kielhofner, 2009; Reilly, 1974).

Zeitgenössisches Paradigma	
Fokus	Ganzheitliche Behandlung und Sicht des Menschen
Werte	Sinnvolle Betätigung, Partizipation, Betätigung als Mittel und Ziel
Kernkonzepte	Betätigungsbasierung, Klientenzentrierung, Evidenzbasierung
Mechanistisches Paradigma	
Fokus	Fokus auf die inneren Funktionsweisen des Menschen
Werte	Der Mensch hat verschiedene Systeme, die aufeinander aufbauen. Ist ein System defekt, kann es durch Trainieren oder Kompensation wieder hergestellt werden
Kernkonzepte	Fähigkeit aktiv zu sein ist abhängig von neurologischen, muskuloskeletalen und intrapsychischen Systemen
Betätigungsparadigma	
Fokus	Fokus auf Umwelt, Geist und Körper
Werte	Betätigung ist wichtig für die Gesundheit, Betätigung als Mittel holistische Sicht des Menschen
Kernkonzepte	Arbeit/Betätigung als wichtige Rolle im menschlichen Leben Mangel an Betätigung ist der Grund für Schädigungen Einsatz von Betätigung zur Neubildung verlorener Funktionen

Abbildung 2. Aufstellung der Paradigmen

1.8.9 Das Occupational Therapy Intervention Process Model [OTIPM]

Das OTIPM nach Fisher (2014) ist ein Modell der Ergotherapie, welches dem ergotherapeutischen Prozess eine Struktur bietet und das berufliche Reasoning unterstützen soll. Das Modell beinhaltet drei Grundsätze, nämlich die Klientenzentrierung, die Betätigungsbasierung und den Top-Down-Ansatz (Fisher, 2014).

Klientenzentrierung

Das Konzept der Klientenzentrierung gibt vor, die Intervention so zu gestalten, dass die Sichtweise des Klienten oder der Klientin in die Therapie miteinbezogen wird. Der Klient oder die Klientin stehen im Mittelpunkt des ergotherapeutischen Prozesses (Fisher, 2014).

Betätigungsbasierung

Der Schwerpunkt der Ergotherapie liegt nach Fisher (2014) auf der Betätigung. Dies bedeutet, dass das Ziel, die Evaluation, die Intervention und die Dokumentation der Therapie auf Betätigung ausgerichtet sind. Dazu ist es notwendig, nicht nur den Fokus auf Betätigung zu legen (betätigungsfokussiert), sondern auch betätigungsbasierte Methoden zu generieren (betätigungsbasiert).

Top-Down-Ansatz

Wenn Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen die Behandlung nach dem Top-Down-Ansatz strukturieren, wird zuerst der Performanzkontext erhoben und dann eine Performanzbeobachtung durchgeführt. Die Ursacheninterpretation und Zielformulierung wird erst anschliessend vorgenommen.

Der ergotherapeutische Prozess

Der ergotherapeutische Prozess nach Fisher (2014) beinhaltet drei Phasen; die Evaluations- und Zielsetzungsphase, die Interventionsphase und die Re-Evaluationsphase. Jede Phase besteht aus verschiedenen Schritten, welche in der Abbildung 3 erläutert sind. Die vier Interventionsmodelle der Interventionsphase sind im Folgenden kurz erläutert.

Im akquisitorischen Modell wird durch das Trainieren von Betätigung das Ziel der Wiederherstellung von Betätigung angestrebt. Auch im restitutiven Modell wird zwar unter anderem mit Betätigung trainiert, jedoch geht es darum, personenbezogene

Faktoren und Körperfunktionen zu verbessern. Der Fokus im kompensatorischen Modell liegt darauf, die Betätigung oder die Umwelt so anzupassen, dass zufriedenstellende Betätigung möglich ist. Das edukative Modell beinhaltet betätigungsbasierte Schulungsprogramme für Gruppen, in welchem Alltagsthemen im Vordergrund stehen (Fisher, 2014).

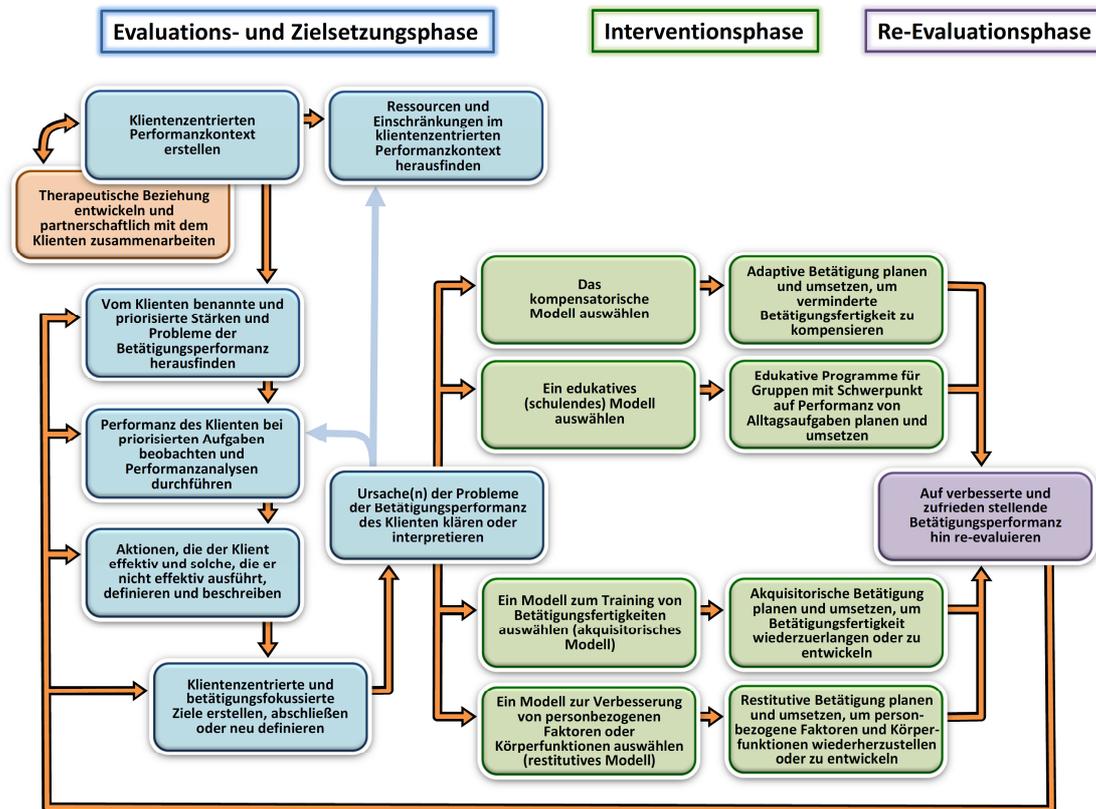


Abbildung 3. Occupational Therapy Intervention Process Model nach Fisher (2009)
Ein Modell zum planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter, Top-down-Interventionen (Fisher, 2014).

2 Methodik

2.1 Datenbanken

Die Form dieser Bachelorarbeit ist das Literaturreview. Um die Fragestellung zu beantworten, wurde im Zeitraum zwischen Juli 2016 und Januar 2017 eine Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wurde in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, AMED, COCHRANE LIBRARY, OTDBASE und OTSEEKER nach geeigneter Literatur gesucht. Die Methode der Snowballsearch, welche Ridley (2008) empfiehlt, wurde bei themenrelevanter Literatur aus den Datenbanken angewandt. Dadurch konnten zitierte Referenzen aus spezifischer Literatur hinzugezogen werden. Weiter wurden Fachzeitschriften der Berufsverbände, wie das „Ergotherapie und Rehabilitation“ konsultiert. Dadurch konnte sichergestellt werden, dass deutschsprachige Artikel, welche nicht in den Datenbanken zu finden sind, ebenfalls in die Arbeit miteinbezogen wurden. Tertiärliteratur, Dissertationen, als auch weitere Primär- und Sekundärliteratur wurde auf NEBIS recherchiert. Studien, bei welchen kein Volltext in den Datenbanken vorhanden war, wurden zuerst mittels GOOGLE SCHOLAR und NEBIS gesucht. Als zweiter Schritt wurde direkt in den jeweiligen gedruckten Fachzeitschriften nachgeschlagen und verschiedene Hochschulbibliotheken angeschrieben, wobei zusätzlich die Fernleihbestellung in Anspruch genommen wurde (Bern, Basel, Winterthur). Zudem konnten per Networkseiten wie Linked-In mehrere Autoren und Autorinnen persönlich angefragt werden.

2.2 Keywords

Die Datenbankrecherche wurde mittels Keywords durchgeführt. Trunkierungen und Boolesche Operatoren wurden eingesetzt, um die Trefferzahl einzuschränken oder zu erweitern. In den Datenbanken MEDLINE, AMED und CINAHL wurde mit Meshterms und Cinahl Headings (Thesauri) recherchiert. In der Tabelle 3 sind die wichtigen und effektiven Keywords und Thesauri für die Datenbankrecherche aufgeführt. Die verschiedenen Kombinationen der Keywords und Thesauri, als auch die Anwendung der Trunkierungen und Booleschen Operatoren sind in der Suchmatrix (Anhang A) ersichtlich.

Tabelle 3. Keywords

Schlüsselwort	Keywords	Cinahl Subject Heading	Meshterm
Spiel	Play, "use of play"	"play and playthings"	Play
Ergotherapie	"occupational therap*", "occupational science"	"occupational therapy"	"occupational therapy"
Pädiatrie	Pediatric*/paediatrics, child*	"Pediatric occupational therapy", child	"Pediatric occupational therapy"
Üblich in der Praxis, Praxismuster	Practice pattern, pra*	"Practice patterns"	"professional practice"
Paradigma	Paradigm, "contemporary occupational therapy"	"Paradigms"	
Umfrage	Survey		"Survey"

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Hauptstudien dieser Arbeit wurden mittels nachstehender Kriterien selektiert (Tabelle 4). Da sich der Fokus der Literatursuche auf den allgemeinen Einsatz von Spiel durch Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Praxis richtete, wurden Interventionsstudien sowie Studien, die sich auf ein spezifisches Spiel beziehen (z.B. Computerspiele, Puppenspiele oder Brettspiele), ausgeschlossen. Studien mit Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen aus anderen Fachbereichen als der Pädiatrie, sowie aus anderen Professionen wurden nur berücksichtigt, wenn mindestens die Hälfte der Stichprobe Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen aus der Pädiatrie waren. Neben diagnoseunabhängiger Literatur, wurden nach Erweiterung der Einschlusskriterien auch Studien zu spezifischen Diagnosen miteinbezogen. Dadurch ist der Einbezug aller relevanten Daten für die Beantwortung der Fragestellung gesichert, denn Diagnosen sind ein wichtiger Einflussfaktor auf den Einsatz von Spiel in der Therapie. Um nicht einer einzelnen Diagnose zu viel Bedeutung zu geben und ein allgemein gültiges Bild zu erhalten, wurde entschieden, je Diagnose höchstens eine Studie einzuschliessen. Dabei war das Alter der Studie ausschlaggebend. Literatur aus westlichen, industrialisierten Ländern (Europa, USA, Kanada, Australien, Neuseeland) wurde berücksichtigt, da in diesen Ländern das Verständnis und die Werte bezüglich Ergotherapie ähnlich wie in der Schweiz ausfallen. Um ein möglichst aktuelles Bild der Praxis zu generieren, wurde für die Hauptstudien der Zeitraum der letzten zehn Jahre berücksichtigt. Dies begründet sich darin, dass Veränderungen, welche ein Paradigmenwechsel mit sich bringt, verzögert in der Praxis ankommen können. Aufgrund der Sprachkenntnisse

und der daraus resultierenden Verständlichkeit wurde nur deutsche und englische Literatur eingeschlossen. Des Weiteren wurden nur Studien, welche dem EMED-Format entsprechen, das heisst einen Methodenteil beinhalten, hinzugezogen. Dies wurde beim abschliessenden Selektionsprozess der Hauptstudien entschieden, da die Ergebnisse anderenfalls nicht auf ihre Güte hin bewertet werden konnten.

Tabelle 4. Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
– Diagnosespezifische und diagnoseunabhängige Literatur	– Mehr als eine Studie pro Diagnose
– Fokus auf Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Pädiatrie (mind. 50% der Stichprobe)	– Stichprobe beinhaltet ausschliesslich Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen aus den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie, Geriatrie, Psychiatrie oder Arbeitsrehabilitation, sowie ausschliesslich von anderen Professionen
– Einsatz von Spiel allgemein	– Spezifische Interventionen (z.B. Computer, Brettspiel, Puppenspiel, Rollenspiel, etc.)
– Jahr 2007-2017	– Interventionsstudien
– deutsch und englisch	– Kein EMED Format
– westliche, industrialisierte Länder (USA, GB, Australien, Europa, Neuseeland, Kanada)	

2.4 Suchergebnisse

Die erzielten Suchergebnisse in den verschiedenen Datenbanken mit unterschiedlich kombinierten Keywords finden sich detailliert in der Suchmatrix (Anhang A). Die Abbildung 4 stellt den Suchprozess übersichtlich dar. Bei Suchresultaten bis zu hundert Studien, welche nicht weiter eingrenzbar waren, ohne Daten zu verlieren, wurden alle Abstracts durchgesehen. Dabei wurden die Ein- und Ausschlusskriterien zu Hilfe genommen. Studien mit vielversprechenden Abstracts wurden als relevante Literatur in die Suchmatrix eingefügt und auf dem Literaturverwaltungsprogramm Refworks einsortiert. In der Suchmatrix wurde zusätzlich zu jeder Studie vermerkt, inwieweit man den Volltext auffinden konnte und was die wichtigsten Studieninhalte zur Beantwortung der Fragestellung waren. Nach Erweiterung der Einschlusskriterien von „diagnoseunabhängig“ auf „diagnoseunabhängig und –spezifisch“ wurden alle der bisherigen Suchanfragen erneut durchgeführt, um eine Datenlücke zu vermeiden. Anschliessend wurde mit Hilfe der bestehenden Ein- und Ausschlusskriterien eine ausführliche Durchsicht aller bisher gefundenen Studien vorgenommen. Diese ist im

Anhang B detailliert dargestellt. Aufgrund dessen wurden die Ein- und Ausschlusskriterien erneut angepasst (Zeitraum, EMED-Format und nur eine Diagnose je Krankheitsbild), woraufhin die Auswahl der fünf Hauptstudien erfolgte. Im Verlauf der Literaturrecherche wurde festgestellt, dass sich zum zweiten Teil der Fragestellung keine geeignete Primär- und Sekundärliteratur findet. Aus diesem Grund wurde entschieden, die Hauptstudien nur für die Beantwortung des ersten Teils der Fragestellung auszuwählen. Der zweite Teil der Fragestellung, nämlich bezüglich des Paradigmas, wird in der Diskussion beantwortet.

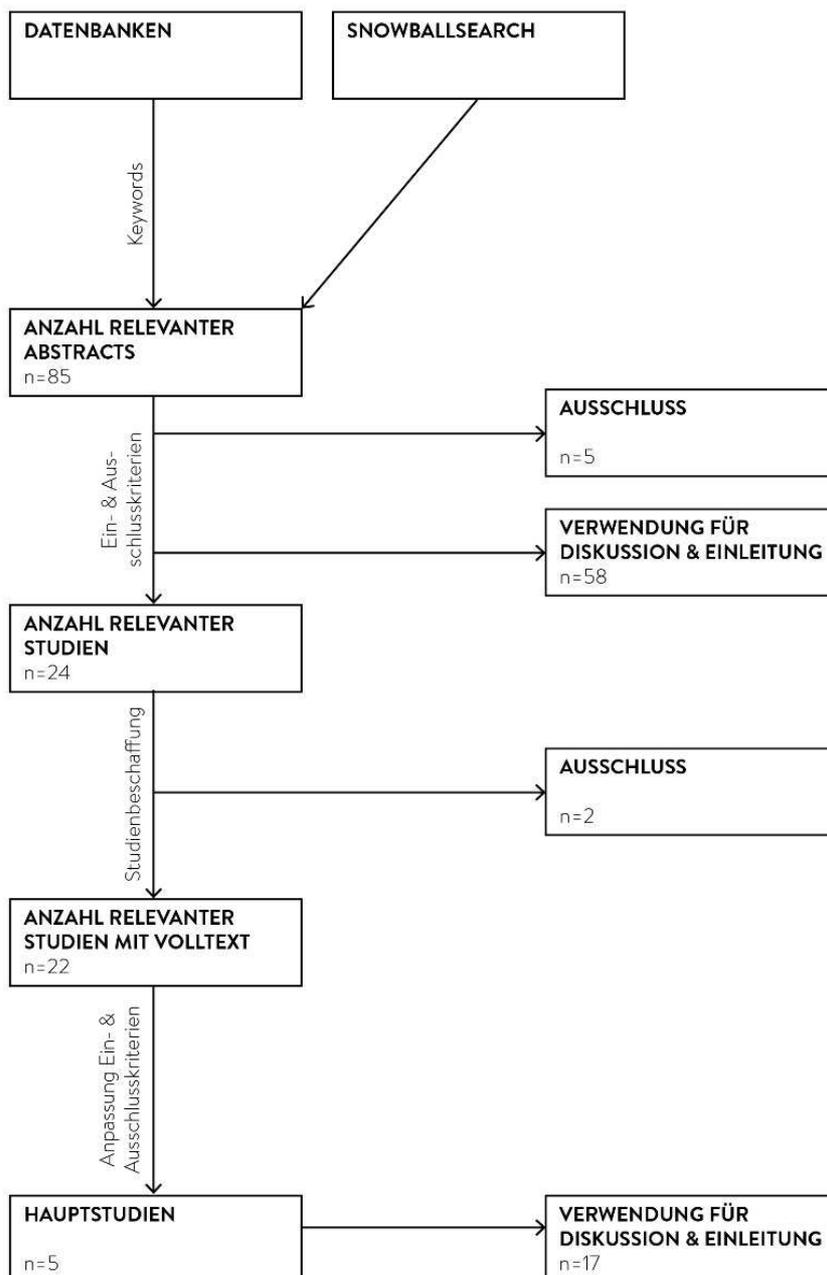


Abbildung 4. Suchprozess

2.5 Datenanalyse

Die ausgewählten Studien wurden mittels standardisierter Evaluationsinstrumente zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Dazu wurden sowohl die qualitativen und quantitativen Studien, als auch die mixed method Studie, mit dem Arbeitsinstrument Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) beurteilt. Die vollständig ausgefüllten Beurteilungsbögen der Hauptstudien finden sich im Anhang C.

3 Resultate

Im folgenden Kapitel werden die fünf Hauptstudien zusammengefasst dargestellt, kritisch gewürdigt und die Relevanz für die vorliegende Arbeit wird aufgezeigt. Um die Übersicht zu gewährleisten fokussiert sich die Zusammenfassung der Studien jeweils auf die relevanten Aspekte zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit. So werden auch die in der Studie von Ashburner, Rodger, Ziviani und Jones (2014) genannten Therapieansätze nicht berücksichtigt, da diese wenig über den konkreten Einsatz von Spiel aussagen.

In der Tabelle 5 findet sich eine Übersicht über alle Hauptstudien, welche zusammengefasst die wichtigsten Aussagen dieses Kapitels darstellen.

In den Hauptstudien werden verschiedene Diagnosegruppen, sowie spezifische Assessments genannt. Diese sind im Anhang D ausführlich beschrieben.

Alle Hauptstudien befinden sich auf dem Evidenzlevel 1 der 6-S-Pyramide nach DiCenso, Bayley und Haynes (2009).

3.1 Hauptstudie I

Miller Kuhaneck, H., Tanta, K. J., Coombs, A. K. & Pannone, H. (2013). A survey of pediatric occupational therapists' use of play. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 6(3), 213-227.

3.1.1 Zusammenfassung

Zielsetzung

Das Ziel der Studie ist es, herauszufinden, wie der Einsatz von Spiel bei Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in den USA in der Behandlung von Kindern zwischen drei und sieben Jahren ist. Des Weiteren möchte die Studie erforschen, ob ein Zusammenhang zwischen dem Praxissetting und dem Einsatz von Spiel besteht.

Methode

Bei dieser Studie handelt es sich um ein quantitatives Studiendesign. Aus allen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, die Mitglied der „early intervention and school system and sensory integration special interest section“ der AOTA sind,

wurde eine Zufallsstichprobe von 500 Teilnehmenden gezogen. Diese füllten einmalig eine Umfrage aus, wobei 185 als geeignet eingeschlossen wurden. Für die Datenanalyse wurden deskriptive statistische Verfahren angewandt und die Antworten auf die offenen Fragen wurden kategorisiert.

Ergebnisse

Aus den Ergebnissen kommt hervor, dass Spiel als Hauptfokus bei 1-20 Prozent aller Interventionen und aller behandelten Kinder eingesetzt wird. 42 Prozent der Teilnehmenden berichten, dass sie 1-20 Prozent der Zeit brauchen, um Spiel als Hauptfokus in die Therapie mit einzubringen (Abbildung 5).

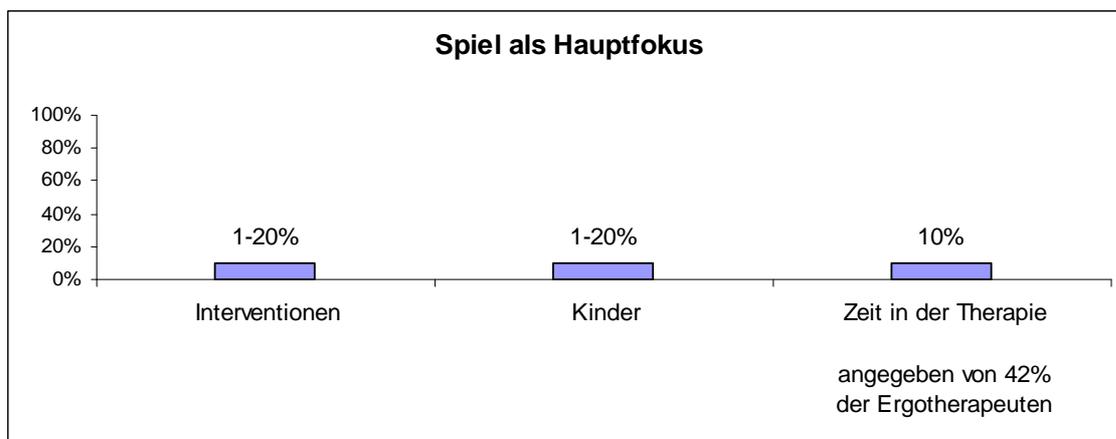


Abbildung 5. Spiel als Hauptfokus

38 Prozent der Befragten geben an, Spiel in der Therapie zu erheben. Den Test of Playfulness [ToP]¹ wenden drei Prozent und die Knox Preschool Play Scale [PPS]² vier Prozent der Studienteilnehmenden an.

48 Prozent der Befragten geben an, bei 20 Prozent der Kinder spielbasierte Ziele zu formulieren. 19 Prozent der befragten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen nutzen spielbasierte Ziele für 51 Prozent ihrer zu behandelnden Kinder. 20 Prozent der Befragten verfolgen keine spielbasierten Ziele (Abbildung 6).

¹ Assessment zur Evaluation von Spiel und Playfulness durch die Beobachtung und Punktebewertung eines Kindes beim Spielen (Hindmarsh-Hook, 2005)

² Assessment zur Bewertung der altersentsprechenden Spielentwicklung eines Kindes (Hindmarsh-Hook, 2005)

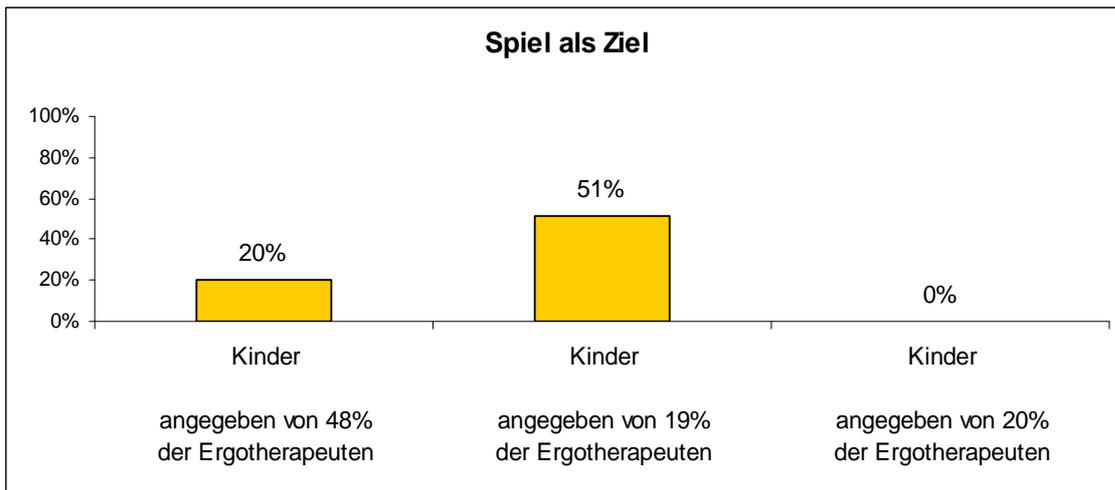


Abbildung 6. Spiel als Ziel

Spiel als Mittel wird bei insgesamt 80-100 Prozent der Interventionen und bei 80-100 Prozent aller zu behandelnden Kinder eingesetzt. Die Dauer, während welcher Spiel als Mittel pro Therapieeinheit genutzt wird, beträgt 51-80 Prozent bei 41 Prozent der Befragten (Abbildung 7).

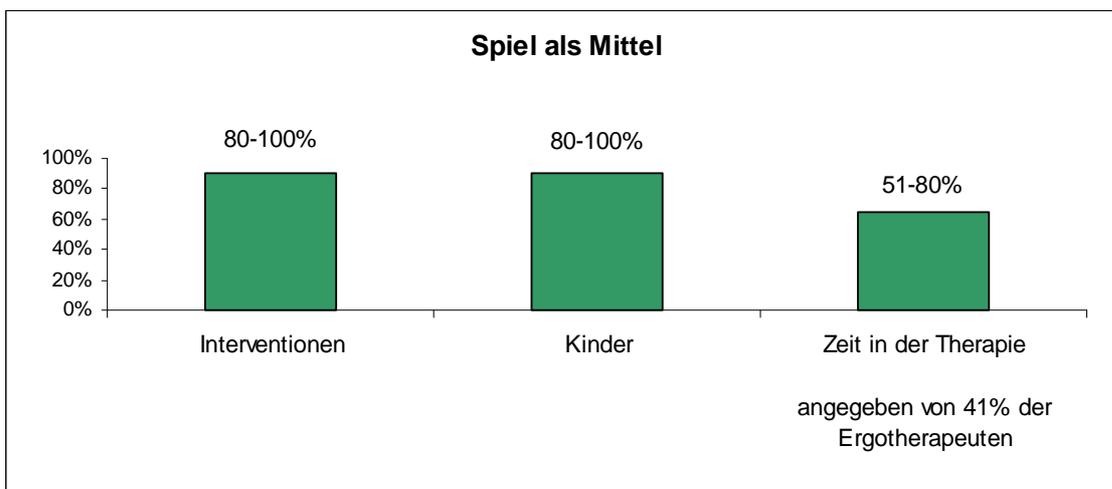


Abbildung 7. Spiel als Mittel

Die meist genutzten Referenzrahmen sind die Sensorische Integration [SI] (96 Prozent), der entwicklungspsychologische (93 Prozent), entwicklungsneurologische (72 Prozent) und das Model of Human Occupation [MOHO]³ (40 Prozent). Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem meist genutzten Referenzrahmen und wie Spiel in der Intervention gebraucht wird.

³ Das Model of Human Occupation ist ein holistisches Praxismodell nach Gary Kielhofner (2008), welches die Betätigungsfokussierung, Klientenzentrierung und Evidenzbasierung beinhaltet.

Als Belohnung wird Spiel 1-20 Prozent aller Interventionen und aller behandelten Kinder eingesetzt. 64 Prozent der Befragten geben an, Spiel in 1-20 Prozent der Zeit in einer Therapieeinheit als Belohnung zu nutzen (Abbildung 8).

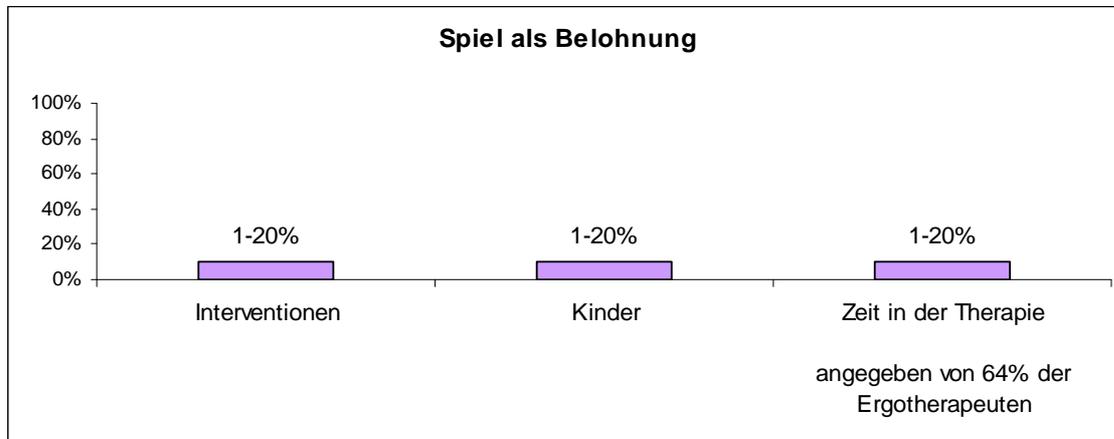


Abbildung 8. Spiel als Belohnung

Es kann kein Zusammenhang zwischen dem Arbeitssetting und dem Einsatz von Spiel festgestellt werden.

Bei den qualitativen Fragen des Umfragebogens werden *Barrieren, um Spiel in der Praxis einzusetzen* genannt. Viele Therapeuten und Therapeutinnen glauben, als akademische Profession keine spielbasierte Ziele formulieren zu können. In der Praxis werden spielbasierte Assessments nicht rückvergütet und so fühlen sich die Teilnehmenden gezwungen, den Fokus auf andere Bereiche zu legen oder Spielassessments versteckt durchzuführen. Andere Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen berichten, dass sie den Bereich Spiel anderen Professionen überlassen, weil dies in ihrem Setting üblich ist oder weil die anderen sich darauf spezialisiert haben.

Eine Notwendigkeit nach Aus- und Weiterbildung im Bereich Spiel geht aus den qualitativen Antworten der Umfrage hervor.

3.1.2 Kritische Würdigung der Studie

Stärken

Die Einleitung dieser Studie hat eine sehr umfangreiche und vertiefte Einbettung in bereits bestehende Literatur. Das Thema Spiel hat höchste Relevanz für die Ergotherapie und die Notwendigkeit der Studie ist gut begründet.

Die Stichprobenziehung fand randomisiert statt, wodurch versucht wurde eine möglichst breite Stichprobe über die gesamten USA zu erhalten. Der Fragebogen wurde auf dessen Verständlichkeit und Test-Retest-Reliabilität überprüft.

Die Ergebnisse sind präzise aufgeführt.

Ebenso sind die Praxisempfehlungen verständlich und so formuliert, dass sie umsetzbar sind. In den Limitationen erwähnen die Autoren und Autorinnen, dass die Rücklaufquote klein ausfiel und dies zu Bias führen könnte.

Schwächen

Das Design der Studie und deren Begründung sind nicht genannt.

Obwohl aus einer vorangehenden Studie (Couch et al., 1998) Erfahrungswerte bestehen, wird keine Sample Size Calculation gemacht. Die Angemessenheit der Stichprobengrösse ist deshalb fragwürdig. Da unklar ist, was die Begleitschreiben der Umfragen beinhalten, ist ungewiss, ob alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen dieselbe Definition von Spiel haben. Dadurch sind die Interrater-Reliabilität und die Objektivität des Fragebogens umstritten.

Die Datenanalyse ist intransparent beschrieben. Es ist nicht klar ersichtlich, welche Verfahren für welche Daten eingesetzt wurden und ob die Skalenniveaus mit den Analyseverfahren übereinstimmen. Des Weiteren ist die Kategorisierung der offenen Fragen nicht genau beschrieben, was die Nachvollziehbarkeit für diese Ergebnisse einschränkt. Dies vermindert die Glaubwürdigkeit der Studie.

Die Ergebnisse sind aus diesen verschiedenen Gründen kritisch zu betrachten.

3.1.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit

Diese Studie ist für die vorliegende Arbeit insofern relevant, als dass sie die Thematik *Einsatz von Spiel* präzise untersucht. Die Fragestellung der Studie entspricht grundlegend der Fragestellung der hier vorliegenden Bachelorarbeit.

3.2 Hauptstudie II

Castelhano, N., Silva, F., Rezende, M., Roque, L. & Magalhães, L. (2013). Ludic content in multisensory stimulation environments: an exploratory study about practice in Portugal. *Occupational therapy international*, 20(3), 134-143.

3.2.1 Zusammenfassung

Zielsetzung

Das Ziel der Studie ist es, festzustellen, ob Fachpersonen Räume mit multisensorischer Stimulation⁴ für den Einsatz von Spiel als geeignet betrachten und wie sie Spiel in den Interventionen einbetten.

Methode

Das qualitative Studiendesign ist die Inhaltsanalyse. Eine Gelegenheitsstichprobe wurde gezogen. Sie beinhaltet zwölf Fachpersonen, davon acht Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, einen Physiotherapeuten und vier Heilpädagogen und Heilpädagoginnen. Sie wurden alle anhand eines offenen Interviews durch einen Forschenden befragt. Als Datenanalyseverfahren wird Inhaltsanalyse verwendet.

Ergebnisse

Aus den Antworten der Befragten wird klar, dass Spiel grundlegend in der multisensorischen Stimulationsumgebung und deren Aktivitäten vorhanden ist. Fachpersonen, die mit Kindern arbeiten, berichten von den Spielarten, die in den Räumen entstehen. Dazu gehören freies Spiel, Exploration und Symbolspiel. Aus den Befragungen kommt hervor, dass die multisensorische Stimulationsumgebung einen spielerischen Ort darstellt.

3.2.2 Kritische Würdigung der Studie

Stärken

Die Thematik wird in der Einleitung mit vielseitiger Literatur eingeführt.

Die Forschungsfrage ist konkret.

Im Ergebnisteil sind verschiedene Kategorien, die analysiert wurden, nachvollziehbar erläutert. Dass diese mit zahlreichen Zitaten der Teilnehmenden beispielhaft

⁴ Eine multisensorische Stimulationsumgebung ist ein Raum, in welchem die sensorische Stimulation kontrolliert (intensiviert oder reduziert) werden kann (Hope, 1998).

untermauert sind, bestätigt die empirische Verankerung. Die Ergebnisse decken die Forschungsfrage ab und mit der Thematik wird ein relevanter Beitrag für die Ergotherapie geleistet.

Schwächen

Die Forschungslücke wird in der Einleitung ungenügend erläutert.

In der Methode bleibt die Begründung für die Wahl der Inhaltsanalyse als Studiendesign offen. Nach der Datenerhebung wurde ein Teilnehmender ausgeschlossen, was zeigt, dass im Vorfeld nicht genügend Teilnahmekriterien festgelegt wurden. Die Repräsentativität der Stichprobe bezüglich der Berufsgruppen wird in den Limitationen der Studie zwar erwähnt, jedoch finden sich im Ergebnisteil keine Angaben zur Berufsgruppe.

Die Entstehung, der Inhalt und die Anwendung des Interviewskripts werden nicht transparent beschrieben. Es findet sich keine Begründung, weshalb nicht alle Befragten mit den gleichen Voraussetzungen für das Interview ausgestattet wurden. Des Weiteren wird der Ort der Interviewdurchführung nicht beschrieben, wobei der Kontext bei qualitativen Datenerhebungen eine zentrale Rolle spielen würde. Sowohl die Subjektivität des Interviewers, das Prinzip der Offenheit, als auch die Beziehung zwischen dem Forscher und den Teilnehmenden bleiben unreflektiert. Dadurch bleibt die intersubjektive Nachvollziehbarkeit eingeschränkt.

In der Datenanalyse wird kein Re-Test erwähnt, welcher bei einer Inhaltsanalyse üblich ist.

3.2.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit

In dieser Studie geht es um den Einsatz von Spiel in einem spezifischen Setting. Dies ist für die vorliegende Arbeit insofern relevant, als dass dabei der Einsatz von Spiel in der pädiatrischen Therapie konkret beschrieben wird.

3.3 Hauptstudie III

Dall'Alba, L., Gray, M., Williams, G. & Lowe, S. (2014). Early Intervention in Children (0–6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(2), 72-80.

3.3.1 Zusammenfassung

Zielsetzung

Das Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, welche Rolle die Ergotherapie in der Frühintervention bei Kindern mit seltener Entwicklungsstörung in Australien einnimmt.

Methode

Um dies herauszufinden wird eine Querschnittsstudie durchgeführt. Der Ansatz der Studie ist als Mixed Method bezeichnet. Es wird aus der Population, nämlich Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, welche mit Kindern im Alter zwischen null und sechs Jahren mit einer seltenen Entwicklungsstörung arbeiten, eine Gelegenheitsstichprobe in Queensland gezogen. Die Stichprobe enthält 28 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, die alle bei dem Department of Communities Disability Services (DACCS) angestellt sind. Dabei liegt die Rücklaufquote bei zwölf Personen mit einem Drop-out. Die Datenerhebung findet mittels Fragebogen statt. Es fanden zwei Folgeinterviews statt. Diese werden mittels Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Der Bereich, welcher in der Therapie mit seltenen Entwicklungsstörungen am meisten adressiert wird, ist Spiel. 81.8 Prozent der Befragten fokussieren den Bereich der Spielunterstützung. Um dieses Ziel zu erreichen setzen 27.6 Prozent der Befragten in der Intervention regelmässig Spielzeuge ein, 20.7 Prozent arbeiten mit Exploration und 24.1 Prozent gebrauchen das „Ursache-Wirkung“-Prinzip. Für die Befragten stellt der Einsatz von Spiel in der Behandlung von Kindern mit einer seltenen Entwicklungsstörung ein Schlüsselement dar.

3.3.2 Kritische Würdigung der Studie

Stärken

Die Autoren und Autorinnen zeigen die Forschungslücke auf.

Die Entwicklung des Fragebogens für die Umfrage wird präzise und transparent beschrieben. Beispielfragen sind im Anhang einsehbar, was die Nachvollziehbarkeit fördert. Die Tabellen zu den Ergebnissen sind präzise und ergänzen den Text.

Limitationen sind teilweise aufgeführt.

Schwächen

In dieser Studie sind viele Schwächen erkennbar. Die Formulierung der Fragestellung ist nicht klar und verständlich, denn es ist unklar, was mit dem Begriff *Rolle* gemeint ist. Die Begründung des Studiendesigns ist nicht transparent.

Zudem wurde eine Gelegenheitsstichprobe vorgenommen, aber nur die Grösse der Stichprobe wird als Limitation aufgeführt. In den qualitativen Folgeinterviews ist eine Teilnehmende aus einer anderen Berufsgruppe. Da sich die Fragestellung aber auf die Ergotherapie bezieht, ist die Übertragbarkeit limitiert. Die Datenerhebung mittels Interviews ist nicht nachvollziehbar, zumal keine Angaben zu den gestellten Fragen vorhanden sind.

Für die Datenanalyse der quantitativen Anteile des Fragebogens wird kein Verfahren beschrieben. Für die Auswertung der Interviews wird zwar die Inhaltsanalyse genannt, aber die Interviews wurden nicht aufgenommen. Dadurch ist die Reproduzierbarkeit, welche die Inhaltsanalyse auszeichnet, nicht gegeben. Auch die Objektivität der Forschenden ist nicht gewährleistet.

In der Darstellung der Ergebnisse fehlt die empirische Verankerung, denn es sind keine Zitate miteinbezogen. Die Kategorien, die gemacht wurden, sind in den Ergebnissen nicht sichtbar.

3.3.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit

Bei der spezifischen Klientengruppe Kinder mit einer seltenen Entwicklungsstörung wird Spiel als Hauptbereich in der Therapie eingesetzt. Dies ist für die vorliegende Arbeit relevant, weil sich zum Einsatz von Spiel konkrete Interventionsinhalte finden.

3.4 Hauptstudie IV

Ashburner, J., Rodger, S., Ziviani, J. & Jones, J. (2014). Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities. *Australian occupational therapy journal*, 61(2), 110-120.

3.4.1 Zusammenfassung

Zielsetzung

Das Ziel der Studie ist es, Informationen zu erbrachten ergotherapeutischen Leistungen (z.B. Informationsgewinnung, Zielsetzung) für Menschen mit Autismusspektrumsstörung [ASS] in Queensland zu sammeln.

Methode

Um diese Thematik zu untersuchen, wählen die Autoren und Autorinnen ein quantitatives Studiendesign. Es wird eine Umfrage an alle in Queensland registrierten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen gesandt. Von den 818 rückgesandten Antworten wurden 235 begründet in die Studie eingeschlossen. Die elektronisch versandte Umfrage enthält alle Themen, welche beim Forschungsziel in der Einleitung aufgelistet sind. Für die Datenanalyse wurde ein deskriptives statistisches Verfahren angewandt. Dabei wurden die offenen Fragen von zwei unabhängigen Personen in deskriptive Kategorien kodiert.

Ergebnisse

Assessments bezüglich Spiel und Freizeit werden von drei Prozent häufig/immer verwendet, von 19 Prozent manchmal und von 69 Prozent sehr selten/nie angewandt (Abbildung 9).

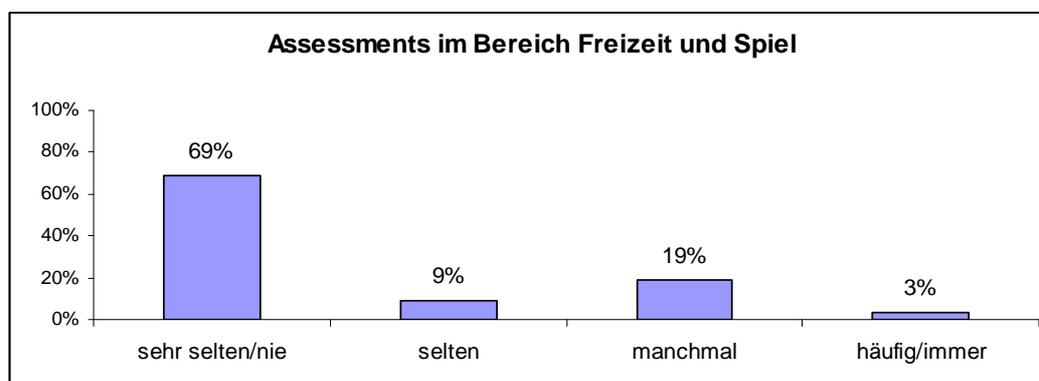


Abbildung 9. Assessments im Bereich Freizeit und Spiel

Therapieziele im Bereich der Entwicklung von Spielfertigkeiten sind von 52 Prozent der Befragten als eines der sieben wichtigsten Zielbereiche angegeben.

3.4.2 Kritische Würdigung der Studie

Stärken

Die Forschungslücke wird mit Literatur begründet.

In Bezug auf die Fragestellung ist die Datenerhebungsmethode nachvollziehbar dargestellt. Die Objektivität und Reliabilität des Messverfahrens ist durch eine genaue Beschreibung und Begründung wie dieses entstanden ist, gewährleistet. Die Skalenniveaus der Variablen stimmen mit den angegebenen Testverfahren überein.

In der Diskussion wird die Relevanz der Studie durch sinnvolle Implikationen für die Praxis unterstrichen. Die Studie führt die meisten Limitationen im Text auf, was von einer starken Transparenz und Glaubwürdigkeit zeugt.

Schwächen

Die Wahl der Stichprobengrösse wird in der Studie nicht erklärt, obwohl Erfahrungswerte aus anderen Ländern dazu bestehen. Ausserdem wurde eine Gelegenheitsstichprobe gezogen, weshalb fraglich ist, ob die Ergebnisse repräsentativ für die Population sind. Da nicht alle Teilnehmenden auf alle Fragen geantwortet haben, ist die Validität der Daten fraglich.

Es ist nicht klar ersichtlich, welche Daten der geschlossenen Fragen mit welchem Verfahren analysiert wurden.

3.4.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit

Die Ergebnisse dieser Studie sind für die vorliegende Arbeit insofern relevant, als dass sie den Einsatz von Spiel bei dem spezifischen Krankheitsbild ASS aufzeigen. Es kann konkret herausgelesen werden, wie häufig und in welcher Form Spiel (Assessment und Zielsetzungen) von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen eingesetzt wird.

3.5 Hauptstudie V

Saleh, M. N., Korner-Bitensky, N., Snider, L., Malouin, F., Mazer, B., Kennedy, E. & Roy, M. A. (2008). Actual vs. best practices for young children with cerebral palsy: a survey of paediatric occupational therapists and physical therapists in Quebec, Canada. *Developmental Neurorehabilitation*, 11(1), 60-80.

3.5.1 Zusammenfassung

Zielsetzung

Das globale Ziel der Studie ist es, die Praxis von Fachpersonen der Ergotherapie und der Physiotherapie in der Behandlung von vier typischen Kindern mit Zerebralparese [CP] zu beschreiben. In einer Spezifizierung der Fragestellung werden Unterthemen (z.B. Häufigkeiten in der Praxis; bezüglich Problemidentifikation, Assessments, Behandlungsziel) erläutert.

Methode

Das Design dieser Studie ist quantitativ und es handelt sich um eine multizentrische Querschnittsstudie. Die Population beinhaltet Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen und Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, welche mit kleinen Kindern mit CP (eins bis fünf Jahre) tätig sind. Das Sampling wird mittels Gelegenheitsstichprobe in der Provinz Quebec (Kanada) gemacht. Die Daten werden durch eine Umfrage in einem strukturierten Telefoninterview erhoben. Dazu werden vier Fallvignetten (zwei mit Hemiplegie und zwei mit Quadriplegie, je mit 18 Monaten und vier Jahren) verwendet. Die quantitativen Daten wurden mit verschiedenen deskriptiven statistischen Verfahren entsprechend deren Skalierung analysiert. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden kodiert und anschliessend wurden die Codes nach der International Classification of Function [ICF]⁵ gruppiert.

Ergebnisse

Es stellt sich heraus, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen den Fokus der Praxis auf Beeinträchtigung der funktionellen Aspekte wie ADL oder Ernährung setzen. Die Bereiche Spiel, Freizeit oder soziale Integration werden wenig beachtet. Nicht mehr als 20 Prozent der befragten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

⁵ Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine internationale Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation [WHO] von den Komponenten der Gesundheit (DIMDI, 2017).

wenden Assessments im Bereich Spiel an, wobei bei vierjährigen Kindern mit Hemiplegie sogar nur fünf Prozent solche anwenden.

Auch werden Interventionen, die auf Spiel ausgerichtet sind, mehr bei Kindern die jünger (18 Monate) sind gebraucht (Abbildung 10). Bei älteren Kindern (4 Jahre) wird Spiel seltener eingesetzt, nämlich von 13,2 Prozent bei Kindern mit einer Hemiplegie und bei Kindern mit einer Tetraplegie von 12,2 Prozent (Abbildung 10).

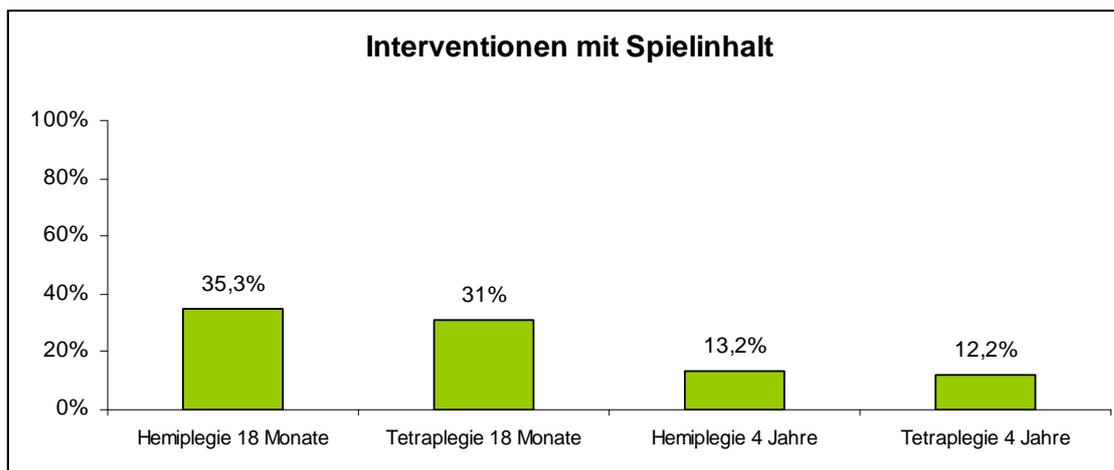


Abbildung 10. Interventionen mit Spielinhalt

Die meist genannten Behandlungsziele legen den Fokus auf Mobilität und funktionelle Unabhängigkeit. Weniger als 15 Prozent der Befragten verwenden unter den wichtigsten drei Zielen spielbasierte Ziele bei der Behandlung.

3.5.2 Kritische Würdigung der Studie

Stärken

Die Forschungslücke wird in der Einleitung ausführlich dargelegt.

Die Fallvignetten und der Fragebogen sind reliabel, objektiv und valide. Ihre Entstehung wird nachvollziehbar beschrieben. Auszüge der Fallvignetten werden im Methodenteil präsentiert, was von Transparenz zeugt. Die Daten wurden von allen Teilnehmenden mit der gleichen Methode erhoben und sie wurden im Vorfeld alle gleich informiert.

Die Ergebnisse sind klar und nachvollziehbar in verschiedene Kategorien unterteilt. Sie sind umfangreich, präzise und beleuchten verschiedene Aspekte zu der Thematik mit bereits bestehender Literatur. Die Tabellen ergänzen den Text und konkrete Empfehlungen für die Praxis werden gemacht.

Schwächen

Das Konzept der ICF wird im Ergebnisteil zwar einbezogen, in der Einleitung aber nicht definiert.

Das Design wird als multizentrisch beschrieben, das Sample wird jedoch nicht spezifisch oder randomisiert aus unterschiedlichen Institutionen generiert. Es wird keine Sample Size Calculation gemacht und die Begründung dafür ist unverständlich. Zudem ist nicht klar, für welche Population eine Aussage gemacht werden soll, denn in der Einleitung, der Fragestellung und den Ergebnissen fehlen geografische Angaben dazu. Zu gewissen Komponenten der Fragestellung bestehen Datenlücken (z.B. zu Interventionszielen), was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Das strukturierte Interview wird von anderen Studien übernommen und aufgrund dessen als validiert beschrieben. Die Übertragbarkeit der Validität des Messinstrumentes auf diese Studie ist jedoch fraglich.

Der Prozess der Datenanalyse ist nicht transparent erklärt. Es werden zwar sehr viele Tests angewandt, jedoch ist nicht nachvollziehbar, welche Daten mit welchem Verfahren ausgewertet werden. Ausserdem sind nicht für alle Verfahren die passenden Datenniveaus vorhanden und die geforderte Normalverteilung für den T-Test ist nicht geschildert.

3.5.3 Relevanz für die vorliegende Arbeit

Diese Studie ist für die vorliegende Arbeit insofern relevant, als dass sie auf ein spezifisches Krankheitsbild (CP) bezogen und in der Anlehnung an einen zeitgenössischen Ansatz (ICF) den Einsatz von Spiel aufzeigt.

Tabelle 5. Aufstellung der Hauptstudien

Autoren, Jahr	Name der Studie	Ziel	Design	Stichprobe	Stärken	Schwächen	Relevanz für BA
Ashburner, Rodger, Ziviani und Jones, 2014	Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities.	Informationen sammeln zu ergotherapeutischen Leistungen für Menschen mit ASS.	quantitativ	235 Ergotherapeuten und -therapeutinnen in Queensland, die mit Menschen mit ASS arbeiten	Limitationen aufgeführt, objektives und reliables Messverfahren, Datenerhebung nachvollziehbar, starke Glaubwürdigkeit, übersichtliche Darstellung der Ergebnisse	Gelegenheitsstichprobe, Stichprobengrösse, Daten inkomplett (Validität fraglich), Beschreibung der Datenanalyse nicht transparent	Einsatz von Spiel bei einer spezifischen Klientengruppe (Assessment und Zielsetzung)
Castelhano, Silva, Rezende, Roque und Magalhães, 2013	Ludic content in multisensory stimulation environments: an exploratory study about practice in Portugal.	Den Nutzen und Einsatz bezüglich Spiel von Räumen mit multisensorischer Stimulation erforschen.	qualitativ, Inhaltsanalyse	12 Fachpersonen, davon 8 Ergotherapeuten und -therapeutinnen in Portugal	Konkrete Forschungsfrage, sinnvolle Kategorien in den Resultaten, empirische Verankerung durch Zitate, Ergebnisse decken Forschungsfrage ab	keine Begründung für das Studiendesign, fehlende Ein- und Ausschlusskriterien Sample, Datenerhebung intransparent, keine Angaben zum Kontext der Datenerhebung, keine Reflexion der Forscherrolle	Einsatz von Spiel in einem spezifischen Setting, spezifische Spielformen
Dall'Alba, Gray, Williams und Lowe, 2014	Early Intervention in Children (0–6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role.	Rolle der Ergotherapie bei Kindern mit einer seltenen Entwicklungsstörung in Australien erforschen.	mixed method, Inhaltsanalyse explorative Studie	11 Ergotherapeuten und -therapeutinnen in Queensland	Forschungslücke begründet, Entwicklung des Fragebogens transparent, ergänzende Tabellen in den Ergebnissen	Fragestellung nicht präzise, keine Begründung Studiendesign, Stichprobe nicht repräsentativ, quantitatives Analyseverfahren nicht beschrieben, Glaubwürdigkeit Interviews limitiert Objektivität der Forschenden nicht gewährleistet	Einsatz von Spiel bei einer spezifischen Klientengruppe (Therapiefokus, Spielformen als Therapiemittel, Zielsetzung)
Miller Kuhaneck, Tanta, Coombs und Pannone, 2013	A survey of pediatric occupational therapists' use of play	Den Einsatz von Spiel bei Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in den USA in der Behandlung von Kindern zwischen 3 und 7 Jahren erheben.	quantitativ	185 Ergotherapeuten und -therapeutinnen in den USA	empirische Verankerung in der Einleitung, randomisierte Stichprobenziehung, Fragebogen reliabel, Ergebnisteil übersichtlich und verständlich	Stichprobengrösse, Datenanalyse intransparent, erforderliches Skalenniveau der Variablen nicht gegeben, fehlende Nachvollziehbarkeit der Auswertung der offenen Fragen	Einsatz von Spiel (Fokus, Assessment, Zielsetzung, Therapiemittel, Referenzrahmen, Belohnung)
Saleh, Korner-Bitensky, Snider, Malouin, Mazer, Kennedy und Roy, 2008	Actual vs. best practices for young children with cerebral palsy: a survey of paediatric occupational therapists and physical therapists in Quebec, Canada.	Die Praxis von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Behandlung von zwei typischen Kindern mit Zerebral Parese zu beschreiben.	quantitativ, multizentrisch	85 Ergotherapeuten und -therapeutinnen	Problem im Kontext von empirischer Literatur dargestellt, Fallvignetten reliabel, valide und objektiv, Fragebogen getestet, Ergebnisse klar und umfangreich, Bezug zum ICF	keine Definition des verwendeten Konzeptes (ICF), Stichprobe nicht repräsentativ und passt nicht zum Design, Datenanalyse nicht transparent dargelegt, Normalverteilung und Zulässigkeit Skalenniveaus fragwürdig Nachvollziehbarkeit Messinstrument nicht gegeben	Einsatz von Spiel bei einer spezifischen Klientengruppe (Therapiefokus, Assessment, Zielsetzung)

4 Diskussion

4.1 Kritische Diskussion der Ergebnisse

In der Diskussion werden die Ergebnisse der Hauptstudien verschiedenen Unterkapiteln zugeteilt. Sie werden in jedem Unterkapitel zuerst zueinander in Bezug gesetzt und anschliessend mit weiterführender Literatur verglichen. Zudem werden für die Erörterungen in jedem Unterkapitel Erklärungen mittels Literatur gesucht.

Zu bemerken ist, dass im Unterkapitel *Referenzrahmen* nicht auf alle eingegangen wird, sondern nur auf die, welche offensichtlich auch Spiel fokussieren.

Anschliessend wird der zweite Teil der Fragestellung beantwortet. Der Begriff Spiel wird in Bezug zum Paradigmenwechsel gesetzt. Gleichzeitig werden die Ergebnisse der Hauptstudien sowie weitere Literatur hinsichtlich Paradigma kritisch diskutiert.

Um die Übersicht zu wahren und bei gewissen Teilen der Diskussion den Lesefluss zu erleichtern, wurde eine Skalierung bei den Prozentzahlen der Hauptstudie Miller Kuhaneck et al. (2013) vorgenommen. Diese Skalierung ist angelehnt an ebendiese Studie. Die Begriffe, welche in der vorliegenden Arbeit anstatt der Prozentzahlen verwendet werden, sind in der Tabelle 6 ersichtlich.

Tabelle 6. Skalierung Prozentzahlen

Prozentzahlen	0%	1% - 20%	21% - 50%	51% - 80%	81% - 100%
Einsatz von Spiel	nie	selten	gelegentlich	häufig	immer
Probanden	keine	wenige	manche	viele	alle

4.1.1 Spiel als Hauptfokus der Therapie

Bezüglich der Problemfokussierung in der ergotherapeutischen Behandlung stellen die Resultate von Saleh et al. (2008) und Dall'Alba et al. (2014) einen Widerspruch dar. Während in Dall'Alba et al. (2014) die am meisten adressierten Probleme im Bereich der Spielunterstützung liegen, setzen die Probanden in Saleh et al. (2008) den Fokus wenig auf Probleme im Bereich Spiel. In Miller Kuhaneck et al. (2013) wird Spiel selten als Hauptfokus in den Behandlungen beschrieben. In einer Therapieeinheit fokussieren sich zwar einige Befragte auf Spiel, aber in einem kleinen Teil der Therapiezeit.

Die Tendenz, dass Spiel selten als Fokus der Therapie betrachtet wird, deckt sich mit der Aussage von Bundy (1993). Diese besagt, dass der Fokus der Therapie trotz des Einsatzes von Spiel hauptsächlich auf Performanzkomponenten liegt.

Die Studienresultate von Case-Smith und Miller (1999) wiederum stimmen mit denen von Dall'Alba et al. (2014) überein, denn sie legen dar, dass Probleme im Bereich Spiel mehr adressiert werden, als solche in der Selbstversorgung oder hinsichtlich motorischer Funktionen. Für den beschriebenen Widerspruch bezüglich Problemfokussierung in der Therapie finden sich in der Literatur keine Begründungen.

4.1.2 Spiel als Assessment

Häufigkeiten

Assessments, bei denen der Schwerpunkt auf Spiel gerichtet ist, werden in einigen Hauptstudien zwar eingesetzt, jedoch nicht häufig. Am häufigsten angewandt werden diese von 38 Prozent der Therapeuten und Therapeutinnen in Miller Kuhaneck et al. (2013). Dagegen wenden in Saleh et al. (2008) weniger als ein Fünftel der Befragten Assessments im Bereich Spiel an. Bei der spezifischen Diagnose CP mit Hemiplegie im Alter von vier Jahren sogar nur fünf Prozent. Auch knapp 70 Prozent der Befragten der Studie Ashburner et al. (2014) wenden sehr selten oder nie spielbezogene Assessments an und nur drei Prozent benutzen diese häufig.

Diese Aussagen werden durch die Ergebnisse diverser Studien unterlegt (Brown et al., 2007; Bundy, 1993; Howard, 2002; Kramer, Bowyer, O'Brien, Kielhofner und Maziero-Barbosa, 2009; Rodger, 1994; Rodger et al., 2005). Die meist genutzten Assessments von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Pädiatrie sind nach der Erhebung diverser Studien nicht spielbezogen oder partizipativ, sondern funktionell ausgerichtet (Brown et al., 2007; Howard, 2002; Kramer et al., 2009; Rodger, 1994). So werden zum Beispiel in den Studien von Rodger (1994) und Howard (2002) keine Assessments genannt, welche Spiel beinhalten. In der quantitativen Erhebung von Rodger et al. (2005) wird einzig die PPS genannt, wobei diese von fünf von 30 Therapeuten, welche mit Kleinkindern arbeiten, eingesetzt wird.

Angewandte Assessments

Dies stimmt mit den Ergebnissen der Hauptstudie Miller Kuhaneck et al. (2013) überein, nach der spielbezogene Assessments wie die PPS oder der ToP nur von wenigen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen angewandt werden.

Der Gebrauch der PPS und des ToP wird in vielerlei Literatur zitiert (Baron, 1991; Docking et al., 2013; Hindmarsh-Hook, 2005; O'Brien et al., 2000). In der Studie von O'Brien et al. (2000) wurden diese angewandt, indem die Kinder je 15 Minuten drinnen und 15 Minuten draussen in einem familiären und freien Spielsetting gefilmt wurden. Des Weiteren finden sich Quellen zum Einsatz der Play History⁶, des Tests of Environmental Supportiveness [TOES]⁷ und des Parent/Teacher Play Questionnaire (Hindmarsh-Hook, 2005; Schaaf, 1990).⁸

In einigen Studien findet die Erfassung mittels freiem Spiel statt. Dazu werden Videoaufnahmen des Kindes beim Spielen zu Hause gemacht und Beobachtungen der Eltern und Lehrer erfragt (Schaaf, 1990). Zudem wird das freie Spiel mithilfe einer Checkliste oder durch nicht standardisierte Beobachtung erhoben (Baron, 1991; Cook und Murray, 2000; Schaaf, 1990; Watts et al., 2014).

Ebenfalls genannt in der Studie von Watts et al. (2014) wird die Erhebung des Items Spiel mittels anderer Assessments. Dass Spiel manchmal mit funktionell orientierten Assessments erhoben wird, bestätigt die Studie von DeGangi, Wietlisbach, Goodin und Scheiner (1993) in der Spiel mit der Functional Emotional Assessment Scale⁹ erhoben wird.

Das Gegenteil findet in der Praxis ebenfalls statt. So werden spielbezogene Assessments genutzt, um nicht Spiel, sondern andere Entwicklungsfertigkeiten zu beobachten (Bundy, 1993).

⁶ Assessment, welche mittels einer Interviewcheckliste aktuelle und vergangene Vorlieben und Muster bzgl. Spiel des Kindes von Betreuungspersonen erfragt (Hindmarsh-Hook, 2005).

⁷ Assessment, welches hinderliche Umweltfaktoren des Kindes innerhalb einer typischen Spielumgebung evaluiert (Hindmarsh-Hook, 2005).

⁸ Nicht standardisiertes Assessmentinstrument, welches die Eltern unter anderem nach Informationen zur Spielqualität des Kindes oder zur Spielzeugnutzung befragt (Hindmarsh-Hook, 2005).

⁹ Ein Beobachtungsinstrument, welches Emotionen und soziale Fertigkeiten von Kindern erhebt (DeGangi et al., 1993).

Schwierigkeiten von spielbasierten Assessments

Obwohl Spiel als ein optimales Mittel für Assessments angesehen wird (CAOT, 1996; Desha et al., 2003), gibt es demnach nur Einzelfälle, in denen Spiel im Assessmentprozess der pädiatrischen Ergotherapie eine zentrale Rolle spielt.

Warum es sich um eine Seltenheit handelt, lässt sich aus diversen Erklärungsversuchen in der Literatur bis zu einem gewissen Grad herleiten.

Die Hauptstudie Miller Kuhaneck et al. (2013) erhebt mittels qualitativer Fragen einen Aspekt, welchen praktizierende Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen als Hindernis für den Einsatz von Assessments mit Spielfokus betrachten: die fehlende finanzielle Rückvergütung. Zur selben Schlussfolgerung kommt die Untersuchung von Kramer et al. (2009). Zudem zeigt sich eine Tendenz, funktionelle Daten zu erheben und dadurch zentrale übergeordnete Fertigkeiten wie Spiel zu vergessen (Cameron et al., 2001). Als weitere Hindernisse werden in der Literatur mangelndes Wissen bezüglich standardisierter Assessments zu Spiel (Bundy, 1993) und die fehlende Verfügbarkeit der Assessments (Rodger, 1994) genannt.

Ressourcen von spielbasierten Assessments

Neben all den Barrieren, welche den pädiatrischen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen im Weg zu stehen scheinen, finden sich in der Literatur auch Möglichkeiten, welche spielbasierte Assessments bieten. So erläutern einige Therapeuten und Therapeutinnen in der Studie von Kramer et al. (2009), dass allgemeine standardisierte Assessment für Kinder nicht passend sind und dass diese nicht das erheben, was sie erheben möchten. Aus diesem Grund greifen sie eher zu spielbasierten Assessments, bei welchen das Kind frei spielen kann, wodurch die Erhebung kindsgerechter ist.

4.1.3 Spiel als Ziel

Häufigkeiten

Im Hinblick auf die Formulierung von Zielen mit dem Fokus auf Spiel unterscheiden sich die Resultate der Hauptstudien deutlich, auch wenn sie schwer miteinander vergleichbar sind, da ihre Daten Unterschiedliches erheben. Während in Saleh et al. (2008) weniger als 15 Prozent der Probanden eines der drei wichtigsten Ziele spielbasiert formulieren, gehören spielbasierte Ziele für gut die Hälfte der Befragten aus Ashburner et al. (2014) unter die wichtigsten sieben Ziele. Vergleichsweise nutzen in Miller Kuhaneck et al. (2013)

20 Prozent der Befragten gelegentlich und die Hälfte der Befragten selten spielbasierte Ziele. 20 Prozent hingegen verfolgen nie Ziele mit Spielfokus. Die Ergebnisse von Saleh et al. (2008) und Miller Kuhaneck et al. (2013) werden durch die Studie von Darrah, Wiart und Magill-Evans (2008) unterstützt, welche aufzeigt, dass pädiatrische Therapeuten und Therapeutinnen am ehesten Ziele im Bereich Körperstrukturen und Körperfunktionen verfolgen.

Ein Vergleich der Häufigkeit der Anwendung von spielbasierten Zielen mit anderen Studienresultaten ist hier ebenso schwierig, da es kaum Studien dazu gibt. In Case-Smith und Miller (1999) findet sich als einziges eine weitere Angabe dazu. Im Gegensatz zu den Hauptstudien formulieren die Probanden dort häufig spielbasierte Ziele.

Zielinhalte

Zur Diskussion über spezifische Inhalte von Zielen, welche Spiel betreffen, gibt es mehr Literatur. Diese soll zum Vergleich und zur Ergänzung der Hauptstudie Castelhana et al. (2013) hinzugezogen werden, welche Exploration als Ziel in der pädiatrischen Praxis einsetzt. Andere Aspekte von Spiel, welche in der Praxis als Ziel angestrebt werden, sind das konstruktive Spielen mit bekannten Spielzeugen und kooperative Interaktion mit Spielkameraden (Baron, 1991; Hindmarsh-Hook, 2005). Ein konkretes Beispiel für ein spielbasiertes Ziel findet sich in O'Brien et al. (2000, S. 44); "Within five treatment sessions, child will successfully enter into an activity with playmates without disrupting the play process."

Aufschlussreich sind die Ergebnisse aus Rodger und Ziviani (1999) und dem Practice Paper der CAOT (1996), bei denen die Zielhierarchie die Zielformulierung bestimmt. So wird in beiden Untersuchungen die Meinung geteilt, dass übergeordnete Ziele spielbasiert formuliert werden und spezifische Ziele funktions- und fertigungsbezogen. Das Ziel ist oftmals die Entwicklung von Performanzfertigkeiten, welche für das übergeordnete Ziel einer effektiven Betätigungsperformanz im Spiel benötigt werden. In Rodger und Ziviani (1999) wird dafür als Beispiel die Förderung der Handfertigkeiten genannt, welche benötigt werden, um mit dem Teddybären eine Teeparty zu veranstalten.

Barrieren für spielbasierte Ziele

Trotz der Aussage von Ziviani et al. (2001), dass Spiel für die Entwicklung eines Kindes unumgänglich und grundlegend für den Lernprozess ist, kommt aus der Literatur nicht einheitlich hervor, dass regelmässig auf Spiel ausgerichtete Ziele formuliert werden. Miller

Kuhaneck et al. (2013) geht der Ursache dafür in ihrer Studie nach. Einige Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen begründen die eher geringe Anwendung von spielbasierten Zielen mit dem vorherrschenden Gefühl, dass diese nicht in ein akademisches Setting gehören. Andere nennen ihre Rolle im jeweiligen Setting oder den verwendeten Referenzrahmen als Hindernis.

Als unwichtig für die Inklusion von spielbasierten Zielen werden die Verfügbarkeit von Spielassessments und die Rückvergütung genannt (Miller Kuhaneck et al., 2013). Diese Aussage widerspricht in einem gewissen Masse den Angaben aus ebendieser Studie, dass die Rückvergütung für die Assessments ein Hindernis sei. Bambrick, Dennis und Wilkinson (2016) belegen jedoch, dass die Rückvergütung beim Einsatz von Spiel in allen Schritten des ergotherapeutischen Prozesses ein Problem darstellt. Die Probanden aus Bambrick et al. (2016) betonen jedoch, dass sie trotzdem Spiel in der Therapie einsetzen, die Berichte aber funktionell schreiben.

4.1.4 Spiel in unterschiedlichen Referenzrahmen

Die Untersuchung von Miller Kuhaneck et al. (2013) zeigt, dass kein Zusammenhang zwischen den genutzten Referenzrahmen und dem Einsatz von Spiel in der Ergotherapie besteht.

Trotzdem gibt es Angaben dazu, dass in bestimmten Referenzrahmen häufiger Spiel angewandt wird (CAOT, 1996; Rodger und Ziviani, 1999). Dazu gehören unter anderem der neuroentwicklungsorientierte, der SI, der occupational behaviour nach Reilly (1974), der sensomotorische und der biopsychosoziale Referenzrahmen.

Im biomechanischen Referenzrahmen, welcher ebenfalls häufig genutzt wird (Howard, 2002), scheint Spiel eine weniger relevante Rolle zu spielen.

Beim Behandeln im biopsychosozialen Referenzrahmen wird viel Aufmerksamkeit auf Playfulness¹⁰, einen spielfreundlichen Kontext und das Spiel mit Gleichaltrigen gelegt (CAOT, 1996).

Im Zusammenhang mit dem SI-Referenzrahmen wird Spiel als eng verknüpft angesehen, da sich Spiel und sensorische Fertigkeiten oder Performanzkomponenten gegenseitig beeinflussen (CAOT, 1996). Hierbei ist zu bemerken, dass die Definition von Spiel der SI

¹⁰ Nach Bundy und Skard (2008, zit. nach Kuhaneck, Spitzer und Miller, 2010, S. 32) müssen folgende drei Elemente vorhanden sein, damit von Playfulness gesprochen werden kann; intrinsische Motivation, internale Kontrolle und die Möglichkeit, die Realität vorübergehend auszublenden.

nicht übereinstimmt mit jener der hier vorliegenden Arbeit. Die SI beschreibt Spiel wie folgt: „Sensory integration theory describes play as the medium for intervention“ (Bundy, Shia, Long und Miller, 2007). Die Betätigungsbasierung und Klientenzentrierung fehlt in dieser Definition, wohingegen Reilly (1969) und Garvey (1977, zit. nach Bracegirdle, 1992, S. 109) diese beiden Komponenten mit Spiel als Hauptbetätigung und der intrinsischen Motivation miteinbeziehen.

4.1.5 Spiel als Therapiemittel und Methode

Häufigkeiten

Spiel wird von den befragten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in Miller Kuhaneck et al. (2013) fast immer als Therapiemittel eingesetzt. Zeitlich gesehen wird es von manchen Befragten häufig gebraucht.

Durch den Vergleich mit der Studie von Case-Smith und Miller (1999), bei der kindzentriertes Spiel¹¹ von 87 Prozent der Therapeuten zwischen manchmal und immer angewandt wird, verstärkt sich die Aussagekraft der Ergebnisse von Miller Kuhaneck et al. (2013). Auch Bambrick et al. (2016) und Melchert-McKearnan et al. (2000) kommen zu dem Schluss, dass Spiel häufig als Methode eingesetzt wird. Im Unterschied dazu kommt die Studie von Case-Smith (2000) zu einem gegenteiligen Ergebnis; nur in 16 Prozent der Interventionen wird Spiel als spezifische Intervention eingesetzt.

Spiel als Mittel in Bezug zu unterschiedlichen Zielsetzungen

Miller Kuhaneck et al. (2013) erheben, dass 88 Prozent der befragten Therapeuten und Therapeutinnen das Mittel Spiel für ein Ziel in einem anderen Bereich verwenden. Diese Aussage wird durch die Ergebnisse der Untersuchungen von Bambrick et al. (2016), Barros Medina (2010), Frank, Huecker, Segal, Forwell und Bagatell (1991), Potasz et al. (2013), Scaletti (2005) und Schaaf (1990) unterstützt. In diesen Studien waren die Ziele, welche durch das Mittel Spiel angestrebt wurden, unter anderem die Reduktion des Stresslevels, ein besserer Emotionszugang, aus Fehlern lernen oder Ziele im funktionellen Bereich.

Im Kontext der sensorischen Stimulationsumgebung wird Spiel als Mittel für spielbasierte und andere Ziele verwendet (Castelhano et al., 2013). Auch in Baron (1991) und dem

¹¹ Kindzentriertes Spiel ist ein therapeutisches Konzept, welches darauf basiert, dass das Kind frei explorieren und sich ausdrücken kann (Johnson, Bruhn, Winek, Krepps und Wiley, 1999).

Practice Paper der CAOT (1996) finden sich Mischformen zwischen spielbasierten und anderen Zielen.

Einzig die Fallstudie von Hindmarsh-Hook (2005) setzte das Mittel Spiel für ein rein spielbasiertes Ziel ein, nämlich das konstruktive Spielen mit bekannten Spielzeugen und die kooperative Interaktion mit Spielkameraden.

Dass Spiel eher häufig als Mittel, jedoch meist mit einem Ziel in einem anderen Bereich eingesetzt wird, lässt sich möglicherweise auf die Einstellungen der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen oder auf Empfehlungen der Literatur zurückführen.

Nach Bambrick et al. (2016) erleben Therapeuten und Therapeutinnen spielerische Therapien am effektivsten, weil die Kinder dann nicht merken, dass es sich um eine Therapie handelt und so unbemerkt Fortschritte machen. Die Compliance sei bei einer kindzentrierten, spielbasierten Intervention besser (Degangi et al., 1993). So werde Spiel auch häufiger eingesetzt, weil sich die Therapeuten und Therapeutinnen in dessen Gebrauch als Mittel sicher fühlen und Spiel intuitiv als Medium nutzen (Bundy, 1993). Literaturempfehlungen wie das Practice Paper der CAOT (1996) oder die AOTA (2012) könnten ebenfalls dazu beitragen, dass Spiel häufig als Mittel, jedoch nicht als Mittel und Ziel, eingesetzt wird. Das Practice Paper (CAOT, 1996) bezeichnet den Einsatz von Spiel als Mittel als einen traditionellen Ansatz, der ein wichtiger und substantieller Teil der Ergotherapie ist.

In der AOTA (2012) wird Spiel unter anderem als eine geeignete Methode beschrieben, um das Kind in funktionellen Bereichen, wie der Augen-Hand-Koordination oder sozialen Fertigkeiten, zu fördern. Hinzukommend finden sich in der Studie von Melchert-McKearnan et al. (2000) die Empfehlung, funktionelle Ansätze ins Spiel zu integrieren. Sie regen zum Beispiel an, die Erweiterung der Range-of-Motion versteckt in einer Spielaktivität zu üben, weil das Kind dann mehr Freude hat.

Spielformen

Die Ergebnisse der Untersuchung von Dall'Alba et al. (2014) zeigen auf, dass Spielzeuge, Exploration und das Ursache-Wirkungs-Prinzip von 20 bis 30 Prozent regelmässig als Therapiemittel eingesetzt werden.

Im therapeutischen Setting der multisensorischen Stimulation entstehen nach Castelhana et al. (2013) oftmals freies Spiel, Exploration und Symbolspiel.

Zum Einsatz von Symbolspiel (Hindmarsch-Hook, 2005; Scaletti, 2005) und freiem, non-direktivem Spiel (Baron, 1991; Scaletti, 2005) als Therapiemittel finden sich vergleichbare und ergänzende Beschreibungen in der Literatur.

Wie freies Spiel in einer Gruppentherapie eingesetzt wird, zeigt die Studie von Hindmarsch-Hook (2005), in der die Kinder täglich in einer Gruppe draussen und drinnen spielen konnten. Die Kinder durften die Spiele selbst wählen, wie zum Beispiel Scooter, Puzzles oder Verstecken. In Abspaltung zum freien Spiel lässt Schaaf (1990) das Kind zwar ein Spiel auswählen, die zur Auswahl stehenden Spiele sind jedoch spezifisch auf verschiedene Körperfunktionen ausgerichtet (z.B. Spielknete soll taktile Sensorik verbessern).

Nebst freiem Spiel und Symbolspiel findet sich einige Literatur zu Rollenspielen als Behandlungsmethode (Hindmarsch-Hook, 2005; Scaletti, 2005), wie zum Beispiel der Einsatz eines Krokodils aus Pappmaché auf der Kinderonkologiestation (Barros Medina, 2010)

Spielbasierter Kontext

Nicht nur in Castelhana et al. (2013) scheint der Kontext im Zusammenhang mit dem Einsatz von Spiel als Therapiemittel eine wichtige Rolle zu spielen. Die therapeutische Umwelt wird zum Beispiel mit Hilfe einer Aktivitätsanalyse so gestaltet, dass freie Spielerfahrungen für das individuelle Kind möglich sind (CAOT, 1996). Auch Rodger und Ziviani (1999) nennen den Snoezelen-Raum¹², welcher der multisensorischen Stimulationsumgebung ähnlich ist, als ein Beispiel für ein Setting, welcher durch seine sensorisch reiche Einrichtung die Exploration des Kindes fördert. Des Weiteren gibt es mehrere Studien, in denen Spielräume eingerichtet wurden und dem Kind eine Auswahl an Spielzeugen zur freien Verfügung gestellt wurden (Baron, 1991; Hindmarsh-Hook, 2005; Potasz et al., 2013; Schaaf, 1990).

Die Begründung, dass der Einsatz von Spiel als Mittel im Zusammenhang steht mit der spielfördernden Gestaltung der Umwelt, wie beispielsweise, dass Spielzeuge zur Verfügung gestellt werden, findet sich in den ergotherapeutischen Modellen. Darin gehört die Umwelt zu den zentralen Dimensionen, welche das ergotherapeutische Handeln

¹² Snoezelen ist eine Aktivität in einer ausgewogen gestalteten Räumlichkeit, die es Menschen ermöglicht grundlegende Sinneserfahrungen im taktilen, emotionalen und kognitiven Bereich zu machen (Singh, Lancioni, Winton, Molina, Sage, Brown und Groeneweg, 2004).

steuert (MOHO, KAWA Modell¹³, Bieler Modell¹⁴). Bambrick et al. (2016) betont die Wichtigkeit eines spielerischen therapeutischen Settings, welches natürlicherweise zu Spiel anregt, ebenfalls.

Ob eine solche spielerische Tätigkeit trotz Gestaltung und Veränderung der Umwelt durch den Therapeuten oder die Therapeutin noch als Spiel bezeichnet werden kann, hängt davon ab, ob das Kind freiwillig und spontan spielt und keine extrinsischen Ziele verfolgt werden (Garvey, 1977, zit. nach Bracegirdle, 1992, S. 109).

4.1.6 Spiel als Belohnung

Als Belohnung wird Spiel selten eingesetzt, wie die Studie von Miller Kuhaneck et al. (2013) ergibt. Dabei nutzen viele Probanden einen kleinen Zeitrahmen pro Therapieeinheit für Spiel als Belohnung. Zum Einsatz von Spiel als Belohnung findet sich keine weitere Literatur.

4.1.7 Spiel in Zusammenhang mit Diagnosen

Assessment

Wie die Untersuchungen von Saleh et al. (2008) und Ashburner et al. (2014) zeigen, kommen spielbasierte Assessments sowohl bei der Diagnose CP, als auch bei ASS selten zum Einsatz. Quantitative Studien zu Assessments erheben ferner hauptsächlich diagnoseunabhängig (Brown et al., 2007; Bundy, 1993; Howard, 2002; Kramer et al., 2009; Rodger, 1994; Rodger et al., 2005). Dabei ist zu bemerken, dass in fast allen von diesen Studien selten spielbezogene Assessments eingesetzt werden. Da dies überwiegend ein einheitliches Bild darstellt, gibt es keinen Grund zur Annahme, dass herausstehende diagnosespezifische Unterschiede bezüglich spielbasierten Assessments bestehen.

Therapiefokus und Ziele

Nach Dall'Alba et al. (2014) werden bei Kindern mit seltenen Entwicklungsstörungen Probleme im Bereich Spiel häufig therapiert. Laut Ashburner et al. (2014) und Case-Smith

¹³ Das Kawa Modell ist ein Praxismodell, welches ausserhalb der westlichen Welt entwickelt wurde. Es fokussiert sich stark auf die Umwelt, welche das Leben und die dazugehörigen Betätigungen formt und beeinflusst (Iwama, 2006).

¹⁴ Das Bieler Modell ist ein Praxismodell, welches davon ausgeht, dass die Handlungsfähigkeit eines Menschen durch die personalen Möglichkeiten und durch die jeweils konkreten Umweltgegebenheiten bestimmt wird (Nieuwesteeg-Gutzwiller und Somazzi, 2010).

und Miller (1999) fokussieren Therapeuten und Therapeutinnen auch bei Kindern mit ASS eher häufig auf spielbasierte Probleme und Ziele, bei Kindern mit CP nach Saleh et al. (2008) dagegen eher weniger. In der Ergotherapie Spielfertigkeiten zu adressieren wird demnach vor allem bei ASS als wichtige Priorität angesehen (Case-Smith und Miller, 1999).

Therapiemittel

Zum Einsatz von Spiel als Mittel bei der Diagnose ASS finden sich sowohl in Rodger et al. (2005) als auch in Case-Smith und Miller (1999) eindeutige Angaben zu einer häufigen Verwendung.

Bei der Diagnose CP werden Interventionen, die auf Spiel gerichtet sind, bei Kleinkindern ungefähr von einem Drittel eingesetzt, bei älteren Kindern seltener (Saleh et al., 2008). Aus der Studie von Howard (2002) geht ebenfalls ein eher seltener Einsatz von spielbasierten Interventionsmitteln bei CP hervor.

Wie die Studie von Dall'Alba et al. (2014) zeigt, werden in der Therapie von Kindern mit seltenen Entwicklungsstörungen regelmässig Spielzeuge, Exploration und das Ursache-Wirkungsprinzip eingesetzt, um spielbezogene Schwierigkeiten zu adressieren.

Aus den Ergebnissen von Bambrick et al. (2016), Scaletti (2005) und Baron (1991) kann die Annahme gestellt werden, dass Spiel bei kinderpsychiatrischen und gewalterfahrenen Kindern, sowie bei Kindern mit lebensbedrohlichen Krankheiten häufig als Therapiemittel eingesetzt wird.

Erörterung der diagnosespezifischen Häufigkeiten

Daraus kann angenommen werden, dass Spiel bei gewissen Krankheitsbildern mehr eingesetzt wird als bei anderen, wobei weitere Forschung notwendig ist. In Bambrick et al. (2016) findet sich eine partielle Erklärung dazu. Die Therapeuten und Therapeutinnen in dieser Studie äussern, dass es bei Kindern mit lebensbedrohlichen Konditionen mehr darum gehe, das zu machen was die Kinder wollen, da sie nie wissen, wie lange sie noch leben werden. Dies bezeichnen sie als Erlaubnis dafür, Spiel häufiger einzusetzen (Bambrick et al., 2016). Zum häufigen Einsatz von Spiel bei ASS gibt es ebenfalls Gründe. Spiel wird von Therapeuten und Therapeutinnen als ein wertvolles Therapiemittel für Kinder mit ASS angesehen und es bestehen viele positive Erfahrungen bezüglich der Wirkung von Spiel als Mittel in der Ergotherapie (Case-Smith und Miller, 1999; Desha et al., 2003). Eliasson, Sundholm, Shaw und Wang (2005) machen eine Aussage darüber, weshalb Spiel wenig bei Kindern mit CP verwendet wird. Bei der Diagnose CP sind

vordergründig und offensichtlich Körperfunktionen eingeschränkt und dadurch wird in der Therapie auch darauf fokussiert. Eine Begründung, weshalb bei Kindern mit seltener Entwicklungsstörung Spiel selten als Mittel, jedoch häufig als Ziel eingesetzt wird, findet sich in der Literatur nicht.

4.2 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

4.2.1 Begründung der Wahl des OTIPM

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind in ein ergotherapeutisches Modell eingefügt. Dafür wurde das OTIPM gewählt. Die Begründung dafür liegt darin, dass sich das zeitgenössische Paradigma in den Grundsätzen und Inhalten des OTIPM widerspiegelt. Ausserdem ist das OTIPM ein Prozessmodell, welches passend für die Einteilung der Ergebnisse der Hauptstudien verwendet werden kann. Daraus wird ersichtlich, in welchem Schritt des ergotherapeutischen Prozesses Spiel eingesetzt wird und in welchem nicht.

4.2.2 Einteilung der Ergebnisse in das OTIPM

Bei der Einteilung der fünf Hauptstudien in das OTIPM ist der Begriff Spiel mit dem Begriff Betätigung gleichgesetzt, weil im zeitgenössischen Fokus Spiel als Hauptbetätigung des Kindes angesehen wird (Fisher, 2014; Piaget, 2015; Reilly, 1969). Da die Resultate von den fünf Hauptstudien nicht alle Schritte des OTIPM Prozesses abdecken können, wird ergänzende Literatur hinzugezogen.

Sowohl der Fokus der Therapie als auch die Referenzrahmen werden nicht in den OTIPM Prozess eingeordnet, da sie übergreifend über dem Prozess stehen und in jedem Schritt relevant sind.

Evaluations- und Zielsetzungsphase

Elemente bezüglich Spiel, welche dem „klientenzentrierten Performanzkontext erstellen“ zugeordnet werden könnten, kommen in den Hauptstudien nicht vor. Assessments wie die Play History oder der Parent/Teacher Play Questionnaire, welche in Schaaf (1990) und Hindmarsh-Hook (2005) angewandt werden, entsprechen diesem Schritt des Prozesses nach Fisher (2014). Dies begründet sich damit, dass in beiden Assessments Hintergrundinformationen über das Kind erhoben werden (Fisher, 2014). Der in Miller Kuhaneck et al. (2013) angewandte ToP kann dem Schritt der „Performanzanalyse“ zugeordnet werden (Fisher, 2014). Ebenfalls zu diesem Schritt gehört die Beobachtung des freien Spiels des Kindes, welches in Baron (1991), Cook und

Murray (2000), Schaaf (1990) und Watts et al. (2014) beschrieben wird. Diese Zuordnung ist vor allem deshalb zutreffend, weil dies eine Beobachtung einer dem Kind bekannten, kulturell relevanten und bedeutungsvollen Tätigkeit ist (Fisher, 2014). Der in Miller Kuhaneck et al. (2013) angewandte PPS kann am ehesten dem Schritt der „Ursachen abklären“ zugeordnet werden, weil dadurch genauere Ursachen für die Performanzprobleme im Entwicklungsstand des Kindes erhoben werden (Fisher, 2014). Damit diese Assessments tatsächlich in den Prozess von (Fisher (2014) einordbar sind, muss der Ablauf der Evaluations- und Zielsetzungsphase Top-down erfolgen.

Dem darauf folgenden Schritt der „Zielformulierung“ könnten alle Ziele der fünf Hauptstudien angehören. Dies ist jedoch erst der Fall, wenn sie klientenzentriert erhoben und betätigungsbasiert formuliert sind (Fisher, 2014).

Interventionsphase

Die aus den Hauptstudien erfassten Resultate werden in diesem Abschnitt in die vier Interventionsmodelle eingefügt (kompensatorisch, edukativ, akquisitorisch, restitutig). In Saleh et al. (2008) wird beschrieben, dass mit Kindern mit einer CP mehrheitlich funktionell gearbeitet wird. Dies kann mit dem Element „personenbezogene Faktoren und Körperfunktionen trainieren, wiederherstellen oder entwickeln“ des restitutiven Modells in Verbindung gesetzt werden. Auch die Aussage aus Miller Kuhaneck et al. (2013) dass Therapeuten und Therapeutinnen das Mittel Spiel für ein Ziel in einem anderen Bereich verwenden, kann diesem Interventionsmodell zugeordnet werden.

Drei der fünf Hauptstudien geben Informationen darüber, dass Spiel in der Intervention als Betätigung und als Ziel eingesetzt wird, weshalb diese dem akquisitorischen Modell zugeordnet werden (Ashburner et al., 2014; Castelhana et al., 2013; Dall'Alba et al., 2014). Auch der Spieleinsatz in Hindmarsh-Hook (2005) wird diesem Interventionsmodell zugeordnet, da dieser sowohl betätigungsbasiert, als auch betätigungsfokussiert stattfindet (Fisher, 2014).

In Castelhana et al. (2013) wird Spiel unter anderem kompensatorisch eingesetzt. Die Adaptation der Umwelt im spezifischen multisensorischen Setting ermöglicht die Entstehung von freiem Spiel, Exploration oder Symbolspiel. Auch die Einrichtung eines Spielraums mit dem Angebot verschiedenster Spielzeuge, wie dies in Baron (1991) der Fall ist, stellt ein Bestandteil im kompensatorischen Interventionsmodell dar.

Zum praktischen Einsatz von Spiel im edukativen Modell finden sich keine Studien. Ein Beispiel für dieses Interventionsmodell ist die Aufklärung der Eltern über Spiel und die kindliche Spielentwicklung.

Der Einsatz von Spiel als Therapiemittel in Miller Kuhaneck et al. (2013) kann je nach Fokus in allen vier Interventionsmodellen eingesetzt werden.

Re-Evaluationsphase

Zur Re-Evaluationsphase bezüglich Spiel sind keine Informationen auffindbar. In dieser Phase geht es um die Überprüfung von Zielen und der Zufriedenheit der Betätigungsperformanz, das heisst der Spielperformanz. Dies spricht für die Verbindung zur Assessmentphase, unter dem Aspekt, dass in beiden Phasen die Spielperformanz erhoben wird. Infolgedessen können die Ergebnisse zum Thema Assessments auf die Re-Evaluationsphase übertragen werden.

Therapeutischer Beziehungsaufbau

In einer der fünf Hauptstudien ist aus den Informationen ersichtlich, dass Spiel als Belohnung eingesetzt wird (Miller Kuhaneck et al., 2013). Da der Therapeut und die Therapeutin durch eine Belohnung die Motivation und das Vertrauen eines Kindes stärken, ist dies ein Element, welches vor allem den Beziehungsaufbau beeinflusst. Diese Methode kann während des gesamten Therapieprozesses wiederholt werden und wird demzufolge dem Element „Therapeutischer Beziehungsaufbau“ zugeordnet.

4.3 Bezug zum Paradigma

4.3.1 Spiel im mechanistischen Paradigma

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, durchlief das Berufsbild der Ergotherapie und somit auch die Thematik Spiel einen Wandel im letzten Jahrhundert. Stagnitti (2004) beschreibt, dass Spiel in den USA um ca. 1960 in den Hintergrund gerückt ist. In der folgenden Zeit wurde es als unwichtig betrachtet. Der Fokus der Therapie lag auch bei Kindern auf neuromuskuloskeletalen und kinesiologischen Fakten, wie die Wahrnehmung, Motorik, Kraft und Ausdauer.

Unter diesem Aspekt betrachtet scheinen einige Aussagen zum aktuellen Einsatz von Spiel in das mechanistische Paradigma zu passen.

So kommt zum Beispiel hervor, dass Spiel in den Therapien zwar eingesetzt wird, der Fokus aber auf funktionellen Aspekten liegt (Bundy, 1993; De Freitas, Pott, Weber, Wendel und Zillhardt, 2015; Miller Kuhaneck et al., 2013).

Das mechanistische Paradigma spiegelt sich auch in der Assessmentphase wider.

Zu der Zeit vor 1970 wurde der geringe Einsatz von Spiel mit dem Fehlen von standardisierten spielbasierten Assessments begründet (Rodger und Ziviani, 1999).

Obwohl heute solche Assessments, wie der ToP oder die PPS vorhanden sind, werden diese noch immer wenig angewandt (Ashburner et al., 2014; Bundy, 1993; Miller Kuhaneck et al., 2013; Saleh et al., 2008). Dennis und Rebeiro (2000) untermauern diese Feststellung, indem sie beschreiben, dass Ergotherapeuten daran scheitern, adäquate Assessments und Intervention in Bezug auf Spiel in die Praxis zu implementieren.

Gegen Ende des mechanistischen Paradigmas entwickelte Mary Reilly das Konzept des „Betätigungsverhaltens“ („occupational behaviour“), auf welchem später wichtige ergotherapeutische Modelle und Theorien zum Thema Spiel aufbauten (Rodger und Ziviani, 1999). Das Konzept, welches auch als Referenzrahmen genutzt wird, beinhaltet Spiel als einen Grundbestandteil der menschlichen Betätigung (Hagedorn, 2004; Stagnitti, 2004).

Obwohl demnach schon seit Beginn des zeitgenössischen Paradigmas ein Referenzrahmen existiert, in welchem Spiel grundlegend ist, wird heute in der Praxis ein anderer genutzt, welcher Spiel kaum beachtet; der biomechanische Referenzrahmen (Howard, 2002).

4.3.2 Spiel zwischen dem mechanistischen und zeitgenössischen Paradigma

Nach der Entwicklung des Konzepts des Betätigungsverhaltens nach Reilly (1974) kam Spiel wieder mehr in den Fokus und wurde als wichtiger Bereich des menschlichen Verhaltens betrachtet (Vandenberg und Kielhofner, 1982). In der Theorie wird Spiel heutzutage als Hauptbetätigung des Kindes angesehen und es entstand die Haltung, dass die Behandlung von Kindern auf spielbasierte Ziele ausgerichtet sein sollte (Dennis und Rebeiro, 2000; Fortune, 2000; Kielhofner, 2009; Stagnitti, 2004).

Die Literatur, welche den aktuellen Einsatz von Spiel erfasst hat, führt zu unterschiedlichen Ergebnissen. Dadurch ist eine klare Zuordnung der momentanen Praxis in das zeitgenössische Paradigma schwierig.

Die Ergebnisse von Dall’Alba et al. (2014) und Case-Smith und Miller (1999) zeigen Unterschiede bezüglich der Problemfokussierung in der Therapie.

In der Hauptstudie Saleh et al. (2008) werden wenig spielbasierte Ziele formuliert. In Ashburner et al. (2014) und Miller Kuhaneck et al. (2013) variieren die Resultate und in Castelhana et al. (2013) werden Beispiele für spielbasierte Ziele gemacht.

Im Bereich Spiel als Mittel sind ebenfalls Diskrepanzen ersichtlich. Die Literatur besagt zwar, dass Spiel häufig als Mittel eingesetzt wird, teilweise aber mit einem Ziel in einem anderen Bereich (Barros Medina, 2010; Case-Smith und Miller, 1999; Frank et al., 1991; Melchert-McKearnan et al., 2000; Miller Kuhaneck et al., 2013; Potasz et al., 2013; Scaletti, 2005; Schaaf, 1990).

Cook und Murray (2000) betont die Wichtigkeit von Spiel als Mittel in der Therapie, um Ziele in anderen Bereichen zu erreichen. Auch die AOTA (2012) legt in ihrem Practice Paper dar, dass sich Spiel als Mittel in der Therapie eignet, um das Kind zu fördern, was eher dem mechanistischen Paradigma zuzuordnen wäre.

In einem weiteren Teil des Practice Papers der AOTA (2012) wird Spiel jedoch als Hauptbetätigung des Kindes bezeichnet, was wiederum dem zeitgenössischen Paradigma entspricht. Dies geht einher mit den Ergebnissen von Bambrick et al. (2016), dass Spiel um des Spieles Willen eingesetzt wird.

4.3.3 Hypothesen zur Entwicklung von Spiel im Paradigma

Die Praxis zeigt ein heterogenes Bild bezüglich dem Einsatz von Spiel hinsichtlich Paradigma. Zeitgenössische Aspekte des Spiels sind nur teils verankert (Bambrick et al., 2016; AOTA, 2012). Verschiedene Komponenten deuten darauf hin, dass die Denkweisen in der Praxis noch immer dem mechanistischen Paradigma entsprechen. Zum Beispiel betrachten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen Spiel als zu wenig akademisch (Bambrick et al., 2016; Cameron et al., 2001; Kramer et al., 2009; Miller Kuhaneck et al., 2013) nicht technisch genug (Vandenberg und Kielhofner, 1982) und wollen nicht als „play ladies“ bezeichnet werden (Dennis und Rebeiro, 2000).

Die Unterschiede der Praxis versuchen Dennis und Rebeiro (2000) damit zu erklären, dass es keinen Konsens bezüglich der Rolle des Spiels unter Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Pädiatrie gibt. Es scheint keine einheitliche theoretische Orientierung im Hinblick auf Spiel zu geben, was dazu führt, dass Theorie und Praxis nicht

übereinstimmen (Dennis und Rebeiro, 2000; Gustaffson et al., 2014; Kielhofner, 2009)
Dies steht im Bezug zur Definition von Paradigma nach Kielhofner (2009), nach der die
Berufsidentität durch eine gemeinsame Vision mit Werten, Fokus und Kernkonzepten
gebildet wird. Es kann daraus geschlossen werden, dass sich die Praxis im
Paradigmenwechsel befindet. (Dennis und Rebeiro, 2000; Gustaffson et al., 2014).
Kielhofner (2009) beschreibt, dass ein Paradigmenwechsel viel Zeit in Anspruch nimmt, da
es um Rollenverluste und -wiederfindung einer Profession geht.

4.4 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit folgender Fragestellung: „Wie setzen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen Spiel im Behandlungsprozess von Kindern ein? Entspricht die pädiatrische Praxis diesbezüglich dem zeitgenössischen Paradigma?“ Es lassen sich verschiedene Paradoxe, die sich in der Literatur zum Einsatz von Spiel zeigen, feststellen.

Einerseits ist der Einsatz von Spiel als Therapiemittel stark verbreitet und wird in der Literatur oftmals als moderner Ansatz bezeichnet. Spiel als Mittel zu gebrauchen bedeutet jedoch nicht, dass es zeitgenössisch eingesetzt wird. Der zeitgenössische Ansatz wird vielmehr durch den Einsatz von Spiel um des Spielens Willen repräsentiert, welcher in der Literatur wenig vertreten ist.

Andererseits gibt es Studien, die sich vordergründig mit der Betätigungsbasierung in der Pädiatrie beschäftigen. In Wirklichkeit handelt es sich in dabei aber nicht um die Thematik Spiel, sondern der Fokus wird auf Aspekte wie Selbstversorgung oder Körperfunktionen gelegt. Ebenso berücksichtigt aktuelle Literatur die Aspekte der Evidence Based Practice, Klientenzentrierung und Betätigungsbasierung, ohne dabei Spiel mit einzubeziehen. Geht man davon aus, dass diese Komponenten im zeitgenössischen Paradigma einen wichtigen Bestandteil ausmachen und Spiel als die Hauptbetätigung des Kindes betrachtet wird, stellt dies einen starken Widerspruch dar.

Spezifische ergotherapeutische Theorien, Modelle und Studien zum Thema Einsatz von Spiel sind vor allem im Zeitfenster 1980 bis 2000 aufgekommen. Seit diesem Zeitraum ist hauptsächlich Literatur zur Wirksamkeit von spezifischen Spielinterventionen auffindbar. Es kann festgestellt werden, dass in der Praxis im letzten Jahrzehnt nur eine leichte Veränderung zum Thema Spiel stattfand. Der Fokus der pädiatrischen Ergotherapie liegt noch immer mehrheitlich auf den Körperfunktionen, es kann jedoch auch ein Mischbild festgestellt werden.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass Spiel in der Praxis vorwiegend als Therapiemittel eingesetzt wird. Für Ziele, Assessments und Therapiefokus wird Spiel wenig gebraucht. Sowohl in den USA als auch in weiteren westlichen Ländern wie der Schweiz bewegt sich der heutige Einsatz von Spiel zwischen dem mechanistischen und zeitgenössischen Paradigma, obwohl die Theorie besagt dass wir uns im zeitgenössischen Paradigma befinden.

4.5 Theorie-Praxis Transfer

Die Verfasserinnen beschreiben in dem nachstehenden Abschnitt, welche Implikationen für die Praxis gemacht werden können. Diese werden aus der vorliegenden Arbeit hergeleitet.

4.5.1 Aus- und Weiterbildung

Die Ergebnisse von Miller Kuhaneck et al. (2013) zeigen, dass das Bedürfnis nach Aus- und Weiterbildungen mit dem Fokus auf Spiel bei den Befragten vorhanden ist. Diese Notwendigkeit, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen mehr Wissen über Spiel gewinnen sollten, widerspiegelt sich auch in weiteren Quellen (Bundy, 1993; Dennis und Rebeiro, 2000; Rodger und Ziviani, 1999; Vandenberg und Kielhofner, 1982). Der vermehrte Fokus auf Spiel in Ausbildung oder in Weiterbildungen könnte Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen dazu befähigen, Spiel als festen, wichtigen Bestandteil in die Praxis zu integrieren (Cameron et al., 2001; Cook und Murray, 2000; Desha et al., 2003; O'Brien et al., 2000). Inhalt solcher Weiterbildungen könnte beispielsweise sein, dass die Anwendung von Spielassessments geübt wird, oder dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen angeleitet werden, wie sie spielbasierte Ziele präzise formulieren können (Cameron et al., 2001; O'Brien et al., 2000; Desha et al., 2003). Grundlagen dafür finden sich in den Studien von Cameron et al. (2001) und O'Brien et al. (2000). Cameron et al. (2001) zeigt auf, dass den Probanden durch den Gebrauch eines Spielassessments bewusster wurde, welche wichtige Rolle Spiel in der Therapie hat und dass Spiel, ob standardisiert oder frei, in Assessments mehr fokussiert werden sollte. Ebenso betont die Untersuchung von O'Brien et al. (2000), dass Ziele im Bereich Spiel messbar sind und in absehbarer Dauer formuliert werden können.

Folglich ist das Ziel der Aus- und Weiterbildungen, dass das Bewusstsein für die Wichtigkeit von Spiel geschult und die Wissenslücke über die Thematik Spiel behoben wird (Bundy, 1993; Rodger und Ziviani, 1999). Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sollen dazu befähigt werden, den Fokus des Behandlungsprozesses auf Spiel zu legen und Spiel als Teil der Ergotherapie vertreten zu können.

4.5.2 Guidelines und Forschung

Es gibt verschiedene Quellen, welche Guidelines zu spezifischen Themen veröffentlicht haben. Diese Richtlinien sollen dazu dienen, theoretische, evidenzbasierte Aspekte besser in die Praxis implementieren zu können (McCluskey und Cusick, 2002). Guidelines zur

Betätigungsbasierend sind vorhanden, wie zum Beispiel die der CAOT von 1991. Die Thematik Spiel wird darin aber nicht berücksichtigt, obwohl es relevant für die Praxis wäre. Es kann daraus abgeleitet werden, dass Guidelines zum Einsatz von Spiel hilfreich wären, um Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in ihrer täglichen Praxis zu unterstützen. Um Guidelines zu entwickeln, braucht es vorerst evidenzbasierte Erkenntnisse (McCluskey und Cusick, 2002). Da wenig Evidenz zur momentanen Praxis und auch zur Wirksamkeit von zeitgenössischen Spielinterventionen bestehen, müsste diese Thematik wieder in den Fokus der Forschung rücken (Read, 1996). Bundy (1993), Rodger und Ziviani (1999) und Stagnitti (2003) geben in ihren Studien, die viele Empfehlungen beinhalten, bereits Anhaltspunkte für ergotherapeutische Erkenntnisse im Bereich Spiel. In Zukunft könnten die Forschung und insbesondere Guidelines basierend auf diesen Empfehlungen aufgebaut werden. Im Prozess der Implikation von Guidelines stellen die Berufsverbände der Ergotherapie eine wichtige Rolle dar. Immer wieder wird die Berufsgruppe als Ganzes aufgefordert, ihre Prioritäten zu prüfen und den Fokus wieder vermehrt auf Spiel zu setzen (Bundy, 1993; Dennis und Rebeiro, 2000; Florey, 1981). Da der Berufsverband für die Mehrheit der praktizierenden Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen eine Orientierung bietet, ist es unumgänglich, dass diese eine einheitliche, zeitgenössische Meinung gegenüber dem Einsatz von Spiel vertreten und Guidelines zu dieser Thematik zugänglich machen.

4.6 Ausblick

Die neuen Erkenntnisse, welche durch die Bearbeitung der Fragestellung gewonnen wurden, lassen viele weitere Fragen aufkommen.

Darunter zählt die Frage nach einer einheitlichen Definition von Spiel für die Profession der Ergotherapie. Es wäre spannend und für einen zeitgenössischen Einsatz von Spiel in der Praxis hilfreich, einen gemeinsamen Konsens unter den Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen zu erarbeiten. Die Diskussion zum Einsatz von Spiel in der Praxis wirft auch das Bedürfnis auf, konkret zu erfassen, was in der Praxis fehlt, dass Spiel nicht häufiger und entsprechend dem zeitgenössischen Paradigma eingesetzt wird. Eine ausführliche Beschreibung dieser Hindernisse führt dazu, dass Massnahmen zur Förderung eines angemessenen Einsatzes von Spiel in der pädiatrischen Ergotherapie spezifischer und effektiver ergriffen werden können. Vor allem für die bedürfnisgerichtete Anpassung der Aus- und Weiterbildung ist dieses Wissen fundamental.

Ein Review oder eine Bachelorarbeit über die Wirksamkeit von konkreten spielbasierten Interventionen, Zielen, oder über die Güte von spielbasierten Assessments wäre ein spannendes Forschungsthema, welchem nachzugehen aufschlussreich und praxisrelevant ist. Dadurch wird der Einsatz von Spiel dem akademischen Setting und der evidenzbasierten Praxis gerechter und würde den Ergotherapeuten helfen, Spiel besser umzusetzen. Aufgrund einer solchen Forschungsarbeit könnte auch eine Guideline für die Praxis erstellt werden, deren Nutzen im Theorie-Praxis-Transfer ebenfalls bereits erwähnt wurde.

4.7 Limitationen

Die verwendeten Hauptstudien in der vorliegenden Arbeit variieren in der Qualität bezüglich Evidenzlevel, Stichproben und Datenanalyse stark. Die Mehrheit der Studien zeigen ein niedriges Evidenzlevel auf. Ein Übertrag der Ergebnisse ist dadurch kritisch zu betrachten. Ausserdem weicht die Hauptstudie von Castelhana et al. (2013) von den weiteren Studien ab, da sich die Untersuchung auf den Einsatz eines spezifischen Setting konzentriert. Die Ergebnisse dieser Quelle können trotzdem für die vorliegende Arbeit verwendet werden. Weiter ist die Auswahl an Hauptstudien verhältnismässig klein. Es sollte daher beachtet werden, dass die vorliegende Arbeit nur einen Teil des vielfältigen Themas Spiel beleuchtet.

Der zweite Teil der Fragestellung hinsichtlich Paradigma wird erst in der Diskussion berücksichtigt und vor allem mit ergänzender Literatur beantwortet. Dies schränkt die Aussage der Ergebnisse insofern ein, als dass keine der Hauptstudien sich spezifisch auf das Thema Paradigma fokussiert. Weiter konnte festgestellt werden, dass in den Hauptstudien unterschiedliche Daten erhoben wurden. Dies erschwerte es, einen Vergleich zu spezifischen Themen zwischen den Hauptstudien herzustellen, wie beispielsweise zu den spielbasierten Zielen. Ausserdem stellte es eine grosse Schwierigkeit dar, in der Diskussion übersichtliche Aussagen über die Hauptstudien, welche sehr viele Prozentzahlen enthalten, zu machen, ohne dabei die Resultate zu verfälschen. Die Schlussfolgerungen der vorliegenden Arbeit müssen aufgrund dessen differenziert beurteilt werden. Zudem konnten nicht alle Ergebnisse in das OTIPM eingefügt werden, was die Vollständigkeit des Prozesses nach OTIPM vermindert. Obwohl die Hauptstudien aus westlichen Ländern stammen, welche mit dem Gesundheitssystem der Schweiz vergleichbar sind, sollte die Ergebnisübertragung in die Schweiz zuerst geprüft werden. In der vorliegenden Arbeit wird häufig Literatur aus der USA genutzt. Der Wechsel zum zeitgenössischen Paradigma fand in der USA vor diesem der Schweiz statt. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Praxis hinsichtlich Paradigma dort schon weiter fortgeschritten ist als in der Schweiz.

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2012). Tips For Living Life Its Fullest. Learning through play. Heruntergeladen von <http://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Practice/Children/Browse/Play/Learning%20Through%20Play%20tip%20sheet.pdf> am 02.02.2017
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2014). Occupational therapy practice framework: Domain & process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-48.
- Ashburner, J., Rodger, S., Ziviani, J. & Jones, J. (2014). Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(2), 110-120.
- Bambrick, R., Dennis, C. & Wilkinson, K. (2016). Understanding therapists' use of play with children with life-threatening conditions. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(4), 7011500076p1-7011500076p1.
- Baron, K.B. (1991). The use of play in child psychiatry: Reframing the therapeutic environment. *Occupational Therapy in Mental Health*, 11(2-3), 37-56.
- Barros Medina, R.P. (2010). „Die unglaubliche Geschichte von Kroky“ auf der Kinderonkologie-Station. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 49(8), 12-17.
- Boucher, S., Downing, J. & Shemilt, R. (2014). The role of play in children's palliative care. *Children*, 1(3), 302-317.
- Bracegirdle, H. (1992). The use of play in occupational therapy for children: What is play? *British Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 107-108.
- Brown, G. T., Rodger, S., Brown, A. & Roevers, C. (2007). A profile of Canadian pediatric occupational therapy practice. *Occupational Therapy in Health Care*, 21(4), 39-69.
- Bundy, A. (1993). Assessment of play and leisure: Delineation of the problem. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 217-222.
- Bundy, A., Shia, S., Long, Q. & Miller, J. (2007). How does sensory processing dysfunction affect play? *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 201.
- Burtner, P.A., McMinn, M.P. & Crowe, T.K. (2002). Survey of occupational therapy practitioners in southwestern schools: Assessments used and preparation of students for school-based practice. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 22(1), 25-39.

- Cameron, D., Leslie, M., Teplicky, R., Pollock, N., Stewart, D., Toal, C. & Gaik, S. (2001). The clinical utility of the Test of Playfulness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 104-111.
- Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. (1996). Practice Paper. Occupational therapy and children's play. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 1-9. IStewart, D., Pollock, N., Law, M., Ferland, F., Toal, C., Sahagian, S., Rigby, P.
- Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. (1991). *Occupational therapy guidelines for client-centred practice*. Toronto: CAOT Publications ACE.
- Case-Smith, J. (2000). Effects of occupational therapy services on fine motor and functional performance in preschool children. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(4), 372-380.
- Case-Smith, J. & Miller, H. (1999). Occupational therapy with children with pervasive developmental disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(5), 506-513.
- Castelhano, N., Silva, F., Rezende, M., Roque, L. & Magalhães, L. (2013). Ludic content in multisensory stimulation environments: An exploratory study about practice in portugal. *Occupational Therapy International*, 20(3), 134-143.
- Cocker, S. (2010). Focus on research. Occupational therapy and the use of play to promote skills in children with acquired brain injury. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(10), 456-456.
- Cook, V. & Murray, K. (2000). Therapeutic use of play with pre-school children with PDD. *British Journal of Therapy & Rehabilitation*, 7(5), 236-240.
- Couch, K. J., Deitz, J. C. & Kanny, E. M. (1998). The role of play in pediatric occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(2), 111-117.
- Dall'Alba, L., Gray, M., Williams, G. & Lowe, S. (2014). Early intervention in children (0–6 years) with a rare developmental disability: The occupational therapy role. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(2), 72-80.
- Darrah, J., Wiart, L. & Magill-Evans, J. (2008). Do therapists' goals and interventions for children with cerebral palsy reflect principles in contemporary literature? *Pediatric Physical Therapy: The Official Publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 20(4), 334-339.
- De Freitas, C. M., Pott, U., Weber, B., Wendel, E. & Zillhardt, C. (2015). Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten - Teil 1: Qualitative Bestandsaufnahme. *ET Reha*, 54(11), 23-26.

- DeGangi, G.A., Wietlisbach, S., Goodin, M. & Scheiner, N. (1993). A comparison of structured sensorimotor therapy and child-centered activity in the treatment of preschool children with sensorimotor problems. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(9), 777-786.
- Dennis, D.M. & Rebeiro, K.L. (2000). Occupational therapy in pediatric mental health: Do we practice what we preach? *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(2), 5-25.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2017). ICF. Heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/> am 28.04.2017
- Desha, L., Ziviani, J. & Rodger, S. (2003). Play preferences and behavior of preschool children with autistic spectrum disorder in the clinical environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 23(1), 21-42.
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R.B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nursing*, 12(4), 99-101.
- 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.
- Duden. (2017) [elektronische Version]. *Spiel*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/node/661054/revisions/1349614/view> am 30.03.2017
- Duncan, E.A.S. (2011). *Foundations for practice in occupational therapy*. Churchill: Elsevier.
- Eliasson, A.C., Sundholm, L.K., Shaw, K. & Wang, C. (2005). Effects of constraint-induced movement therapy in young children with hemiplegic cerebral palsy: An adapted model. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(4), 266-275.
- Esdale, S. A. (1996). A play-focused intervention involving mothers of preschoolers. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(2), 113-123.
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Florey, L. (1981). Studies of play: Implications for growth, development, and for clinical practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 35(8), 519-524.
- Fortune, T. (2000). Occupational therapists: Is our therapy truly occupational or are we merely filling gaps? *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 225-230.
- Frank, G., Huecker, E., Segal, R., Forwell, S. & Bagatell, N. (1991). Assessment and treatment of a pediatric patient in chronic care: Ethnographic methods applied to

occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(3), 252-263.

Fritz, J. (2004). *Das Spiel verstehen*. Weinheim und München: Juventa.

Graham, N.E., Truman, J. & Holgate, H. (2015). Parents' understanding of play for children with cerebral palsy. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 1-0.

Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie: Theorien und Modelle; die Praxis begründen*. Stuttgart: Thieme.

Hagedorn, R. (2004). Praxismodelle der Ergotherapie. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B.M. Hack, P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 15-27). Berlin Heidelberg: Springer.

Hakkarainen, P. & Bredikyte M. (2011). Spiel. In M. Dederich, W. Jantzen & R. Walthes (Hrsg.), *Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik*, Band 9 - Sinne, Körper und Bewegung (Aufl. 1, S. 148-161). Stuttgart: W. Kohlhammer

Hindmarsh-Hook, W. A. (2005). Creating an intervention plan to promote playfulness in a child with special needs. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 52(1), 33.

Hope, K. W. (1998). The effects of multi-sensory environments on older people with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 377-386.

Howard, L. (2002). A survey of paediatric occupational therapists in the United Kingdom. *Occupational Therapy International*, 9(4), 326-343.

Iwama, M. K. (2006). *The Kawa Model: Culturally relevant occupational therapy*. Edinburgh Churchill Livingstone: Elsevier.

Johnson, L., Bruhn, R., Winek, J., Krepps, J. & Wiley, K. (1999). The use of child-centered play therapy and filial therapy with head start families: A brief report. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), 169-176.

Joosten, A.V. (2015). Contemporary occupational therapy: Our occupational therapy models are essential to occupation centred practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 219-222.

Keppner, M. (2015). *Die Spielsache im Spannungsfeld zwischen Spielmittel und Spielware: Das kindliche Spiel als Herausforderung im 21. Jahrhundert. Eine pädagogische Untersuchung*. München: Waxmann Verlag.

Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

- Kramer, J., Bowyer, P., O'Brien, J., Kielhofner, G. & Maziero-Barbosa, V. (2009). How interdisciplinary pediatric practitioners choose assessments. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 56-64.
- Kuhn, T.S. (1996). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Largo, R. H. (2007). *Babyjahre* (4. Aufl.). München: Piper Verlag.
- McCluskey, A. & Cusick, A. (2002). Strategies for introducing evidence-based practice and changing clinician behaviour: A manager's toolbox. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(2), 63-70.
- Melchert-McKearnan, K., Deitz, J., Engel, J. M. & White, O. (2000). Children with burn injuries: Purposeful activity versus rote exercise. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(4), 381-390.
- Miller Kuhaneck, H., Spitzer, S. L. & Miller, E. (2010). *Activity analysis, creativity and playfulness in pediatric occupational therapy*. London: Jones and Bartlett Publishers International.
- Miller Kuhaneck, H., Tanta, K. J., Coombs, A. K. & Pannone, H. (2013). A survey of pediatric occupational therapists' use of play. *Journal of Occupational Therapy, Schools & Early Intervention*, 6(3), 213-227.
- Miller, E. & Kuhaneck, H. (2008). Children's perceptions of play experiences and play preferences: A qualitative study. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 407-415.
- National Institute for Play (2017). *Pattern of play*. Heruntergeladen von <http://www.nifplay.org/science/pattern-play/> am 30.3.2017
- Nieuwesteeg-Gutzwiller, M.-Th. & Somazzi, M. (2010). *Handlungsorientierte Ergotherapie. Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis*. Bern: Huber.
- O'Brien, J., Coker, P., Lynn, R., Suppinger, R., Pearigen, T., Rabon, S. & Ward, A.T. (2000). The impact of occupational therapy on a child's playfulness. *Occupational Therapy in Health Care*, 12(2-3), 39-51.
- Parham, D.L. & Fazio, L.S. (2008). *Play in occupational therapy for children* (2nd ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Piaget, J. (1951/1962). Cognitive development and play. In D.L. Parham & L.S. Fazio (Hrsg.) (2008). *Play in occupational therapy for children* (S. 12). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Piaget, J. (1975). *Nachahmung, Spiel und Traum* (1. Aufl.). Stuttgart: Hans Klett Verlag.
- Christina Leu & Michelle Beljean

- Piaget, J. (2015). Schlüsseltexte in 6 Bänden. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Potasz, C., Varela, M., Carvalho, L., Prado, L. & Prado, G. (2013). Effect of play activities on hospitalized children's stress: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(1), 71-79.
- Read, D. L. (1996). Play as a phenomenon in occupational therapy literature: A literature review. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 47(1), 15-17.
- Reilly, M. (1969). The Educational Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 23, 299-307.
- Reilly, M. (1969). The Educational Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 23, 299-307.
- Reilly, M. (Ed.). (1974). *Play as exploratory learning: Studies of curiosity behavior*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Ridley, D. (2008). *The literature review: A step-by-step guide for students* (1.ed.). Los Angeles: Sage.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels [pdf]. Heruntergeladen von <https://moodle.zhaw.ch/course/view.php?id=10237#section-4> am 12.09.2017
- Rodger, S. & Ziviani, J. (1999). Play-based occupational therapy. *International Journal of Disability Development and Education*, 46(3), 337-365.
- Rodger, S. (1994). A survey of assessments used by paediatric occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 41(3), 137-142.
- Rodger, S., Brown, G. T. & Brown, A. (2005). Profile of paediatric occupational therapy practice in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 311-325.
- Saleh, M.N., Korner-Bitensky, N., Snider, L., Malouin, F., Mazer, B., Kennedy, E. & Roy, M. (2008). Actual vs. best practices for young children with cerebral palsy: A survey of paediatric occupational therapists and physical therapists in Quebec, Canada. *Developmental Neurorehabilitation*, 11(1), 60-80.
- Scaletti, R. (2005). Regaining childhood: A case study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(1), 82-89.
- Schaaf, R.C. (1990). Play behavior and occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 44, 68-75.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A., Molina, E.J., Sage, M., Brown, S. & Groeneweg, J. (2004). Effects of snoezelen room, activities of daily living skills training, and

- vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 25(3), 285-293.
- Stagnitti, K. (2003). A review of play and play assessment used in occupational therapy. *Journal of Japanese Association of Occupational Therapists*, 22(3), 267-280.
- Stagnitti, K. (2004). Understanding play: The implications for play assessment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51(1), 3-12.
- Sturgess, J. (2003). A model describing play as a child-chosen activity - is this still valid in contemporary australia? *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(2), 104-108.
- Takata, N. (1974). Play as a prescription. In M. Reilly (Ed.), *Play as exploratory learning: Studies of curiosity behavior* (p. 209-246)
- Unicef (1989). Convention on the Rights of the Child. Heruntergeladen von <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=child> am 23.04.2017
- Vandenberg, B. & Kielhofner, G. (1982). Play in evolution, culture, and individual adaptation: Implications for therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 36(1), 20-28.
- Watts, T., Stagnitti, K. & Brown, T. (2014). Relationship between play and sensory processing: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 37-46.
- 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.
- 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.
- Ziviani, J., Boyle, M. & Rodger, S. (2001). An introduction to play and the preschool child with autistic spectrum disorder. *The British Journal of Occupational Therapy*, 64(1), 17-22.

Zusatzverzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Paradigmenwechsel Schweiz und USA	14
Abbildung 2. Aufstellung der Paradigmen.....	15
Abbildung 3. Occupational Therapy Intervention Process Model nach Fisher (2009)	17
Abbildung 4. Suchprozess	21
Abbildung 5. Spiel als Hauptfokus	24
Abbildung 6. Spiel als Ziel.....	25
Abbildung 7. Spiel als Mittel.....	25
Abbildung 8. Spiel als Belohnung	26
Abbildung 9. Assessments im Bereich Freizeit und Spiel	32
Abbildung 10. Interventionen mit Spielinhalt.....	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Begriffserklärung Spiel	10
Tabelle 2. Spielformen.....	12
Tabelle 3. Keywords	19
Tabelle 4. Ein- und Ausschlusskriterien.....	20
Tabelle 5. Aufstellung der Hauptstudien	37
Tabelle 6. Skalierung Prozentzahlen	38

Abkürzungsverzeichnis

ADLs	Activities of Daily Living
AOTA	American Occupational Therapy Association
ASS	Autismusspektrumsstörung
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CP	Zerebralparese
IADLs	Instrumental Activities of Daily Living
ICF	International Classification of Function
MOHO	Model of Human Occupation
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
PPS	Knox Preschool Play Scale
SI	Sensorische Integration
TOES	Test of Environmental Supportiveness
ToP	Test of Playfulness
UN	United Nations
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Wortzahl

Wortzahl gesamte Arbeit: 11'914

Wortzahl Abstract: 200

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Frau Christina Schulze für ihre durchgängig unterstützende, fachlich kompetente und motivierende Begleitung unseres Arbeitsprozesses. Ebenso danken wir Frida Schlegel, Ursula Bayer und Lisa Binder für ihr konstruktives Feedback. Zusätzlich richtet sich ein grosses Dankeschön an alle unsere Bekannten und Freunde, welche uns durch ihr Interesse und ihre motivierenden Worte unterstützt haben.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Michelle Beljean

Christina Leu

Winterthur, 05.05.2017

Anhang

Anhang A: Suchmatrix

Keywords / Thesauri	Datenbank	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
Play	Medline	1'978'073	
„Occupational therapy“ and play	Medline	711	Frank, G., Huecker, E., Segal, R., Forwell, S., & Bagatell, N. (1991). Assessment and treatment of a pediatric patient in chronic care: Ethnographic methods applied to occupational therapy practice. <i>American Journal of Occupational Therapy, 45(3)</i> , 252-263.
„use of play“	Medline	268	
“use of play” and “occupational therapy”	Medline	13	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). <i>PLoS one, 11(8)</i> , e0160558. Shea, C. K., & Siu, A. M. (2016). Engagement in Play Activities as a Means for Youth in Detention to Acquire Life Skills. <i>Occupational Therapy International, 23(3)</i> , 276-286. Couch, K. J., Deitz, J. C., & Kanny, E. M. (1998). The role of play in pediatric occupational therapy. <i>American Journal of Occupational Therapy, 52(2)</i> , 111-117.
“use of play” and “occupational therapy” and pediatric*	Medline	1	
"use of play" or play and “occupational therapy” and child* or pediatric* and prac*	Medline	77	Case-Smith, J. (2000). Effects of occupational therapy services on fine motor and functional performance in preschool children. <i>American Journal of Occupational Therapy, 54(4)</i> , 372-380.
play and “occupational therapy” and “practice pattern”	Medline	1025	
play or “use of play” and “occupational therapy” and prac*	Medline	172	
play and “occupational therapy” and child* and prac*	Medline	74	Miller, E., & Kuhaneck, H. (2008). Children’s perceptions of play experiences and play preferences: A qualitative study. <i>American Journal of Occupational Therapy, 62(4)</i> , 407-415.
play (MeSH) and “Occupational therapy” (MeSH)	Medline	164	Sylvia Rodger & Jenny Ziviani (1999) Play-based Occupational Therapy. <i>International Journal of Disability, Development and Education, 46(3)</i> , 337-365 Stagnitti, K. (2004) Understanding play: The implications for play Assessment. <i>Australian Occupational Therapy Journal, 51</i> , 3-12
“Occupational therapy” (MeSH) and “play and playthings” (MeSH)	Medline	129	Watts, T., Stagnitti, K., & Brown, T. (2014). Relationship between play and sensory processing: A systematic review. <i>American Journal of Occupational Therapy, 68</i> , e37–e46
“Occupational therapy” (MeSH) and “play and playthings” (MeSH) and paradigm	Medline	0	

Paradigm and "play and playthings" (MeSH)	Medline	82	
"Occupational therapy" and paradigm	Medline	125	<p>Joosten, A. V. (2015). Contemporary occupational therapy: Our occupational therapy models are essential to occupation centred practice. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 62(3), 219-222</p> <p>Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S., & King, S. (2013). Towards a definition of professionalism in Australian occupational therapy: Using the Delphi technique to obtain consensus on essential values and behaviours. <i>Australian occupational therapy journal</i>, 60(3), 206-216.</p> <p>Hinojosa, J. (2013). The evidence-based paradox. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 67(2), e18-e23.</p>
Play and "occupational therapy" and survey	Medline	37	
"use of play" or play and "occupational therapy" and survey	Medline	37	
"Occupational Therapy" (MeSH) and survey and practice and (child* or pediater* or play)	Medline	59	<p>Burtner, P. A., McMains, M. P., & Crowe, T. K. (2002). Survey of occupational therapy practitioners in southwestern schools: Assessments used and preparation of students for school-based practice. <i>Physical & Occupational Therapy in Pediatrics</i>, 22(1), 25-39.</p> <p>Howard, L. (2002). A survey of paediatric occupational therapists in the United Kingdom. <i>Occupational Therapy International</i>, 9(4), 326-343.</p>
"Play and Playthings" (MeSH) and survey and practice and (child* or pediater*)	Medline	5	
"Play and Playthings" (MeSH) and "Occupational therapy" (MeSH) and survey	Medline	8	
play	Cinahl	64`209	
„Occupational therap*“	Cinahl	32`586	
play AND "occupational therap*"	Cinahl	731	
play AND "occupational therap*" AND (pediatrics OR child*)	Cinahl	401	
play AND "occupational therap*" AND (pediatrics OR child*) AND pra*	Cinahl	89	<p>Castelhano, N., Silva, F., Rezende, M., Roque, L., & Magalhães, L. (2013). Ludic content in multisensory stimulation environments: an exploratory study about practice in Portugal. <i>Occupational therapy international</i>, 20(3), 134-143.</p> <p>Fabrizi, S. (2014). <i>Measuring the playfulness of children with special needs in occupational therapist led, caregiver-included community playgroups</i>. Nova Southeastern University: College of Health Care Sciences.</p> <p>Saleh, M. N., Korner-Bitensky, N., Snider, L., Malouin, F., Mazer, B., Kennedy, E., & Roy, M. A. (2008). Actual vs. best practices for young children with cerebral palsy: a survey of paediatric occupational therapists and physical therapists in</p>

			<p>Quebec, Canada. <i>Developmental Neurorehabilitation</i>, 11(1), 60-80.</p> <p>Hurley, N., & Lynch, H. (2008). The use of home programmes in children's occupational therapy: Bad habits or good practice? <i>Irish Journal of Occupational Therapy</i>, 36(3).</p> <p>Case-Smith, J., & Miller, H. (1999). Occupational therapy with children with pervasive developmental disorders. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 53(5), 506-513.</p> <p>Ashburner, J., Rodger, S., Ziviani, J., & Jones, J. (2014). Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities. <i>Australian occupational therapy journal</i>, 61(2), 110-120.</p> <p>Dall'Alba, L., Gray, M., Williams, G., & Lowe, S. (2014). Early Intervention in Children (0–6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role. <i>Hong Kong Journal of Occupational Therapy</i>, 24(2), 72-80.</p> <p>Cocker, S. (2010). Occupational therapy and the use of play to promote skills in children with acquired brain injury. <i>The British Journal of Occupational Therapy</i>, 73(10), 456.</p> <p>Takatori, M., & Oshiro, M. (2009). Playing to Create New Ways of Playing: A Child with Prader–Willi Syndrome. <i>Journal of Developmental and Physical Disabilities</i>, 21(2), 139-152.</p> <p>Isabelle, S., Bessey, S.F., Dragas, K.L., Blease, P., Shepherd, J. T., & Lane, S. J. (2003). Assistive technology for children with disabilities. <i>Occupational Therapy in Health Care</i>, 16(4), 29-51.</p> <p>Reade, S., Hunter, H., & McMillan, I. R. (1999). Just playing... is it time wasted?. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 62(4), 157-162.</p> <p>Diamant, R. (2000). Partnering with parents: Guidelines for positioning and play. <i>OT Practice</i>, 5(9), 14-18.</p> <p>Esdaile, Susan A.; A Play-Focused Intervention Involving Mothers of Preschoolers. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 50(2), 113-123.</p> <p>Cameron, D., Leslie, M., Teplicky, R., Pollock, N., Stewart, D., Toal, C., & Gaik, S. (2001). The clinical utility of the test of playfulness. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 68(2), 104-111.</p> <p>Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. (1991). <i>Occupational therapy guidelines for client-centred practice</i>. Toronto: CAOT Publications ACE.</p> <p>DeGangi, G. A., Wietlisbach, S., Goodin, M., & Scheiner, N. (1993). A comparison of structured sensorimotor therapy and child-centered activity in the treatment of preschool children with sensorimotor problems. <i>American journal of occupational therapy</i>, 47(9), 777-786.</p>
"play and playthings" AND "pediatric occupational therapy"	Cinahl	150	
"Play and Playthings" (Cinahl	Cinahl	5051	

Heading)			
"Pediatric Occupational Therapy" (Cinahl Heading)	Cinahl	2155	
"Pediatric Occupational Therapy" (Cinahl Heading) AND "Play and Playthings" (Cinahl Heading)	Cinahl	150	
"Pediatric Occupational Therapy" (Cinahl Heading) AND "Play and Playthings" (Cinahl Heading) AND "Practice patterns" (Cinahl Heading)	Cinahl	1	
"Play and Playthings" (Cinahl Heading) AND "Practice patterns" (Cinahl Heading)	Cinahl	1	
"Practice patterns" (Cinahl Heading) AND "occupational therapy" (Cinahl Heading)	Cinahl	19	
"Practice patterns" (Cinahl Heading) AND "occupational therapy" (Cinahl Heading) AND child*	Cinahl	3	Choong, K. et al. (2014). Acute rehabilitation practices in critically ill children: a multicenter study. <i>Pediatric Critical Care Medicine</i> , 15(6), e270-e279.
"Pediatric Occupational Therapy" (Cinahl Heading) AND "Play and Playthings" (Cinahl Heading) AND pra*	Cinahl	24	Graham, N. E., Truman, J., & Holgate, H. (2015). Parents' Understanding of Play for Children with Cerebral Palsy. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 69(3), 6903220050p1-6903220050p9. Schaaf, R. C., Cohn, E. S., Burke, J., Dumont, R., Miller, A., & Mailloux, Z. (2015). Linking Sensory Factors to Participation: Establishing Intervention Goals With Parents for Children With Autism Spectrum Disorder. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 69(5), 6905185005p1-6905185005p8.
"Pediatric Occupational Therapy" (Cinahl Heading) AND "Play and Playthings" (Cinahl Heading) AND "use of play"	Cinahl	9	Miller Kuhaneck, H., Tanta, K. J., Coombs, A. K., & Pannone, H. (2013). A survey of pediatric occupational therapists' use of play. <i>Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention</i> , 6(3), 213-227. Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K., & Munro, N. (2011). A play - based intervention for children with ADHD: A pilot study. <i>Australian occupational therapy journal</i> , 58(4), 231-240. Cook V., Murray K. (2000). Therapeutic use of play with pre-school children with PDD. <i>British Journal of Therapy & Rehabilitation</i> , 7(5), 236-240. Bracegirdle, H. (2013). The Use of Play in Occupational Therapy for Children: What is Play? <i>British Journal of Occupational Therapy</i> 55(3), 107-108.
play and playthings" (Cinahl Heading) AND "occupational	Cinahl	7	Docking, K., Munro, N., Cordier, R., & Ellis, P. (2013). Examining the language skills of children with ADHD following a play-based intervention. <i>Child Language Teaching and</i>

therapy" (Cinahl Heading) AND adhd			<i>Therapy</i> , 29(3), 291-304.
"Occupational Therapy" AND Play and Playthings"	Cinahl	38	<p>Sturgess, J. (2003). A model describing play as a child - chosen activity—is this still valid in contemporary Australia?. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 50(2), 104-108.</p> <p>Vandenberg, B., & Kielhofner, G. (1982). Play in evolution, culture, and individual adaptation: Implications for therapy. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 36(1), 20-28.</p> <p>Florey, L. L. (1981). Studies of play: Implications for growth, development, and for clinical practice. <i>American Journal of occupational therapy</i>, 35(8), 519-524.</p> <p>Read, D.L, (1996). Play as a phenomenon in occupational therapy literature: a literature review. <i>New Zealand Journal of Occupational Therapy</i> 47(1) 15-17.</p> <p>Bracegirdle, H. (1992). The Use of Play in Occupational Therapy for Children: Normal Play Development. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 55(4), 141-142.</p>
paradigm	Cinahl	15568	
paradigm AND "Occupational Therapy"	Cinahl	52	Törnebohm, H. (1994). Paradigms in occupational therapy. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 1(2), 53-58.
(paradigm AND "Occupational Therapy" AND play	Cinahl	5	
paradigm AND "Occupational Therapy" AND "play and playthings"	Cinahl	1	
paradigm AND "Occupational Therapy" AND pediatric*	Cinahl	1	
"Pediatric Occupational Therapy" (Cinahl Heading) and paradigm	Cinahl	7	
"Paradigms" (Cinahl Heading) and "Pediatric Occupational Therapy" (Cinahl Heading)	Cinahl	1	
paradig* and "Occupational therap*"	Cinahl	146	<p>Björklund, A. (2000). Occupational therapy students' paradigms: A passage from beholder to practitioner. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 47(3), 97-109.</p> <p>Goldstand, S. (2005). Evidence-based occupational therapy: a new paradigm for best practice. <i>Israel Journal of Occupational Therapy</i>, 14(3), 10-11.</p>
"Patient Centered Care In Infancy and Childhood" (Cinahl Heading) AND "Students, Occupational Therapy" (Cinahl Heading)			Copley, J. A., Rodger, S. A., Graham, F. P. & Hannay, V. A. (2011). Facilitating student occupational therapists' mastery of occupation-centred approaches for working with children. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 78(1), 37-44.
"education, Occupational Therapy" (Cinahl	Cinahl	2143	

Heading)			
"education, Occupational Therapy" (Cinahl Heading) AND „play and playthings“	Cinahl	2	
"education, Occupational Therapy" (Cinahl Heading) AND "pediatric occupational therapy"	Cinahl	28	<p>Brown, G. T., Brown, A., & Roever, C. (2005). Paediatric occupational therapy university programme curricula in the United Kingdom. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 68(10), 457-466.</p> <p>Tidey, H. (1993). Introduction to Occupational Therapy with children. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 56(8), 312-312.</p> <p>Brown, G. T., Brown, A., & Roever, C. (2005). Paediatric occupational therapy university programme curricula in the United Kingdom. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 68(10), 457-466.</p>
"education, Occupational Therapy" (Cinahl Heading) AND (switzerland or swiss)	Cinahl	1	
Contemporary occupational therapy	Cinahl	50	<p>Graham, F., Robertson, L., & Anderson, J. (2013). New Zealand occupational therapists' views on evidence - based practice: A replicated survey of attitudes, confidence and behaviours. <i>Australian occupational therapy journal</i>, 60(2), 120-128.</p> <p>Gustafsson, L., Molineux, M., & Bennett, S. (2014). Contemporary occupational therapy practice: The challenges of being evidence based and philosophically congruent. <i>Australian occupational therapy journal</i>, 61(2), 121-123.</p>
Ludic*	Cinahl	61	
Ludic* AND "occupational therapy"	Cinahl	5	
"Occupation based" AND "occupational therapy" AND pediatric*	Cinahl	34	
"Occupation based" AND "pediatric occupational therapy" AND play	Cinahl	6	
"contemporary occupational therapy" AND pediatric*	Cinahl	3	
"pediatric occupational therapy" AND "occupation centered"	Cinahl	6	<p>Coster, W. (1998). Occupation-centered assessment of children. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 52(5), 337-344.</p>
"occupation based approach" AND "occupational therapy"	Cinahl	20	
"Occupation based" AND play AND "occupational therapy"	Cinahl	15	
"Occupation based*" and play	Cinahl	19	

("Occupation based*" OR "occupation centred*" OR "occupation focused*") and play	Cinahl	522	
("Occupation based*" OR "occupation centred*" OR "occupation focused*") and play and pediatric*	Cinahl	44	
"Top down*" and play and pediatric*	Cinahl	0	
"occupational therapy" AND "play and playthings" AND survey	Cinahl	0	
"occupational therapy" AND "play and playthings" AND survey	Cinahl	3	
occupational therapy" AND "play and playthings" AND qualitative	Cinahl	22	
Play	Amed	3511	
Occupational therapy and play	Amed	260	
"use of play" and occupational therapy	Amed	228	
"use of play" and "occupational therapy" and pediatric*	Amed		Dennis, D.M., & Rebeiro, K.L. (2000). Occupational Therapy in Pediatric Mental Health. <i>Occupational Therapy in Mental Health</i> , 16(2), 5-25. Couch, K. J., Deitz, J. C., & Kanny, E. M. (1998). The role of play in pediatric occupational therapy. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 52(2), 111-117.
play and "practice patterns" and Pediatrics (MeSH) and Child (MeSH)	Amed	0	
"use of play" or play and occupational therapy and child (MeSH)	Amed	82	Bracegirdle, H. (1992), The use of play in occupational therapy for children: how the therapist can help, <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 55(5). Bracegirdle, H. (1992), The use of play in occupational therapy for children, what is play?, <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 55(3). Bracegirdle, H. (1992), The use of play in occupational therapy for children, normal play development, <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 55(4).
play and "occupational therapy" and practice pattern*	Amed	0	
play or "use of play" and "occupational therapy" and prac*	Amed	73	
"occupational therapy" and play and paradigm	Amed	3	

"Occupational therap*" and paradigm	Amed	49	
"occupational therap*" AND "play and playthings"	Amed	86	
"occupational therap*" AND "play and playthings" AND ("use of play" or "role of play")	Amed	58	
"Play and playthings" (MeSH)	Amed	399	
Child (MeSH)	Amed	15601	
Paediatrics (MeSH)	Amed	469	
Paediatrics (MeSH) OR Child (MeSH)	amed	15815	
"Play and playthings" (MeSH) AND "occupational therap*"	Amed	78	
"Play and playthings" (MeSH) AND "occupational therap*" AND (Paediatrics (MeSH) OR Child (MeSH))	Amed	50	<p>Jankovich, M., Mullen, J., Rinear, E., Tanta, K., & Deitz, J. (2008). Revised Knox Preschool Play Scale: interrater agreement and construct validity. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 62(2), 221-227.</p> <p>Pfeifer, L. I., Queiroz, M. A., Santos, J. L., & Stagnitti, K. E. (2011). Cross-cultural adaptation and reliability of child-initiated pretend play assessment (ChIPPA). <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 78(3), 187-195.</p> <p>Bundy, A. C., Nelson, L., Metzger, M., & Bingaman, K. (2001). Validity and reliability of a test of playfulness. <i>The Occupational Therapy Journal of Research</i>, 21(4), 276-292.</p> <p>Cameron, D., Leslie, M., Teplicky, R., Pollock, N., Stewart, D., Toal, C., & Gaik, S. (2001). The clinical utility of the test of playfulness. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 68(2), 104-111</p> <p>Schneider, E., & Rosenblum, S. (2014). Development, reliability, and validity of the My Child's Play (MCP) questionnaire. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 68(3), 277-285.</p> <p>Desha, L., Ziviani, J., & Rodger, S. (2003). Play preferences and behavior of preschool children with autistic spectrum disorder in the clinical environment. <i>Physical & occupational therapy in pediatrics</i>, 23(1), 21-42.</p> <p>Ziviani, J., Boyle, M., & Rodger, S. (2001). An introduction to play and the preschool child with autistic spectrum disorder. <i>The British Journal of Occupational Therapy</i>, 64(1), 17-22.</p> <p>Baron, K. B. (1991). The use of play in child psychiatry: Reframing the therapeutic environment. <i>Occupational therapy in mental health</i>, 11(2-3), 37-56.</p> <p>Schaaf, R. C. (1990). Play behavior and occupational therapy.</p>
"Play and playthings" (MeSH) AND "occupational therap*" AND pra*	Amed	18	Gorga, D. (1989). Occupational therapy treatment practices with infants in early intervention. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 43(11), 731-736.
„Professional practice“ (MeSH)	Amed	10463	

„Professional practice,, (MeSH) AND play AND „occupational therap*“	Amed	12	Scaletti, R. (2005). Regaining childhood: A case study. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 52(1), 82-89.
„Professional practice,, (MeSH) AND „occupational therap*“ AND „Play and playthings“ (MeSH)	Amed	1	
„Professional practice,, (MeSH) AND pediatrics	Amed	60	
„Professional practice,, (MeSH) AND pediatrics AND „occupational therap*“	Amed	13	
("use" or role) and play and "occupational therap*"	Amed	119	
("use" or role) and play and "occupational therap*" AND (Paediatrics (MeSH) OR Child (MeSH))	Amed	19	Medina, R. (2010). The incredible story of 'Kroky' at the paediatric oncology unit. <i>Ergotherapie & Rehabilitation</i> , 49(8): 12-17.
Paradigm AND play	OTDBASE	7	
Paradigm AND pediatric*	OTDBASE	3	
paradigm	OTDBASE	Über 100	
Paradigm AND child	OTDBASE	12	Fortune, T. (2000). Occupational therapists: Is our therapy truly occupational or are we merely filling gaps?. <i>The British Journal of Occupational Therapy</i> , 63(5), 225-230.
Use of play	OTDBASE	13	Bracegirdle, H. (1992). The use of play in occupational therapy for children: How the therapist can help. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 55(5), 201-202. Baron, K. B. (1991). The use of play in child psychiatry: Reframing the therapeutic environment. <i>Occupational therapy in mental health</i> , 11(2-3), 37-56.
Paradigm	OTseeker	31	
Paradigm AND play	OTseeker	1	
Paradigm AND pediatric*	OTseeker	1	
Paradigm AND child*	OTseeker	4	
play	OTseeker	202	
Play AND (child OR children OR pediatrics OR paediatrics)	OTseeker	101	
Play AND (child OR children OR pediatrics OR paediatrics) AND (pra* OR practice OR patterns)	OTseeker	24	
Play AND (child OR children OR pediatrics OR paediatrics) AND „occupational therapy,,	OTseeker	10	

„play and playthings“ (MeSH)	Cochrane Library	669	
„occupational therapy“ (MeSH)	Cochrane Library	652	
„play and playthings“ (MeSH) AND „occupational therapy“ (MeSH)	Cochrane Library	13	Potasz, C., Varela, M. J. V. D., Carvalho, L. C. D., Prado, L. F. D., & Prado, G. F. D. (2013). Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. <i>Scandinavian journal of occupational therapy</i> , 20(1), 71-79.
„use of play“ and occupational therapy“ (MeSH)	Cochrane Library	0	
Play and „occupational therapy“ and survey	Cochrane Library	42	
Child* and play* and “occupational therapy” (MeSH)	Cochrane Library	10	
pedatric* or child* and “occupational therapy” (MeSH) and play*	Cochrane Library	15	
Child (MeSH) and “occupational therapy” (MeSH) and “play and playthings” (MeSH)	Cochrane Library	0	
Ludic	Cochrane Library	3	
Use play occupational therapy	Nebis	170376	<p>Bonsall, A. (2010). A Qualitative Study of Therapists' Perception of the Use of Play in School-Based Occupational Therapy, 90th Annual Conference and Expo of the American Occupational Therapy Association</p> <p>Bambrick, R., Dennis, C., & Wilkinson, K. (2016). Understanding Therapists' Use of Play With Children With Life-Threatening Conditions. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 70(4_Supplement_1), 7011500076p1-7011500076p1.</p> <p>Cook, K. L. (2010). School-based occupational therapists use of the Occupational therapy practice framework: Domain and process to address play in preschool (Doctoral dissertation, TUFTS UNIVERSITY).</p>
"occupational therapy" play use	Nebis	45954	Ullmann, C. (2016). Playing and narrative therapy: Synthesising narrative practice and occupational therapy in work with children. <i>International Journal of Narrative Therapy & Community Work</i> , (2), 56.
"occupational therapy" play use child*	Nebis	31643	
"occupational therapy" play use child* (nur Artikel)	Nebis	9809	<p>Stagnitti, K. (2003). A review of play and play assessment used in occupational therapy. <i>Journal of Japanese association of occupational therapists</i>, 22(3), 267-280.</p> <p>Bundy, A. (2010). Evidence to practice commentary: Beware the traps of play assessment. <i>Physical & occupational therapy in pediatrics</i>, 30(2), 98-100.</p> <p>Restall, G., & Magill-Evans, J. (1994). Play and preschool children with autism. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 48(2), 113-120.</p> <p>Melchert-McKearnan, K., Deitz, J., Engel, J. M., & White, O. (2000). Children with burn injuries: Purposeful activity versus rote exercise. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>,</p>

			<p>54(4), 381-390.</p> <p>Wehman, P., & Marchant, J. A. (1978). Improving free play skills of severely retarded children. <i>The American journal of occupational therapy</i>, 32(2), 100-104.</p> <p>Baron, K. B. (1991). The use of play in child psychiatry: Reframing the therapeutic environment. <i>Occupational therapy in mental health</i>, 11(2-3), 37-56.</p>
"play therapy" "occupational therapy"	Nebis	475	<p>Hindmarsh, W. A. (1979). Play diagnosis and play therapy, <i>The American journal of occupational therapy</i>, 33(12), 770-5.</p> <p>Hindmarsh-Hook, W. A. (2005). Creating an intervention plan to promote playfulness in a child with special needs. <i>New Zealand Journal of Occupational Therapy</i>, 52(1), 33.</p> <p>Pollock, N., Stewart, D., Law, M., Sahagian-Whalen, S., Harvey, S., & Toal, C. (1997). The meaning of play for young people with physical disabilities. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 64(1), 25-31.</p>

Snowballsearch

Erklärung der Snowballsearch: Alle Studien, die mit einem vorangesetzten Aufführungszeichen gekennzeichnet sind, wurden nachverfolgt, jedoch als nicht relevant oder nicht auffindbar für die vorliegende Arbeit gewertet.

Fachzeitschrift „Ergotherapie und Rehabilitation“
<http://download.schulz-kirchner.de/shop/system/?func=searchdo&cache=1468403070&sort=0&pn=5>

Mentrup, C., Galli, C., (2015). (Ein-)Blick über den Zaun - Akademisierung in der Schweiz. *Et Reha* 54(8), 24-28.

Kievelitz, M., (2014). Sinnvolle Betätigung in der täglichen Praxis einsetzen - Erfahrungen deutscher Ergotherapeuten. *Et Reha* 53(6), 24-26.

Merklein de Freitas, C., Pott, U., Weber, B., Wendel, E., Zillhardt, C., (2015). Wie Ergotherapeuten den Behandlungsprozess gestalten - Teil 1: Qualitative Bestandsaufnahme. *Et Reha* 54(11), 23-26.

Snowball Search

Aus Miller Kuhaneck, H., Tanta, K. J., Coombs, A. K., & Pannone, H. (2013). A survey of pediatric occupational therapists' use of play. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 6(3), 213-227.

° AOTA 2008a, 2008b, Ashiabi, 2007, Burtner, 2002, Kramer, 2009

Parham, L.D. & Fazio, L.S. (2008). *Play in Occupational Therapy for Children*, 2.ed. Play in occ. Therapy for children. St.Louis: Mosby/Elsevier

Florey, L. L. (1981). Studies of play: Implications for growth, development, and for clinical practice. *American Journal of occupational therapy*, 35(8), 519-524.

Brown, G. T., Rodger, S., Brown, A. & Roevers, C. (2005). A comparison of Canadian and Australian paediatric occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 12(3), 137-161.

Rodger, S., Brown, G. T., Brown, A. & Roevers, C. (2006). A comparison of paediatric occupational therapy university program curricula in New Zealand, Australia, and Canada. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 26(1),153-180.

Gibson, B.E., Darrah, J., Cameron, D., Hashemi, G., Kingsnorth, S., Lepage, C., Martini, R., Mandich, A. & Dolly Menna-Dack (2009). Revisiting therapy assumptions in children's rehabilitation: clinical and research implications. *Disability and Rehabilitation*, 31, 17.

Aus Brown, G. T., Rodger, S., Brown, A. & Roevers, C. (2005). A comparison of Canadian and Australian paediatric occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 12(3), 137-161.

- Brown, G. T., Rodger, S., Brown, A., & Roeveer, C. (2007). A profile of Canadian pediatric occupational therapy practice. *Occupational Therapy in Health Care, 21*(4), 39-69.
- Rodger, S., Brown, G. T., & Brown, A. (2005). Profile of paediatric occupational therapy practice in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal, 52*(4), 311-325.
- Rodger, S. (1994). A survey of assessments used by paediatric occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal, 41*(3), 137-142.
- Watling, R., Deitz, J., Kanny, E. M., & McLaughlin, J. F. (1999). Current practice of occupational therapy for children with autism. *American Journal of Occupational Therapy, 53*(5), 498-505.
- Aus Couch, Kari J.; Deitz, Jean C.; Kanny, Elizabeth M. The Role of Play in Pediatric Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), Feb1998; 52(2): 111-117.**
- Rast (1984), Reilly, (1974), Bundy (1991), Florey (1981), Daub (1988), Pratt (1989), Rast (1984), Rast (1986), Llorens (1974)
- Knox, S. H. (1993). Play and leisure. In H. L. Hopkins & H.D. Smith (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy (8th ed., pp. 260-268)*. Philadelphia: Lippincott.
- Aus Stagnitti, K. (2004) Understanding play: The implications for play Assessment, Australian Occupational Therapy Journal 51, 3–12**
- Parham & Primeau (1997), Rodger (1994), Stagnitti, Unsworth & Rodger (2000)
- Canadian Association of Occupational Therapists (1996). Practice paper: Occupational therapy and children's play. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 63*, 1–9.
- Aus Graham, N. E., Truman, J., & Holgate, H. (2015). Parents' Understanding of Play for Children with Cerebral Palsy. American Journal of Occupational Therapy, 69(3), p1-p9.**
- Fisher, Hirsh-Pasek, Golinkoff & Gryfe, 2009desha
- Aus Desha, L., Ziviani, J., & Rodger, S. (2003). Play preferences and behavior of preschool children with autistic spectrum disorder in the clinical environment. Physical & occupational therapy in pediatrics, 23(1), 21-42.**
- Chan, P. C., Chen, C. T., Feng, H., Lee, Y. C., & Chen, K. L. (2016). Theory of Mind Deficit Is Associated with Pretend Play Performance, but Not Playfulness, in Children with Autism Spectrum Disorder. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*.
- Kuhaneck, H. M., Spitzer, S. L., & Miller, E. (2010). *Activity analysis, creativity and playfulness in pediatric occupational therapy: Making play just right*. Jones & Bartlett Learning.
- Aus Scaletti, R. (2005). Regaining childhood: A case study. Australian Occupational Therapy Journal, 52(1), 82-89.**
- Nicholson, 2002
- Aus Kuhaneck, H. M., Spitzer, S. L., & Miller, E. (2010). Activity analysis, creativity and playfulness in pediatric occupational therapy: Making play just right. Jones & Bartlett Learning.**
- Giles, G. M., & Chandler, B. E. (Eds.). (1997). The essence of play: a child's occupation. Amer Occupational Therapy Assn.
- Baron, K. B. (1991). The use of play in child psychiatry: Reframing the therapeutic environment. *Occupational therapy in mental health, 11*(2-3), 37-56.
- Bundy, A. C. (1993). Assessment of play and leisure: Delineation of the problem. *American Journal of Occupational Therapy, 47*(3), 217-222.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (1996). Practice paper: Occupational therapy and children's play. *Canadian Journal of Occupational Therapy 63*(2).
- O'Brien, J., Coker, P., Lynn, R., Suppinger, R., Pearigen, T., Rabon, S., ... & Ward, A. T. (2000). The impact of occupational therapy on a child's playfulness. *Occupational therapy in health care, 12*(2-3), 39-51.

Aus Bundy, A. C. (1993). Assessment of play and leisure: Delineation of the problem. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 217-222.

Stone (1991) A descriptive study to the use of play in occupational therapy (unpublished mater thesis). Chicago: University of Illinois.

Lawlor (1989). A descriptive study of the clinical practice patterns of OT working with infants and children.

Aus Stewart, D., Pollock, N., Law, M., Ferland, F., Toal, C., Sahagian, S., Harvey, S., Rigby, P. , (1996). CAOT practice paper. Occupational therapy and children's play. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(2).

° Fewell & Glick (1993), Missiuna & Pollock (1991), Ferland (1994), Anderson et al. (1987), Mertzger (1993)

Aus Bachelorarbeit: Lüthi, M. (2007). Betätigungsbasierung in der Handtherapie.

Kielhofner, G. (2004). Conceptual foundations of occupational therapy. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Götsch, K. (2006). Grundlagen, Theorien und Modelle in der Ergotherapie. In C.Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (Hrsg.), Vom Behandeln zum Handeln (S.2-9). Stuttgart: Thieme.

Anhang B: Literatursortierung

Autor & Jahr	Jahr (1990-2017)	Geografisch (westliche)	Diagnose	Keine spez. Intervention	Keine Interventionsstudien	Studiendesign	Mögliche Hauptstudien	Jahr (2007-2017)	EMED Format / keine Diplom- oder Masterarbeit	Definitive Hauptstudien
Aguilar, 2013	√	√	Unspezifisch	√	√	Qualitativ, Delphi Technik	x			
AOTA, 2012	√	√	unspezifisch	√	x	Artikel (Empfehlungen)	x			
Ashburner, 2014	√	√	Autismus	√	√	Quantitativ, Umfrage ET	√	√	√	√
Bambrick, 2016	√	√	Lebensbedrohliche Konditionen	√	√	Masterarbeit, qualitativ	√	√	x	x Autor angefragt
Baron, 1991	√	√	Kinderpsychiatrie	√	√	Fallstudie	√	x	x	x
Barros medina, 2010	√	√	Onkologie	√	√	Fallstudie / Geschichte	√	√	x	x
Björklund, 2000	√	√	unspezifisch	√	√	Qualitativ	x			
Bonsall, 2010							√			x Autor angefragt → nicht auffindbar
Boucher, 2014	√	x	Palliativ care	√	√	Wissenschaftlicher Artikel	x			
Bracegirdle, 1992 (what is play)	√	√	unspezifisch	√	√	Wissenschaftlicher Artikel	x			
Bracegirdle, 1992 (how therapist can help)	√	√	unspezifisch	√	√	Wissenschaftlicher Artikel	x			
Bracegirdle, 1992 (normal play development)	√	√	unspezifisch	√	√	Wissenschaftlicher Artikel	x			
Brown, Rodger, Brown, Roeber, 2007	√	√	unspezifisch	√	√	Quantitativ, Umfrage ET	x			
Bundy, 1993	√	√	unspezifisch	√	√	Artikel	x			
Bundy, 2010	√	√	unspezifisch	√	√	Kommentar von A. Bundy,	x			

						keine Studie				
Burtner, 2010	√	√	unspezifisch	Schulbasiert	√	Umfrage, quantitativ,	x			
Cameron et al, 2001	√	√	unspezifisch	√	√	Umfrage/Befragung & Fokusinterviews	x			
Case-Smith, 1994	√	√	unspezifisch	√	√	Quantitativ, Umfrage	x			
Case-Smith, 1999	√	√	Autismus	√	√	Quantitativ, Umfrage	√	x	√	x
Case-Smith, 2000	√	√	√	√	x	Quantitativ	x			
Castelhana, 2012	√	√	Entwicklungsverzögerungen	Spez. Setting	√	Qualitativ, Interviews mit ETs	√	√	√	√
Cocker, 2010	√	√	Hirnverletzungen	√	√		√			→Nicht auffindbar
Cook, 2000	√	√	PDD (v.a. Autismus)	√	√	Artikel	√	x	x	x
Cook, 2010	√	√	unspezifisch	Schulbasiert	√	Doktorarbeit, Umfrage	√	√	x	X Autor angefragt
Copley, 2011	√	√	unspezifisch	√	√	Qualitativ	x			
Coster, 1998	√	√	Unspezifisch	√	√	Wissenschaftlicher Artikel	x			
Dall'alba, 2014	√	√	Seltene Entwicklungsstörungen	√	√	Mixed method, Umfrage und Interviews mit ETs	√			√
De Freitas, 2015	√	√	unspezifisch	√	√	qualitativ	x			
Degangi, 1993	√	√	sensomotorische Probleme	x	x	Casestudy methodology	x			
Dennis & Rebeiro	√	√	Unspezifisch	√	√	Literaturreview	x			
Desha, 2003	√	√	Autismus	√	√	Beobachtungen, quantitativ	x			
Docking & Munro	√	√	ADHS	√	x	Exploratory study	x			
Esdaille, 1996	√	√	Unspezifisch	√	x	Quantitativ	√			
Florey, 1981	X	√	Unspezifisch	√	√	Artikel/Zusammenstellung von Studien	x			
Fortune, 2000	√	√	unspezifisch	√	√	Artikel/Viewpoint	x			
Frank, 1991	√	√	Hirschsprung Syndrom / chronische KHB	√	√	Ethnographisch	√	x	x	x
Gorga, 1989	x	√	Unspezifisch	√	√	Artikel,	x			
Graham, 2013	√	√	unspezifisch	√	√	quantitativ	x			
Graham, 2015	√	√	Cerebralparese	x	√	Qualitativ, interpretativ deskriptiv	x			
Gustafsson, 2014	√	√	unspezifisch	√	√	Viewpoint	x			
Hindmarsh-Hook, 2005	√	x √				Fallstudie	x			

Hinojosa, 2013	√	√	unspezifisch	√	√	Viewpoint				
Howard, 2002	√	√	unspezifisch	√	√	Quantitativ, Umfrage mit ETs	x			
Hurley, 2008	√	√	Physische & sensorische Einschränkungen	x	√	Qualitativ, Interviews mit Mütter	x			
Isabelle, 2003	√	√	Unspezifisch	x	√		x			
Joosten, 2015	√	√	Unspezifisch	√	√	Viewpoint	x			
Kievelitz, 2014	√	√	Unspezifisch	√	√	Artikel über eine qualitative Studie	x			
Kramer, 2009	√	√	unspezifisch	√	x	Qualitativ (Fokusgruppen)	x			
Melchert-Mckearnan, 2000	√	√	Verbrennungen	√	x	Mixed method	x			
Mentrup, 2015	√	√	unspezifisch	√	√	Artikel	x			
Miller & Kuhaneck, 2008	√	√	Unspezifisch	√	√	Qualitativ (Grounded Theorie)	x			
Miller Kuhaneck, 2014	√	√	unspezifisch	√	√	quantitativ	√	√	√	√
O'Brian, 2009	√	√	Unspez.	√	x	Quantitativ	x			
Pollock, 1997	√	√	Physische Einschränkung	√	√	Qualitativ	X			
Potasz, 2013	√	x	Unspezifisch	√	x	Quantitativ	x			
Read, 1996	√	√	unspezifisch	√	√	Bericht „Literaturreview“	x			
Reade, 1999	√	√	emotional deprivation	Play therapy	x	„Literaturreview“ / Artikel	x			
Restall, 1994	√	√	Autismus	√	√	quantitativ	x			
Rodger & Ziviani, 1999	√	√	Unspezifisch	√	√	Artikel	√	x	x	x
Rodger, 1994	√	√	Unspez.	√	√	Quantitativ Umfrage	x			
Rodger, Brown, Brown, 2005	√	√	unspezifisch	√	√	Quantitativ, Umfrage	x			
Ryan, 2008	√	√	Hospitalisiert	√	x	Zeitungsartikel	x			
Saleh, 2008	√	√	CP	√	√	Quantitativ, Interviews	√	√	√	√
Scaletti, 2005	√	√	häusliche Gewalt	√	√	Fallstudie	√	x	x	x
Schaaf, 1990	√	√	Lernschwäche und sensorische Integrationsstörung	√	√	Fallstudie – case report	√	x	x	x
Schaaf, Roseann, 2015	√	√	Autismus	√	√	Qualitativ & quantitativ, Interviews mit Eltern	x			
Shea, 2016	√	√	Häftlinge	√	√	Qualitativ (Exploratory) Quantitativ	√	√	√	x (Jugend)
Stagnitti, 2003	√	√	Unspezifisch	√	√	Artikel, eine Art Review	√	x	x	x

Stagnitti, 2004	√	√	Unspezifisch	√	√	Artikel	x			
CAOT, 1996	√	√	unspezifisch	√	√	Practice paper, Artikel	x			
Sturgess, 2003	√	√	unspezifisch	√	√	Viewpoint	x			
Takatori, 2009	√	x	Prader-Willi Syndrome	√	√	Qualitativ (Case study methodology)	√	√	x	x
Tidey, 1993	√	√	unspezifisch	√	√	Artikel	x			
Tornebohm, 2014	√	√	unspezifisch	√	√	Artikel	x			
Ullmann, 2016	√	√	Unspez.	√	√	Artikel	x			
Vandenberg & Kielhofner, 1982	x	√	Unspezifisch	√	√	Artikel	x			
Watling, 1999	√	√	Autismus	√	√	Quantitativ, Umfrage	x			
Watts et al. 2014	√	√	Unspezifisch	(√)	√ x	Systematisches Review	x			
Wilkes, 2011	√	√	ADHS	√	x	Quantitativ	√			
Wilkes, 2016	√	√	ADHS	√	x	RCT	x			
Ziviani & Boyle, 2001	√	√	Autismus	√	√	Artikel, keine Studie	x			

Anhang C: Beurteilungsinstrumente

Hauptstudie I

Miller Kuhanek, H., Tanta, K.J., Coombs, A.K., & Pannone, H. (2013). A survey of pediatric occupational therapists' use of play. *Journal of Occupational Therapy, Schools & Early Intervention*, 6(3), 213-227.

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sollten gemäss verschiedenen Quellen Spiel als einen wichtigen Arbeitsbereich in ihre Praxis miteinbeziehen. Viele Berufsgruppen befassen sich mit dem Thema Spiel, aber die Ergotherapie hat einen besonderen Blickwinkel darauf (in Bezug auf sinnvolle, wichtige Betätigung).</p> <p>In der Studie von Couch, Dietz, and Kanny (1998) über den Einsatz von Spiel bei Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen kam heraus, dass Spiel hauptsächlich als Interventionsmedium/Mittel verwendet wird.</p> <p>In der Literatur gibt es zahlreiche Quellen die belegen, dass Spiel grundlegend für die Entwicklung eines Kindes ist. Spiel hat unterschiedlichste Facetten und Eigenschaften, welche die Entwicklung fördert. Spiel Theoretiker gehen davon aus, dass Problemlösestrategien, Selbstregulation und kognitive Prozesse durch Spiel heranreifen können.</p> <p>Für die Ergotherapie in der Pädiatrie stellt Spiel der Hauptbereich der Praxis dar. In verschiedensten Studien, wo es darum geht, welche Assessments und</p>	<p>Es ist kein Studiendesign genannt. Es wurde eine papierbasierte Umfrage durchgeführt. Eine Zufallsstichprobe wurde gemacht aus allen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, die Mitglied der „early intervention and school system and sensory integration special interest section“ der AOTA sind. 500 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen wurden für die Studie selektioniert. Beim Umfragebogen wurde eine Pilotdurchführung gemacht. Mit einer Gelegenheitsstichprobe wurde die Test-Retest-Reliabilität an zwei Messzeitpunkt erhoben. Die Umfragen wurden per Post versendet mit einem Begleitbrief und weiteren Informationen für die Probanden. Der Fragebogen und dessen Inhalt beschreiben die Autoren genau. Er enthält 21 Fragen, die in zwei Teile unterteilt sind. Im ersten Teil des Bogens werden demographische Daten erhoben und im zweiten Teil den spezifischen Einsatz von Spiel der Probanden und Probandinnen. Deskriptive statistische Analyse mit der Pearson's correlation und Spearman correlations Die Begründung für die Spearmans correlation ist folgende: um den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Variablen festzustellen. Mit der Pearsons correlation wollten sie die Test-Retest-Correlation analysieren. Die offenen Antworten wurden kategorisiert. Es gibt keine näheren</p>	<p>Von den 500 ausgesendeten Umfragebogen wurden 185 als geeignet für die Studie eingestuft. 38% der Befragten geben an, Spiel in der Behandlung zu erheben. Bei der Auswahl der Assessments wurden die Knox Preschool Play Scale nur von 4% und der ToP von 3% der Befragten gewählt.</p> <p>In Bezug auf spielbasierte Ziele geben 48% der Befragten an, bei 20% ihrer Fälle spielbasierte Ziele zu formulieren. 19% der befragten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen benutzen spielbasierte Ziele für 51% ihrer zu behandelnden Kinder. 20% der Befragten verfolgen keine spielbasierte Ziele. Ausserdem berichten die Teilnehmer, dass es, um spielbasierte Ziele zu integrieren, nicht wichtig ist, Zugang zu Spielassessments zu haben und diese vergüten zu können.</p> <p>Die meist genutzten Referenzrahmen sind SI (96%), „developmental“ (93%), „NDT“ (72%) und MOHO (40%). Es gibt keine Zusammenhang zwischen dem meist genutzten Referenzrahmen und wie Spiel in der Intervention gebraucht wurde.</p> <p>In der Intervention brauchen 88% der Teilnehmenden Spiel als Mittel, um in einem anderen Bereich Verbesserung hervorzurufen (Motorik, Kognition, etc.). Nur 4% der Befragten legen den Fokus der Intervention auf Spiel und dessen Ergebnis und 4% benutzt Spiel als Belohnung.</p> <p>Die Dauer des Spiels pro Therapieeinheit wurde bei den Teilnehmenden erhoben und es kam hervor, dass bei 41% der Befragten Spiel 51-80% der Zeit als Mittel eingesetzt wird. Als Belohnung wird Spiel 1-20% innerhalb einer Therapieeinheit bei 64% der Befragten eingesetzt. 42% der Teilnehmenden berichten, dass sie 1-20% der Zeit brauchen, um Spiel als Hauptfokus in die Therapie miteinzubringen.</p> <p>Es konnte keinen Zusammenhang zwischen dem Arbeitssetting und dem Einsatz von Spiel festgestellt werden.</p> <p>Es äusserte sich, dass Spiel, als Mittel, bei insgesamt 80-100% der Interventionen eingesetzt wird. Ebenso wird Spiel für 80-100% aller Fälle gebraucht. Als Fokus und Ergebnis der Intervention sowie als Belohnung wird Spiel 1-20% aller Interventionen und Fälle eingesetzt. Bei den qualitativen Fragen des Umfragebogens kommt hervor, dass die meist genannte Kategorie „Barrieren, um Spiel in der Praxis einzusetzen“ genannt wird. Viele Therapeuten und Therapeutinnen gehen das Risiko nicht ein, spielbasierte Ziele im akademischen Setting zu formulieren. In der Praxis werden spielbasierte</p>	<p>Trotz der vielseitigen Literatur sowie Empfehlungen von Fachpersonen wird Spiel in der Praxis selten als Ergebnis, sondern vielmehr als Mittel in der Intervention genutzt. Aus der Umfrage kommen verschiedene Barrieren hervor, die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen daran hindern, Spiel in der Praxis einzusetzen. Die Abgrenzung der Rollen der Professionen stellt eine Barriere dar. Ebenso sind fehlende Ausbildung und Probleme mit der Rückvergütung Hindernisse für den Einsatz von Spiel.</p> <p>Die Ergotherapie hat im Vergleich zu anderen Professionen einen besonderen Blickwinkel auf die Thematik Spiel. In Bezug auf die Rollenabgrenzung bedeutet dies, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen den Fokus Spiel anders setzen als beispielsweise Lehrer oder Sozialarbeiter. Seit der Studie von Couch et. al (1998) ist der Einsatz von Spielassessments zurückgegangen. Dieses Ergebnis überrascht, zumal die Literatur der Ergotherapie in den vergangenen Jahren die Wichtigkeit des Spiels immer mehr hervorgehoben hat und die Verbreitung von Menschen mit Autismus-Spektrums-Störung gestiegen ist. Gründe für den Rückgang von spielbasierten Assessment könnten sein, dass viele Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen keinen Zugang zu diesen Assessments haben und eine Wissenslücke im Gebrauch dieser besteht.</p> <p>Fehlende Ausbildung zum Einsatz von Spiel wird von den Teilnehmenden als Barriere betrachtet. Es gibt Literatur von verschiedenen Ländern wie Kanada, Neuseeland oder Australien, die belegen, dass in den Grundausbildungen zu wenig Wert auf die Thematik Spiel gelegt wird.</p> <p>Auch im Bereich „Ziele formulieren“ überrascht es nicht, dass wenig spielbasierte Ziele verfolgt werden, da wenige Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen Spielassessments benutzen. Sensorische Integration und</p>

<p>Interventionsansätze Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Pädiatrie verwenden, wird berichtet, dass der Hauptfokus sowohl bei den Assessments als auch in den Interventionen auf funktionellen Komponenten liegt.</p> <p>Die Evidenz geht davon aus, dass Spiel in der Praxis vernachlässigt wird. Studien belegen, dass in den englischen, kanadischen und neuseeländischen Curricula Spiel nicht effektiv gelehrt wird. Die Praxis scheint sich geändert zu haben und die Autoren stützen sich als Basis auf die Studie von Couch et. al (1998). Folgende Forschungsfragen kamen hervor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Einsatz von Spiel bei Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der USA in der Behandlung von Kindern zwischen 3 und 7 Jahren? - Hat sich die Prozentzahl der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, welche den Fokus auf Spiel setzen erhöht seit 1998? - Hat das Praxissetting einen Zusammenhang mit dem Einsatz von Spiel bei Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Behandlung von Kindern zwischen 3 und 7 Jahren? 	<p>Angaben zum Messinstrument oder Analyseverfahren. Lediglich das Computerprogramm wurde genannt, mit welchem die Analyse durchgeführt wurde (PASW Statistics 18). Die Umfragen wurden anonymisiert.</p>	<p>Assessments nicht rückvergütet und so fühlen sich die Teilnehmenden gezwungen, den Fokus auf andere Bereiche wie Spiel zu legen oder Spielassessments versteckt durchzuführen. Andere Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen berichten, dass sie den Bereich Spiel anderen Professionen überlassen, die sich darauf spezialisiert haben.</p> <p>Das Bedürfnis nach Ausbildung im Bereich Spiel ist bei den Fachpersonen vorhanden und sollte in Zukunft angegangen werden.</p>	<p>„developmental“ werden als die zwei meist genutzte Ansätze genannt. Obwohl Sensorische Integration ein Ansatz wäre, der spielbasiert aufgebaut ist, ist der Fokus auf Spiel in den Interventionen limitiert.</p> <p>Implikationen: In der Ausbildung zum Ergotherapeuten und Ergotherapeutin empfehlen die Autoren, mehr Wert auf das Thema Spiel zu legen. Ebenso sollten Weiterbildungen und Konferenzen auf die Thematik ausgerichtet sein. Die Autoren weisen auf das „American Journal of Play“ hin, dass für Fachpersonen hilfreich sein könnte. In Bezug auf die Rollenabgrenzung wird empfohlen, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen mit Evidenz argumentieren, weshalb es genau in der Ergotherapie wichtig ist, Spiel einzusetzen. Die nötige Literatur dazu ist zahlreich vorhanden. Besonders zum Thema Wohlbefinden des Kindes, aber auch der Familie hat Spiel eine wichtige Funktion und sollte dementsprechend eingesetzt werden.</p> <p>Die Autoren ermutigen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen besser zu argumentieren, dass Spiel grundlegend und wichtig für das Kind ist. Zum Thema Rückvergütung empfehlen die Autoren, Therapieziele so zu formulieren, dass sie adäquat und erkennbar sind. Dazu geben sie Beispiele im Text.</p> <p>Limitationen: Die Rücklaufquote (response rate) in dieser Studie ist klein (185 von 500). Die Autoren erwägen, dass es einen Bias deswegen geben könnte, bestätigen dies aber nicht. Ebenso wäre ein Bias in der Stichprobe möglich, da die Umfrage nur für Mitglieder der AOTA zugänglich war. Die Mehrheit der Befragten hatten ausserdem schon mehr als 15 Jahre Berufserfahrung. Dieser Einflussfaktor wurde in der Studie nicht berücksichtigt, zumal es einen Unterschied geben könnte, wie die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen die Thematik Spiel betrachten. Die meisten der Teilnehmenden arbeiten in einem schulbasierten Setting. Für die Autoren ist unklar, ob dieses einen Einfluss darauf hatte, welcher Fokus in der Therapie vordergründig ist (in schulbasierten Settings steht evtl. Bildung an oberster Stelle).</p> <p>Schlussfolgerung: Mit dieser Studie wurde aufgezeigt, dass es wenig Veränderung zum Jahr 1998 gab in Bezug auf die Rolle von Spiel in der pädiatrischen Ergotherapie. Weitere Forschung zu diesem Thema sollte verfolgt werden.</p>
---	---	---	---

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>- Relevantes Thema für Ergotherapie</p> <p>- Thematik ist sehr gut eingebettet in Literatur.</p> <p>- Das Thema wird gut eingeführt: Weshalb es relevant für die Ergotherapie ist, ist erklärt</p> <p>- Danach wurde schon bestehende Literatur durchsucht und wie dort der Stand zum Thema ist</p> <p>- Einleitung nachvollziehbar und präzise</p> <p>- die erste Forschungsfragen ist nicht klar definiert. „Wie ist der Einsatz von Spiel...“ → es werden keine Kategorien zum „Wie“ deklariert, nicht nachvollziehbar was die Forscher genau wissen wollen.</p> <p>- zweite Forschungsfrage: Hat sich die Prozentzahl verändert...“ kann man mit ja oder nein beantworten..</p>	<p>Das Studiendesign ist nicht erwähnt, durch die Beschreibungen kann man davon ausgehen, dass es eine Querschnittstudie ist (Zufallsstichprobe, Umfragen, möglichst grosse Stichprobe,...).</p> <p>Die Zufallsstichprobe wurde über ganz Amerika (alle 50 Staaten) gezogen. Somit wollten die Forscher die Repräsentativität der Stichprobe anstreben. Es konnten nur ET's, die Mitglied der AOTA sind mitmachen → nicht repräsentativ für alles ET's die in den USA arbeiten. Es wird kein Minimalunterschied festgelegt und es findet keine Sample Size Calculation statt, obwohl zum Beispiel aus der vorangehenden Studie von Couch, Dietz und Kanny (1998) Erfahrungswerte bestehen. Die Stichprobengrösse ist deshalb nicht angemessen, was dazu führen könnte, dass eine unbedeutende Aussage als signifikant gewertet wird</p> <p>Beim Umfragebogen wurde eine Pilotdurchführung gemacht. Mit einer Gelegenheitsstichprobe wurde die Test-Retest-Reabilität an zwei Messzeitpunkt erhoben. Die Messverfahren sind nachvollziehbar und präzise aufgeführt. Bezüglich des Fragebogens ist nicht klar, inwieweit dieser nach der Pilotdurchführung angepasst wurde und was in dem Begleitschreiben, welches den Umfragen beigelegt wurde, stand. Dies könnte insofern wichtig sein, als dass durch unterschiedliche Definitionen der Teilnehmer von Spiel die Interrater-Reliabilität und die Objektivität des Fragebogens in Frage gestellt werden würden. Das Messinstrument (Fragebogen) ist valide. Die Datenanalyse ist intransparent beschrieben. Es ist nicht ersichtlich, mit was für Verfahren die Daten ausgewertet wurden. Das Computerprogramm allein sagt darüber nichts aus. Um die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen zu messen, wurde eine Spearman's Korrelation eingesetzt. Es wird nicht beschrieben welche Variablen damit gemeint sind, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass damit der Zusammenhang zwischen Art der Spielnutzung und Setting, als auch zwischen Art der Spielnutzung und dem Frame of reference. Die Skalenniveaus dieser Daten entsprechen nicht dem geforderten ordinalskalierten Niveau, sondern sind nominalskaliert. Für welche Daten die Pearsons's Korrelation verwendet wurde ist nicht klar, wobei die dafür notwendigen intervallskalierten Daten kaum auffindbar sind in der Studie (ausser demografische Daten und Zeitangaben). Des Weiteren ist die Kategorisierung der offenen Fragen nicht genau beschrieben, wodurch die Nachvollziehbarkeit für diese Ergebnisse eingeschränkt ist. Dies schränkt die Glaubwürdigkeit der Studie ein. Die Ergebnisse sind aus diesem Grund kritisch zu betrachten.</p> <p>Es sind wenig Tabellen oder Abbildungen ergänzend zum Text eingesetzt.</p>	<p>Es bestehen nur zwei Tabellen, die nicht aussagekräftig sind. Bei Table 2 zeigt es den Abschluss der Befragten und den Vergleich mit der Studie von Couch et. al 1998. Diese Abbildung ist nicht ergänzend zum Text, da nichts im Text dazu steht. Table 1 ist eine Abbildung, die den Methodenteil und die Stichprobe verbildlicht. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Autoren diese zwei Tabelle gewählt haben und nicht andere, um Daten besser darzustellen. (Zum Beispiel Tabellen zu Häufigkeiten im Vergleich zur Studie von Couch et. al, 1998)</p> <p>Ergebnisse: Die Ergebnisse beantworten teils die Fragestellung. Der Einsatz von Spiel wurde unterteilt in Referenzrahmen, wie viel der Zeit sie Spiel brauchen, als Mittel, Fokus oder Belohnung, spielbasierte Ziele und Assessments. Daraus wurden Häufigkeiten abgeleitet und aufgeführt. Dieser Teil beantwortet den ersten Teil der Fragestellung umfangreich und vollständig. Die Häufigkeiten sind nachvollziehbar dargestellt und relevant für die Fragestellung. Der zweite Teil der Fragestellung wird nicht beantwortet. Der Vergleich mit der Studie von Couch et. al geschieht erst in der Diskussion. Es gibt keine Datenangaben, ob sich die Prozentzahl der ET's erhöht hat, die den Fokus auf Spiel setzen. Die Beantwortung des dritten Teils der Fragestellung wird nur teils im Text erwähnt. Die Autoren schreiben zwar, dass das Setting keinen Zusammenhang mit dem Einsatz von Spiel hat (ohne Begründung warum dies so ist, keine Datenangaben dazu), erwähnen aber in den Limitationen trotzdem, dass die meisten Teilnehmenden im schulbasierten Setting tätig sind und dies zu einem Datenbias führen könnte. Dies widerspricht dem, was sie im Ergebnisteil schreiben.</p>	<p>In der Diskussion wird vor allem auf die Ergebnisse der qualitativen Fragen eingegangen. Das heisst Barrieren, warum ET's Spiel nicht einsetzen werden mit Literatur untermauert und gegenübergestellt.</p> <p>Die Ergebnisse der quantitativ ausgewerteten Daten werden mit verschiedener Literatur untermauert und gegenübergestellt. Was nicht herauskommt ist, welche Ergebnisse signifikant sind.</p> <p>Die Gegenüberstellung zur Studie von Couch et. al (1998) wird teilweise berücksichtigt. Die Autoren versuchen Gründe zu interpretieren, warum sich die Daten seit 1998 verändert haben. Die Begründungen sind klar als Interpretationen seitens Autoren deklariert (indem beschrieben wird, dass dies nicht in den Daten verankert ist).</p> <p>Was nicht berücksichtigt wird ist, dass es mehrere Einflussfaktoren gibt, die die Häufigkeiten in den Ergebnissen beeinflussen. Zum Beispiel lange die Berufserfahrung der ET's ist, wo sie arbeiten, mit welchen Kindern resp. Diagnosen sie arbeiten, usw. Diese Interpretationen werden im Diskussionsteil nicht gemacht.</p> <p>Die Ergebnisse sind von grosser Relevanz für die Praxis der Ergotherapie und leisten einen wichtigen Beitrag im Sinne, dass noch weiter darüber geforscht werden sollte.</p> <p>Die Limitationen sind aufgeführt, jedoch erwähnen die Autoren bei jeder Limitation, dass es „nicht unbedingt so sein muss“ Die Schlussfolgerungen sind klar und verständlich beschrieben. Diese sollten für die Praxis umsetzbar sein.</p>

Güte/ Evidenzlage: Diese Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 1 der 6S Pyramide nach DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009).

Hauptstudie II

Castelhano, N., Silva, F., Rezende, M., Roque, L., & Magalhães, L. (2013). Ludic content in multisensory stimulation environments: an exploratory study about practice in Portugal. *Occupational therapy international*, 20(3), 134-143.

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In der Studie handelt es sich um multisensorische Stimulationsumwelt sowie deren spielerischen Inhalt und Spiel. In Portugal ist wenig Literatur zur multisensorischen Stimulationsumgebung vorhanden. Die multisensorische Umgebung stammt ursprünglich aus dem „Snoezelen“, bei dem der Fokus auf der Konzept Entspannung, Freude und Exploration liegt, ohne weitere Ziele. Die multisensorische Umgebung unterscheidet sich in dem, dass die Umwelt kontrolliert sensorische Stimuli gibt, welche als Schlüssel zur Zielerreichung des Klienten gelten. In bereits vorhandener Literatur ist nicht klar ersichtlich, welchen Effekt die multisensorische Umwelt hat. Es gibt Studien dazu, die einen positiven Effekt der multisensorischen Umwelt auf Kinder feststellte, aber auch Studien die dagegen sprechen. Qualitative Studien zeigen, wie wichtig die Erhebung der Sicht seitens Betreuer und Fachpersonen ist, um zu reflektieren, für welche Klientengruppe dieses Konzept geeignet ist. Verschiedene Fachpersonen, darunter die Ergotherapie wenden das Konzept an. In der Ergotherapie wird Spiel nicht nur als Mittel, sondern auch als Ziel der Intervention eingesetzt. Spiel widerspiegelt ausserdem die Theorie der multisensorischen Umwelt. Welches Potential die multisensorische Umwelt im spielerischen Aspekt hat, wird in der Literatur nicht dokumentiert.</p> <p>Forschungsfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was ist der Nutzen von der multisensorischen Umgebung für die Fachpersonen, die dies einsetzen? - Wie passend sind diese Räume für Spiel gemäss den für die Intervention verantwortlichen Fachpersonen? Wie ist Spiel in ihre Intervention eingebettet? 	<p>Der sozio-kultureller Ansatz wird als Studiendesign aufgeführt. Dies wird begründet, da die Wahrnehmung der verantwortlichen Fachpersonen interpretiert werden soll. Zwölf Fachpersonen, davon acht Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, eine Physiotherapeutin, und vier Heilpädagogen und Heilpädagoginnen.</p> <p>18 Organisationen wurden schriftlich angefragt mit einem Informationsbrief, wo das Ziel und Inhalt der Studie erklärt wurden. Alle Teilnehmenden die sich für die Studie bereit erklärten, wurden rekrutiert. Die Hälfte der Teilnehmer besuchten einen spezifischen Kurs zur multisensorischen Umweltsstimulation, die andere Hälfte nicht. Die Durchschnittserfahrung bei dieser Arbeit liegt bei sechs Jahren (mind. ein Jahr und maximal 18 Jahre). Inhaltsanalyse wurde durch drei Forscher vollzogen. Ein Forscher war bewusst nur für die Interview Durchführung verantwortlich. In den Interviews geht es um das Erleben und die Wahrnehmung von Fachpersonen, was in der Studie kurz erwähnt wird.</p> <p>Die Namen der Teilnehmenden wurden anonymisiert. Keine ethischen Fragen wurden besprochen.</p>	<p>Verschiedene Kategorien kamen aus den Ergebnissen hervor:</p> <p><i>Wahrnehmung des Nutzens der multisensorischen Stimulation:</i> Die Räume für multisensorische Stimulation werden unterschiedlich gebraucht und es gibt keine Limitationen im Gebrauch. Die Interaktion mit der Umwelt steht dabei im Vordergrund, da die multisensorische Stimulationsumgebung zur Exploration anregt.</p> <p><i>Spielerischer Inhalt und Spiel in der multisensorische Stimulationsumgebung:</i> Aus den Antworten der Befragten wird klar, das Spiel grundlegend in der multisensorischen Stimulationsumgebung und deren Aktivitäten vorhanden ist. Fachpersonen, die mit Kindern arbeiten, berichten von den Spielarten, die in den Räumen entstehen. Dazu gehören freies Spiel, Exploration und So-tun-als-ob Spiel. Vor allem Exploration wird in den Stimulationsräumen angeregt.</p>	<p>Multisensorische Stimulationsumgebung ist eine flexible Ressource. Einige Fachpersonen gestalten die Therapie kind-gesteuert, was die Literatur empfiehlt. Für Kinder ist diese Umgebung anregend und attraktiv. Die Autoren indizieren, dass diese Räume im Zusammenhang mit Spiel und spielbasierten Interventionszielen genutzt werden.</p> <p>Zusammengefasst sehen Fachpersonen diese Räume als sinnvollen Ort für Interventionen, wo Spiel ein grundlegendes Medium eingesetzt wird, um Ziele zu erreichen. Es kommt hervor, dass der Zugang zu Literatur zum Thema klein ist und wenig Information darüber vorhanden ist. Ebenso hat die Mehrheit der Fachpersonen keine Ausbildung in dieser Thematik. Die Autoren appellieren dazu, den Zugang zu Ausbildung und Information zu fördern. Ebenso besteht wenig Literatur zum Effekt von Interventionen in diesen Räumen. Insbesondere für Spiel wird empfohlen, diese Räume mehr in Erwägung zu ziehen. Die Studie gibt Indikation dazu, dass die multisensorische Stimulationsumgebung ein spielerischer Ort ist. Spiel ist die Verbindung zwischen der multisensorischen Stimulationsumgebung und Computerspielen (im Zusammenhang mit spielerischer Aktivität). Die Autoren empfehlen, Zugang für Fachpersonen zu Information und Wissen zum Thema multisensorische Stimulation zu ermöglichen.</p>

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beinhaltet einen wichtigen Aspekt der Ergotherapie. In der Arbeit mit Klienten und Klientinnen mit einer geistigen Behinderung ist noch wenig bekannt zu Räumen mit multisensorischer Stimulation. Die Thematik wird mit vielseitiger Literatur eingeführt und ist nachvollziehbar und verständlich. Es ist unklar, wie die Autoren ihre Forschungsfrage begründen. Kurz wird erwähnt, wo eine Forschungslücke im Bezug zu spielerischen Aktivitäten besteht, diese wird aber nicht vertieft begründet. Die Forschungsfrage ist konkret und verständlich in drei Unterthemen aufgegliedert, das Ziel der Studie ist nicht aufgeführt.</p>	<p>Die Autoren bezeichnen das Studiendesign als sozio-kulturellen Ansatz, wobei sie eine Inhaltsanalyse vollziehen. Eine Begründung für die Wahl dieses Design bleibt aus (übergreifende Begründung der Inhaltsanalyse wäre „Sinnverstehen“). Sie beschreiben lediglich, dass die Wahrnehmung von Fachpersonen interpretiert werden sollte, was im qualitativen Ansatz bereits in sich begründet ist. In dieser Studie wurden Gelegenheitsstichproben erhoben (keine kontrollierte Stichprobe). Es wird nicht transparent beschrieben, weshalb sie dieses Selektionsverfahren angewendet haben und wie viele Probanden sie erreichen wollten. Es sind keine Voraussetzungen festgelegt, welche die Teilnehmer erfüllen müssen, um an der Studie teilzunehmen. Trotzdem wird von einer Person beschrieben, dass und weshalb deren Interview im Anschluss ausgeschlossen wurde. Sie wurde also nicht im Vorfeld Ein- und Ausschlusskriterien beigezogen, sondern erst nach der Datenerhebung. Die Repräsentativität der Stichprobe wird nicht diskutiert, wobei im Ergebnisteil die Population nicht genauer bezeichnet wird. Im Abstract, in der Einleitung und in der Konklusion wird Portugal zwar erwähnt, aber Limitationen der Übertragbarkeit der Studienresultate innerhalb von Portugal oder darüber hinaus werden weder erwähnt noch kritisch betrachtet.</p> <p>Mit den Teilnehmenden wurden offene Interviews durchgeführt. Wobei ein Skript, welches für alle Interviews galt, zur Sicherung der wichtigen Themen verwendet wurde. Wie das Skript entstanden ist, ist nicht nachvollziehbar dargestellt. Konkrete Fragen werden nicht transparent gemacht. Es wird beschrieben und begründet, wer die Interviews durchgeführt hat. Dessen Reflexion wird nicht beschrieben, weshalb unklar ist, inwieweit dieser den Interviewverlauf mit seiner Persönlichkeit beeinflusst hat. Auch zum Prinzip der Offenheit und zum Thema der Beziehung zwischen dem Forschenden und den Teilnehmenden wird kein Bezug genommen. Im Vorfeld wurden drei Personen auf Anfrage mit den Themen informiert, die anderen nicht. Wieso sie nicht alle informiert haben ist nicht nachvollziehbar. Auch wieso die Hälfte der Probanden vorher einen eintägigen Workshop besuchten wird nicht erklärt. Diese beiden Faktoren könnten Einfluss auf die Ergebnisse haben und sollten nicht unbeachtet werden lassen. Es kommt nicht hervor, wo genau die Interviews stattgefunden haben. Der Kontext ist jedoch ein wichtiger Faktor bei qualitativen Interviews und kann, wenn unreflektiert, zu Verfälschungen der Ergebnisse führen.</p> <p>Die Datenanalyse (Inhaltsanalyse) ist aufgeführt. Mit der Begründung, die Zuverlässigkeit zu gewährleisten, wird diese von drei Forschenden durchgeführt und gegenseitig diskutiert. Die Rolle der Forschenden ist jedoch nicht vertieft reflektiert, wodurch die reflektierte Subjektivität fragwürdig ist. Das angewandte Kodierverfahren ist empirisch verankert, wobei die intersubjektive Nachvollziehbarkeit eingeschränkt ist. Es wird nicht beschrieben, dass versucht wurde, so wenig wie notwendige Kategorien zu bilden (Inhaltsanalyse) und es wird nicht beschrieben, dass zu einem späteren Zeitpunkt ein Re-test gemacht wurde. Zudem werden keine Widersprüche offengelegt (Kohärenz).</p>	<p>Im Ergebnisteil sind verschiedene Kategorien, die analysiert wurden, gemacht. Diese sind nachvollziehbar und umfassend beschrieben und beleuchten das Thema: multisensorische Stimulationsumgebung als Ganzes. Die Ergebnisse der drei Kategorien sind mit sehr vielen Zitaten der Teilnehmenden beispielhaft untermauert (empirische Verankerung). Es kommt nicht hervor, welche Zitate von welchen spezifischen Berufsangehörigen stammen. Für die Schlussfolgerungen wäre dies jedoch relevant, sodass nicht eine Verallgemeinerung entsteht und die Berufsgruppen vermischt werden.</p>	<p>Die Interpretation der Forscher ermöglicht es dem Leser, das Phänomen besser zu verstehen und die Ergebnisse leisten einen relevanten Beitrag für die Ergotherapie. Da zwölf willkürlich (nicht erklärt wieso genau diese) Personen, davon acht Ergotherapeuten befragt wurden, und die Studie in Portugal durchgeführt wurde, ist fragwürdig, ob die Ergebnisse repräsentativ sind. Die Forscher bestätigen dies in den Limitationen der Studie. Ebenso ist eine Verallgemeinerung der Aussagen kritisch, da verschiedene Berufsgruppen in der Stichprobe vorhanden sind. Die Ergebnisse werden mit wenig Literatur diskutiert und gegenübergestellt. Es ist wenig Literatur zum Thema vorhanden, dies begründen die Autoren auch. Die Bedeutung für die Ergotherapie wird in der „Conclusion“ besprochen und hervorgehoben. Eine allgemeine Schlussfolgerung wird gemacht. Die Ergebnisse decken die Forschungsfragen soweit ab. Auf weitere konkrete Implikationen für die Praxis wird hingewiesen, zum Beispiel, dass Fachpersonen besseren Zugang zu Information und Wissen zur Thematik haben sollten. Ein für die Ergotherapie relevanter Faktor kommt hervor, nämlich dass die multisensorische Stimulationsumgebung ein spannender Bereich insbesondere im Zusammenhang mit Spiel darstellt, und weiter erforscht werden kann. Die Schlussfolgerung und Implikation für die Praxis sind allgemein formuliert. Für den Leser ist es nicht klar, ob die Autoren Implikationen für die portugiesische Praxis beabsichtigen. Dies ist jedoch ein wichtiger Punkt und sollte berücksichtigt werden, da die Studie in Portugal durchgeführt wurde.</p>

Güte/ Evidenzlage: Diese Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 1 der 6S Pyramide nach DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009).

Hauptstudie III

Dall'Alba, L., Gray, M., Williams, G., & Lowe, S. (2014). Early Intervention in Children (0–6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(2), 72-80.

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In dieser Studie geht es um die Rolle von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Frühintervention mit Kindern mit einer seltenen Entwicklungsstörung in Australien. Es wird aufgezeigt, dass es wichtig ist für Kinder, die durch verschiedenen Faktoren gefährdet sind, schon früh mit Interventionen zu beginnen. Die Verbreitung in Australien von Kindern mit allgemeinen Entwicklungsstörungen und deren Einschränkungen im Alltag bestätigt bereits bestehende Literatur. Dass Ergotherapie in der frühen Intervention einen positiven Effekt auf Kinder mit allgemeinen Entwicklungsstörungen hat, ist ebenso in der Literatur aufgezeigt worden. Es gibt jedoch wenig Evidenz zu der Verbreitung von seltenen Entwicklungsstörungen und zu Behandlungsansätzen der Ergotherapie für solche Kinder.</p> <p>Deshalb lautet die Forschungsfrage: Welche Rolle spielt die Ergotherapie in der Frühintervention bei Kindern mit seltener Entwicklungsstörung.</p>	<p>Die Studie ist als Querschnittsumfrage bezeichnet. Das Design der Studie ist ein mixed-method Ansatz mit der Begründung, dass eine Umfrage und Interviews enthalten sind. Die Population der Studie sind Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, welche mit Kindern zwischen dem Alter 0 und 6 Jahren mit einer seltenen Entwicklungsstörung arbeiten.</p> <p>Eine Gelegenheitsstichprobe von allen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in Queensland wurde gemacht. 28 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, die alle bei dem Department of Communities Disability Services angestellt sind und mit Kindern von null bis sechs Jahren unter anderem mit einer seltenen Entwicklungsstörung arbeiten, nahmen an der Studie teil. Es wurde eine schriftliche Befragung mit geschlossenen und offenen Fragen durchgeführt. Da es eine Querschnittsstudie ist, wurden die Daten einmalig erhoben. In der Befragung geht es darum zu erheben, welche seltenen Entwicklungsstörungen in der Praxis vorkamen und welche Bereiche der Interventionen adressiert werden.</p> <p>Der Befragungsbogen wurde von dem Hauptautor und einem weiteren Ergotherapeuten entwickelt. Die Forscher führten eine Pilotbefragung mit zwei Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen durch, um sicher zu gehen, dass die Fragen klar und eindeutig sind. Danach wurden die Fragebögen via e-mail an die Teilnehmenden gesendet. Die Datenanalyse ist für den Leser der Studie unklar. Es wird nicht beschrieben, wie die Daten ausgewertet werden, die Autoren geben lediglich das Computerprogramm an, mit welchem man verschiedenste Datenanalyse machen kann.</p> <p>Aus den 28 Personen erklärten sich zwei davon bereit, an einem Interview teilzunehmen. Eine Person stammt aus dem Berufsfeld Ergotherapie, die andere Person aus der Logopädie. Es wurden nach der schriftlichen Befragung die Telefoninterviews durchgeführt. Bei den Interviews wird die Inhaltsanalyse angewendet.</p>	<p>Von den 28 Teilnehmenden kamen 12 Fragebögen zurück. Teil A des Fragebogens füllten 11 Personen aus. Im gesamten sind 35 Kinder mit seltenen Entwicklungsstörungen behandelt worden. Der meist genutzte Interventionsbereich in der Therapie ist „play support“. 81.8 Prozent der Befragten nutzen diesen Bereich in der Behandlung von Kindern mit einer seltenen Entwicklungsstörung. 27.6 Prozent der Befragten setzen regelmässig Spielzeuge ein, 20.7 Prozent arbeiten mit Exploration und 24.1 Prozent brauchen „Ursache-Wirkung“ Prinzip in der Intervention.</p>	<p>Die Resultate werden mit bereits bestehender Literatur diskutiert. Spiel gehört zu der wichtigsten Betätigung des Kindes. Die Autoren diskutieren, dass Spiel die meist gebrauchte Intervention der befragten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen ist. Der Gebrauch von Spielzeug kann in der Therapie als Mittel gebraucht werden, um die Umwelt zu explorieren und sensorische und motorische Erfahrungen zu sammeln. Insgesamt decken die Ergebnisse die Fragestellung ab. Es werden verschiedene Aspekte besprochen, die zu der Rolle der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen beitragen in der Behandlung von Kindern mit einer seltenen Entwicklungsstörung. Limitationen der Studie bezüglich Selektionsbias (nur 11 der 28 Teilnehmenden haben den Fragebogen zurückgesendet), kleiner Stichprobe und kritisch zu betrachtenden Ergebnissen werden im Text genannt.</p> <p>In der Behandlung von Kindern mit einer seltenen Entwicklungsstörung steht der Einsatz von Spiel in der Therapie ein Schlüsselement dar. Die Autoren empfehlen, dass eine grössere Querschnittsstudie durchgeführt wird, um ihre Ergebnisse zu bestätigen. Ebenso könnte eine Fallstudie dazu beitragen, die Praxis für Kinder mit einer seltenen Entwicklungsstörung zu fördern.</p>

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In Einleitung stehen Statistiken von USA obwohl es um die Verbreitung in Australien geht. Wichtige Begriffserklärungen wie „seltene Entwicklungsstörung“ oder „Frühintervention“ werden gemacht und mit Literatur verankert.</p> <p>Die Forschungslücke kommt hervor, die Autoren begründen, weshalb sie die Forschungsfrage formuliert haben.</p> <p>Die Fragestellung nicht präzise, denn es ist nicht klar, was mit dem Begriff Rolle herausgefunden werden soll? Ansätze, Interventionen, Meinungen?</p>	<p>Design wird zwar begründet, aber mit einer Quelle, und nicht warum für genau diese Studie dieses Design passend ist. Mixed methods, Querschnittstudie, explorative Studie, Inhaltsanalyse. Population und Stichprobe genau beschrieben, mit Kriterien, klar und präzise → mit early intervention und rare disability inkludiert (Die verwendeten Begrifflichkeiten (ausser „Rolle“) wie seltene Entwicklungsstörung werden klar definiert.)</p> <p>Da es eine Gelegenheits- und keine randomisierte Stichprobe ist, ist sie nicht repräsentativ. Das Selektionsverfahren ist nicht transparent dargestellt. Die Stichprobengrösse wird als Limitation angegeben, jedoch nur weil sie zu klein war. Wie gross diese hätte sein müssen, damit die Ergebnisse signifikant wären, wird nicht angegeben. Es wird keine Effektgrösse bestimmt und keine Sample Size Calculation gemacht. Ob Vergleichswerte vorhanden sind, ist unklar.</p> <p>Die Fragen in der Umfrage sind sehr genau beschrieben und Beispielfragen sind im Anhang der Studie ersichtlich. Die Beschreibung der Entwicklung der Umfrage ist präzise und klar beschrieben. Verschiedene Methoden wurde für die Umfragenverteilung angewandt, um möglichst viele Teilnehmer zu gewinnen (Mail, Papier mit frankiertem Rücksendeumschlag, Erinnerungsmails) Es ist nicht transparent, wie die Daten analysiert sind. Zwar ist die Studie als mixed method deklariert, aber für quantitativen Daten ist nur ein Computerprogramm angegeben, keine Datenanalyseverfahren sind ersichtlich. Ebenso ist nicht transparent, wer die Daten analysiert hat. Stichprobe ist sehr klein im Vergleich zur Population. Nur 11 von 28 Teilnehmenden haben die Befragung ausgefüllt. Die Vollständigkeit der Daten ist daher extrem fraglich.</p> <p>Die Stichprobe ist nicht repräsentativ und dementsprechend sind die Ergebnisse nicht verallgemeinerbar. Ein Teilnehmer wurde ausgeschlossen, weil er das Klientel nicht behandelt hat. Ansonsten werden keine Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben.</p> <p>Das Interview ist nicht repräsentativ, da nur zwei Personen und eine für eine multidisziplinäre Sicht. Die Interviews hatten das Ziel, die Befragung zu vertiefen, aber es ist unklar, welche Fragen gestellt, was die Transparenz und die Nachvollziehbarkeit für die Datenanalyse und Ergebnisse einschränkt. Ebenso ist die Rolle des Forschenden, der die Interviews durchgeführt hat nicht vertieft reflektiert worden, d.h. die Objektivität ist nicht gewährleistet. Es gab eine Verfälschung der Daten, da die Interviews nicht aufgenommen wurden. Bei einer Inhaltsanalyse wäre dies grundlegend, da die Reproduzierbarkeit ein wichtiges Kriterium bei Inhaltsanalysen darstellt. Danach wurden die Interviews transkribiert, aber die Objektivität und Credibility ist nicht gewährleistet.</p>	<p>Die Tabellen zu den Ergebnissen sind präzise und ergänzen den Text. In den Tabellen sind weitere Ergebnisse, die im Text nicht aufgeführt sind sichtbar.</p> <p>Die Ergebnisse der Interviews sind nicht in Kategorien unterteilt, sondern zusammengefasst aufgeführt. Dies ist nicht kongruent mit dem Datenanalyseverfahren. Auf welchen Fragen die Antworten basieren, ist unklar. Ebenso werden keine Zitate verwendet, um die Aussagen zu untermauern.</p>	<p>Limitationen sind genannt, aber werden immer wieder mit einem Gegenargument aufgehoben. Es wird kein Bias aufgeführt, dass im Interview nur Notizen gemacht werden, keine kritische Anschauung der Objektivität des Forschenden Die kleine Stichprobe und die Tiefe der Daten ist als Limitation besprochen.</p> <p>Dass spielbasierte Ergotherapie einen positiven Effekt auf allgemeine Entwicklungsstörung hat, ist bereits bekannt. Die Ergebnisse dieser Studie tragen keinen grossen neuen Beitrag. Durch die kleine Stichprobengrösse ist fragwürdig, ob man die Ergebnisse auf die ganze Population schlussfolgern kann. Die konkreten Empfehlungen für die Praxis bleiben gering aus.</p>

Güte/ Evidenzlage: Diese Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 1 der 6S Pyramide nach DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009).

Hauptstudie IV

Ashburner, J., Rodger, S., Ziviani, J., & Jones, J. (2014). Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities. *Australian occupational therapy journal*, 61(2), 110-120.

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Ergotherapie ist eine der häufigsten Therapien bei Kindern mit Autismus-sprekturms-störung (ASS). Die steigende Prävalenz von Kindern mit ASS in Australien, der somit angestiegene Finanzierungsbedarf, als auch ein grösseres Gesellschaftsbewusstsein führen zu einem erhöhten Bedarf an ergotherapeutischen Leistungen bei Kindern mit ASS.</p> <p>Bisherige, nicht evidenzbasierte Interventionen, wurden in den letzten Jahren zwar kritisch hinterfragt, werden in der Praxis aber trotzdem noch häufig angewandt. Bedürfnisgerechtes und evidenzbasiertes Training während und nach der Ausbildung soll Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen darin unterstützen, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen. Das Ziel der Studie ist deshalb, Informationen zu erbrachten ergotherapeutischen Leistungen für Menschen mit ASS in Queensland zu sammeln und ihre Lernbedürfnisse in diesem komplexen und sich schnell entwickelnden Gebiet zu untersuchen. Folgende Informationen sollen dazu gesammelt werden; demografische Daten der Therapeuten, Abfassung der Fallanzahl und Leistungslücken, Zusammenarbeit mit anderen, Kontext und Settings, „Service-delivery models“, Informationsgewinnung und Zielsetzung, Interventionen, Selbstsicherheit und Herausforderungen, Nutzen von Evidenz, Erfahrung mit „professional development“ (PD) und Unterstützung, sowie zukünftige Lernprioritäten.</p>	<p>Das Design der Studie ist quantitativ. Die Population umfasst alle Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, welche mit Menschen mit ASD arbeiten. Die Umfrage wurde allen in Queensland registrierten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen gesandt (N= 2547). Es wird damit begründet, dass sie keine Angaben hatten, welche Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in welchen Bereichen (z.B. Pädiatrie) tätig sind. Die Umfrage wurde von 818 zurückgesandt, welche damit in die Studie eingeschlossen wurden. Auch die, welche keine Menschen mit ASS behandelten, wurden gebeten die Umfrage zurückzusenden, um eine korrekte Einschätzung der Antwortrate (32%) vorzunehmen. Von den 818 Antworten, erbrachten 235 ergotherapeutische Leistungen bei Menschen mit Autismus. Es lässt sich aus den Angaben schliessen, dass nur einmal Daten und diese über eine elektronische, schriftliche Befragung erhoben wurden. Es wurde eine Umfrage elektronisch per Mail an die Stichprobe gesandt. Diese Umfrage wurde aufgrund von vier unterschiedlich zusammengesetzten Fokusgruppen entwickelt. Die Fokusgruppeninterviews wurden sowohl mit Praktizierenden, Supervisoren und Akademikern geführt, um eine möglichst breite Perspektive zu erhalten. Für die Fokusgruppen wurde ein semistrukturierter Interviewplan verwendet. Die Informationen aus den Fokusgruppen wurden aufgenommen, transkribiert und zusammengefasst, und anschliessend für die Erstellung der Umfrage verwendet. Die Umfrage enthielt alle Themen, welche beim Forschungsziel in der Einleitung aufgelistet sind. Die Umfrage wurde getestet und aufgrund der Rückmeldungen der vier Testpersonen mit kleinen Anpassungen versehen. Für die Datenanalyse wurde ein deskriptives statistisches Verfahren angewandt.</p> <p>Die Beziehungen von kategorialen Variablen wurden mittels chi-square Test untersucht. Ordinal logistic regression wurde genutzt, um das Ausmass festzustellen, zu welchem die unabhängigen Variablen die Selbstsicherheit der Therapeuten und Therapeutinnen erklären konnten. Dafür wurde eine 3er-Sklala angewandt.</p> <p>Die Antworten von offenen Fragen wurden von zwei unabhängigen Personen in deskriptive Kategorien kodiert. Diskrepanzen wurden durch Diskussion gelöst und wo nötig, wurden Verfeinerungen der Kategorien vorgenommen. Wegen dem Bedarf nach Kürze wurden in diesem Artikel jeweils nur die fünf häufigsten Kategorien aufgeführt.</p> <p>Es wurde ein Signifikanzlevel von 0.05 festgelegt.</p> <p>Die Universität von Queensland hat die Studie ethisch genehmigt.</p>	<p>Die Ergebnisse werden mit Untertiteln zu jedem der befragten Themen, welche schon in der Zielsetzung aufgelistet wurden, strukturiert. Zu drei Themen werden Grafiken präsentiert (demografische Daten, Ziele und zukünftige Lernprioritäten) und die Ergebnisse von zwei Themen werden in einer Tabelle dargestellt (Leistungsmodelle, Informationsgewinnung). Somit wird die Fragestellung mit einzelnen Unterthemen beantwortet.</p> <p>Relevante Ergebnisse sind die Auswertung der Assessmentbereiche und der Zielsetzungsbereiche. Assessments bezüglich Spiel und Freizeit (n=175, nominal) wurden von 3% häufig/immer verwendet, von 19% manchmal, von 9% selten und von 69% sehr selten/nie angewandt.</p> <p>Therapieziele im Bereich der Entwicklung von Spielfertigkeiten wurden von 52% als einer der sieben wichtigsten Zielbereiche (von 16) angegeben (n= unbekannt, nominal)</p>	<p>Die Forschungsfrage wird vollständig beantwortet, in dem die Ergebnisse zu jedem der Unterthemen, welche aus den Fokusgruppen entstanden sind, diskutiert werden. Es wird nicht beschrieben, welche Ergebnisse signifikant waren, nur bei einem Unterthema wird erwähnt, dass der Unterschied nicht signifikant sei (Unterschied zwischen den Organisationen). Es werden alle Ergebnisse als aussagekräftig interpretiert. Limitationen werden im Anschluss reflektiert aufgeführt und es wird auf mögliche Bias und Mängel bezüglich der Repräsentativität eingegangen. Die meisten Resultate werden mit ein bis zwei anderen Studienergebnissen verglichen. In der Diskussion werden je Unterthema meist Schlussfolgerungen gezogen. Diese enthalten Implikationen für die zukünftige Ausbildung (evidenzbasierte Schulungen, regionale Angebote, online Training, direkte Praxiserfahrung mit Menschen mit ASS, Verbesserung der Selbstsicherheit in der Arbeit mit Menschen mit ASS) und Praxis (Zielfokus auf Partizipation wie z.B. Spiel, mehr Zeit für Literatursuche, besserer Zugang zu Datenbanken, regelmässig verfügbare Supervisionen) der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen. Am Ende der Diskussion wird aufgezeigt, dass es in dieser Studie davon handelte, „was“ die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen für Interventionen anwenden, und dass zukünftige qualitative Studien zum „wie“ weitere Informationen und ein tieferes Verständnis für dieses Thema bringen würde.</p>

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet wie die Aus- & Weiterbildung der Ergotherapeuten angepasst werden muss, um den zeitgenössischen Ansprüchen in der Behandlung von Menschen mit Autismus zu entsprechen. Unsere Fragestellung der BA wird mit dem ersten Teil der Fragestellung beantwortet, in dem erfasst wird, in welchen Teilen der Behandlung und wie häufig die praktizierenden Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in Australien/Queensland in der Behandlung von Menschen mit Autismus Spiel einsetzen. Es sind zwei Forschungsfragen definiert, wobei nur die Frage nach der aktuellen Praxis klar als Ziel formuliert wird. Die Population wird präzise definiert. Literatur wird vor allem zur Begründung der Forschungslücke zitiert.</p>	<p>Die Forschungsfrage lässt sich nachvollziehbar mit einer quantitativen Umfrage beantworten, wobei die Erstellung der Umfrage mittels qualitativem Design den Ergebnissen mehr Bedeutung gibt. Die Fragen der Umfrage sind somit nachvollziehbar und begründet erarbeitet worden. Die Stichprobe ist nur insofern repräsentativ, als dass nur die registrierten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen einbezogen wurden und als dass nur die einbezogen wurden, welche motiviert waren zu antworten. Die Ergebnisse müssen kritisch betrachtet werden, da die Stichprobenziehung nur die Teilnehmer einschliesst, welche motiviert waren die Umfrage zu beantworten. Es wurde trotz vorhandener Erfahrungsgrößen aus anderen Ländern keine Effektgröße bestimmt und keine sample size calculation gemacht, sondern es wurde die gesamte erreichbare Population angefragt. Die Wahl der Stichprobengröße wird nicht erklärt. Die Ergebnisse müssen deshalb kritisch betrachtet werden, weil bei einer grossen Stichprobe, wie sie in dieser Studie vorhanden ist, auch kleine Unterschiede signifikant werden können. Drop-outs werden nicht angegeben.</p> <p>Die Datenerhebungsmethode ist nachvollziehbar in Bezug auf die Fragestellung. Es wurden bei allen Teilnehmern dieselben Daten erhoben, wobei nicht alle Teilnehmer auf alle Fragen geantwortet haben.</p> <p>Das Messverfahren ist objektiv und soweit beurteilbar reliabel, aber durch die fehlenden Antworten ist die Validität fraglich. Es wird zwar genau beschrieben, wie viele Personen und aus welchen Institutionen an den Fokusgruppen teilnahmen, jedoch nicht wie diese ausgewählt wurden. Da jedoch durch diese Interviews nicht die Daten erhoben wurden, sondern die Umfragen entwickelt wurden, ist dies trotzdem aussagekräftig.</p> <p>Die Erstellung der Umfrage wird sehr genau beschrieben, aber die konkreten Fragen werden nicht aufgelistet. Die Entwicklung der Umfrage wird begründet und es wird erklärt, dass ihr Ziel möglichst verschiedene Perspektiven sind. Mögliche Verzerrungen werden nicht erwähnt. Die Datenanalyse wird oberflächlich beschrieben und teilweise begründet. Es ist nicht klar ersichtlich, bei welchen Daten welche Verfahren angewandt wurden.</p> <p>Die Anwendung des chi-Quadrat-Tests ist für die berichteten Untersuchungen zu den Häufigkeiten erlaubt, da die Variablen alle mindestens nominalskaliert sind. Für die Frage nach der Selbstsicherheit wird ein Test angewandt, welcher ordinale Variablen benötigt. Die abhängigen Variablen erfüllen dies und es ist korrekt, dass kein Test für Intervalldaten angewandt wird, da die abhängigen nicht intervallskaliert sind.</p> <p>Für die offenen Fragen, deren Ergebnisse kodiert wurden, wird nicht erklärt, nach welchem Test ausgewertet wird. Die Daten dazu sind nominalskaliert und im Ergebnisteil werden Häufigkeiten aufgeführt, was für eine angemessene Testanwendung spricht.</p> <p>Es wird nicht berichtet, von welcher Verteilung man ausgehen kann, obwohl Erfahrungswerte aus anderen Ländern zu demselben Thema bestehen würden.</p> <p>Die Skalenniveaus erfüllen also die Voraussetzungen für die angewandten Tests, während weder die Festlegung des Signifikanzniveaus, noch Angaben zur Normalverteilung aufgrund von früheren Erfahrungswerten stattgefunden haben.</p> <p>Einige Fragen, zum Beispiel die der Assessmentbereiche haben zwar ordinalskalierte Variablen, die Daten werden jedoch nominal erhoben und dargestellt. Dies nimmt den Ergebnissen Aussagekraft.</p>	<p>Die Ergebnisse werden übersichtlich dargestellt. Im Text wird jeweils auf die Tabellen verwiesen und sie ergänzen die Daten im Text, indem sie auch Daten aufführen, welche im Text nicht vorkommen. Bei den Zielsetzungsbereichen wird keine Stichprobengröße (n) angegeben. In den Tabellen und Grafiken werden die tatsächlichen und die relativen Häufigkeiten dargestellt, was es sehr übersichtlich macht. Bei der Grafik mit den Zielbereichen ist die Erhebungsmethode und somit die Aussagekraft nicht sofort ersichtlich, geht jedoch aus dem Text hervor.</p>	<p>Es werden alle Unterthemen diskutiert. Dabei wird bei jedem Unterthema auf die Kernaussage oder auf die häufigsten Antworten eingegangen. Die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein, es wird jedoch nirgends erklärt, wie signifikant die einzelnen Aussagen/Erhebungen sind. Auch der Unterschied, welcher als nicht signifikant gilt, wird versucht zu erklären, obwohl dieser Unterschied nicht aussagekräftig ist. Ansonsten werden nur wenige Erklärungen für die Ergebnisse gegeben, während Vergleiche mit ähnlichen Studien häufiger stattfinden. Auf die Fragestellung wird in der Einleitung der Diskussion und in der Conclusion nochmals Bezug genommen. Die Unterthemen führen anschliessend zur Beantwortung der Fragestellung.</p> <p>Die Studie ist sinnvoll und sagt einiges aus, wobei fragwürdig ist, welche Resultate signifikant und ob alle Ergebnisse repräsentativ für die Population sind. Die Studie zeigt neben ihren Schwächen auch Stärken auf, zum Beispiel indem sie einige der meisten ihrer Limitationen aufführt, was das Zeichen einer starken Transparenz und Glaubwürdigkeit ist.</p> <p>Die Ergebnisse, bzw. die Implikationen können für die Weiterentwicklung der Ausbildung und Praxis verwendet werden, müssen jedoch kritisch betrachtet und nicht als einzige Wahrheit angesehen werden. Die Studie könnte mit denselben Fragen auch in einem anderen Land/Region durchgeführt werden, wobei die Fragen spezifisch in und für Australien entwickelt wurden, weshalb diese vielleicht nicht die relevanten Themen für eine andere Population beinhalten würde.</p>

Güte/ Evidenzlage: Diese Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 1 der 6S Pyramide nach DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009).

Hauptstudie V

Saleh, M. N., Korner-Bitensky, N., Snider, L., Malouin, F., Mazer, B., Kennedy, E., & Roy, M. A. (2008). Actual vs. best practices for young children with cerebral palsy: a survey of paediatric occupational therapists and physical therapists in Quebec, Canada. *Developmental Neurorehabilitation*, 11(1), 60-80.

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Zerebralparese (CP) ist ein wesentlicher Teil in der pädiatrischen Ergotherapie. Im vergangenen Jahrzehnt wurde eine Vielzahl an standardisierte pädiatrischen, darunter auch CP spezifische, Assessments entwickelt. Zudem werden in der Ausbildung und in Büchern von Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen (ET) zahlreiche Interventionen empfohlen. Dies erschwert die Entscheidung, welches Assessment und welche Intervention am besten sind. Zusätzlich wird die immer mehr gefordert, die eigene Praxis zu rechtfertigen und diese evidenzbasiert zu gestalten. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Assessments und welche Interventionen in der Behandlung von kleinen Kindern mit CP von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen tatsächlich genutzt werden. Bestehende Literatur zu diesem Themenbereich wird aufgeführt. Zu der spezifischen Frage nach der Praxis der Ergotherapie mit kleinen Kindern mit CP im Alter von 1-5 Jahren wird</p>	<p>Das Design dieser Studie ist quantitativ und es handelt sich um eine Querschnittstudie. Die Studie wird von den Autoren als multizentrisch bezeichnet, was bedeutet, dass sie in unterschiedlichen Institutionen durchgeführt wurde. Bei der Population handelt es sich um Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in Kanada, welche mit kleinen Kindern mit CP tätig sind. Bei der Stichprobe handelt es sich um Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen der Provinz von Quebec, welche mit kleinen Kindern mit CP tätig sind. Die Stichprobenauswahl fand nach Ein- & Ausschlusskriterien statt. Einschlusskriterien für die Teilnehmer der Studie waren Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, welche in der pädiatrischen Rehabilitation in Quebec arbeiten, seit mindestens drei Monaten im selben Setting tätig sind, pro Monat mindestens ein Kind mit CP im Alter zwischen eins und fünf Jahren oder mit starkem Verdacht auf CP behandeln, Mitglieder von einem professionellen Orden sind, französisch oder englisch sprechen und zur Teilnahme zustimmten. Ausgeschlossen wurden solche, die an den Fallvignetten mitgearbeitet oder die an der Pilotstudie des Fragebogens teilgenommen hatten. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Therapeuten und Therapeutinnen, welche ausschliesslich forschungsbezogenen Assessments und Behandlungen durchführen.</p> <p>Das Sampling wurde mittels Gelegenheitsstichprobe gemacht. Die Daten wurden mittels Umfrage in einem strukturierten Telefoninterview erhoben.. Das Messverfahren war ein strukturiertes Telefoninterview mittels Fallvignetten. Die Fallvignetten wurden in zwei Fokusgruppen mit erfahrenen pädiatrischen Therapeuten erstellt. Das „Gross Motor Function Classification System (GMFCS) wurde als Leitfaden für die Erstellung der Fallvignetten verwendet. Jeder Therapeut musste die zwei typischen Kinder mit CP je Alter bezüglich verschiedener vorgegebener Kriterien beschreiben. Um die Validität der Fallvignetten zu überprüfen wurden die Fallvignetten von den Mitgliedern der Fokusgruppen nochmals überprüft. Auszüge aus allen vier Fallvignetten werden im Methodenteil präsentiert. Das Telefoninterview wurde mittels eines Fragebogens geführt, welcher sich auf einen validierten, in bisherigen Studien genutzten Fragebogen bezieht. Er wurde mit sechs pädiatrischen Therapeuten und Therapeutinnen getestet, daraufhin auf Klarheit und das Notwendige hin angepasst und erneut von zwei Therapeuten und Therapeutinnen auf seine Leserlichkeit überprüft. Der Fragebogen enthält acht Komponenten, welche im Methodenteil aufgeführt sind. Darunter ist eine Komponente, welche offene Fragen beinhaltet.</p>	<p>85 der 433 angefragten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen erklären sich bereit an der Studie teilzunehmen und sind dafür geeignet. Insgesamt 156 Fallvignetten werden bearbeitet. Bei den Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen sind 63 Personen für die Studie geeignet und werden miteinbezogen. Die Resultate sind in verschiedene Kategorien eingeteilt und in die Domänen des ICF eingeteilt.</p> <p><i>Clinicians' characteristics</i> Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen benötigen insgesamt pro Woche 13.9% der Zeit für den Gebrauch von Assessments und 31.4% der Zeit für die Behandlung/Intervention. Weiter berichten 95.2% der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, dass die Institution, in der sie arbeiten, Ihnen Weiterbildungen bezahlen kann.</p> <p><i>Problemidentifikation, Assessment und Intervention</i> Es stellt sich heraus, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen den Fokus der Praxis auf Beeinträchtigung und funktionelle Aspekte wie ADL oder Ernährung setzen. Die Bereiche Spiel, Freizeit oder soziale Integration werden wenig beachtet. 67.1% aller Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen brauchen mindestens ein standardisiertes Assessment bei mindestens einer der Fallvignetten. Bei den älteren Kindern werden häufiger standardisierte Assessments eingesetzt. Aus den Antworten der Befragten kommt hervor, dass eine Diskrepanz zwischen den identifizierten Problemen und den Interventionen besteht. In verschiedenen Bereichen, wie zum Beispiel „feeding“ oder Feinmotorik, erkennen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen das Problem, adressieren es aber in der Intervention nicht, das heisst die Intervention ist nicht darauf ausgerichtet. Bei jüngeren Kindern werden funktionell orientierte Ansätze wie zum Beispiel propriozeptive neuromuskuläre Faszilitation eher angewendet, als bei älteren Kindern. Auch werden Interventionen, die auf Spiel ausgerichtet sind, mehr bei Kindern die jünger sind gebraucht (bei Kindern mit einer Hemiparese unter 18 Monaten von 35.3% der Befragten und bei Kindern mit einer Tetraplegie unter 18 Monaten von 31% der befragten</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen eine Diskrepanz zwischen dem was das Fachpersonal bei Kindern mit Cerebral Parese als Probleme identifizieren und was sie davon in der Intervention adressieren. Auch fällt auf, dass innerhalb der gleichen Berufsgruppe für dieselbe Fallvignette unterschiedliche Interventionen und Ansätze angewendet werden. Jedoch gibt es eine Ähnlichkeit bei derselben Altersgruppe der Kinder. Fachpersonen wenden analoge Interventionen an, bei Kindern in demselben Alter. Grundsätzlich fokussieren sich Ergotherapeuten und Ergotherapeuten auf den Bereich Körperfunktionen und Aktivität (der ICF Struktur). Diese Aussage bestätigt bereits bestehende Literatur. Der Bereich Partizipation, der Spiel, Schule und soziale Integration enthält, wird nur bedingt berücksichtigt. Die Autoren empfehlen bei ICF Schulungen ein umfassenderes Bild dieses Modells zu sichern, bei dem auch die Rubrik Partizipation mehr miteinbezogen wird. Im Gebiet der Assessments kommt hervor, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen die „Talbot Battery“ am meisten benutzen. Dies ist ein nicht standardisiertes Assessment, das die Motorik, ADL,</p>

<p>keine passende Studie gefunden. Deshalb ist das globale Ziel der Studie, die Praxis der Ergotherapie in der Behandlung von zwei typischen Kindern mit CP zu beschreiben (eines mit Hemiplegie und eines mit Quadriplegie, je mit 18 Monaten und vier Jahren). Die spezifischen Ziele der Studie sind; - die Prävalenz in der Praxis der Ergotherapie bezüglich Problemidentifikation, Assessments, Behandlungsziel und Behandlungen. Genutzte Bezugsrahmen der Studie ist die International Classification of Function, Disability and Health (ICF).</p>	<p>Die Interviews wurden von sechs trainierten Personen durchgeführt. Wenn die Teilnehmer mit allen vier Alters- und Krankheitsgruppen tätig waren, wurden sie randomisiert für zwei Fallvignetten ausgewählt. Ansonsten wurden sie zu denjenigen Fallvignetten befragt, welche ihrem Klientel entsprachen. Es wurden einige Vorkehrungen getroffen, um Verfälschungen zu vermindern. Die erhobenen Daten aus dem Interview wurden auf ihre Vollständigkeit hin geprüft. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden von zwei Forschungsassistenten kodiert und von einem dritten geprüft. Anschliessend wurden die Codes nach dem ICF gruppiert.</p> <p>Für die Datenauswertung wurde die „best practice“/das optimale Vorgehen je Assessment- und Interventionsanwendung definiert und die optimalen, wichtigsten Probleme je Fallvignette (nach „best practice“) wurden definiert. Dazu wurde ein Literaturreview gemacht und wo keine Evidenz vorhanden war, definierte eine Expertengruppe von erfahrenen Therapeuten und Forschenden die „best practice“/das optimale Vorgehen.</p> <p>Die Daten zur Stichprobe wurden mit deskriptiven statistischen Verfahren analysiert.</p> <p>Die Interventionen konnten nicht nach der „best practice“ beurteilt werden, die Assessments jedoch schon, da für die Therapie von Kindern mit CP klar definierte standardisierte Assessments vorhanden sind. Bei den ETs wurden anschliessend uni- und multivariate Analysen durchgeführt, um Anwender und Nichtanwender von standardisierten Assessments (abhängige Variablen) zu vergleichen. Diese wurden mit unabhängigen Variablen zu den Eigenschaften des Klienten, des Therapeuten und dem Setting durchgeführt.</p> <p>Für kategorisierte Variablen wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, wobei bei einer Stichprobengrösse unter fünf der Fishers Exact Test angewandt wurden. Für ordinale Daten wurde der Kendall's Tau-c Test und um die Mittelwerte der Anwender und Nichtanwender standardisierter Assessments zu vergleichen wurde ein T-test gemacht. Für mehrfache Vergleiche (mit denselben Daten) wurde eine Bonferroni Korrektur mit dem Signifikanzlevel von $p < 0.01$ festgelegt.</p> <p>Für die Variablen, welche potentiell in Zusammenhang stehen mit der Anwendung/Nichtanwendung standardisierter Assessments, wurde daraufhin eine</p> <p>logistische Regression durchgeführt.</p> <p>Um die Prävalenz der „best practice“ in der Problemidentifikation, Assessment- & Interventionsanwendung zu identifizieren, wurde zudem eine Häufigkeitsverteilung erstellt.</p> <p>Das Projekt erhielt ethische Zustimmung vom « Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) », von dem « Research Ethics Institution Review Board-McGill University“ in Montreal in Kanada, sowie von individuellen Seiten.</p>	<p>Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen). Bei älteren Kindern wird Spiel weniger oft eingesetzt, nämlich von 13.2% der Befragten bei Kindern bis und mit 4 Jahren mit einer Hemiplegie und bei Kindern mit einer Tetraplegie bis und mit 4 Jahren von 12.2% der Befragten.</p> <p><i>Best practice use</i> Es wurden Ähnlichkeiten zwischen dem was Experten als effektivste Praxis im Probleme identifizieren empfehlen und was die „clinical“ in der Praxis als Probleme identifizieren. Schulintegration, ADL und Mobilität wird von beiden Parteien als Hauptprobleme bei 4-jährigen Kindern identifiziert. Es gibt aber auch Unterschiede, was die Experten empfehlen und die „clinical“ in der Praxis einsetzen. Experten empfehlen die constrained-induced therapy (CIT) als effektivste Methode für 4 jährige Kinder mit einer Hemiparese. Keiner der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen setzte diese Methode in der Praxis bei Kindern mit Cerebral Parese ein.</p> <p><i>Faktoren bezüglich des Gebrauchs von standardisierten Assessment bei Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen</i> Die meist abgeschlossenen Weiter-/Ausbildungen sind Sensorische Integration (25%) und Neurologische Entwicklungsbehandlung (21.4.%). Das einzige Ergebnis das signifikant als „Benutzer“ gekennzeichnet ist, ist „CP research within the setting“.</p> <p><i>Dauer und Frequenz der Interventionen</i> Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen berichten, dass die durchschnittliche Dauer einer Behandlung von einem Kind mit Cerebral Parese zwischen 45-60 Minuten beträgt. Die meisten Behandlungen finden vier bis sieben Mal im Monat stattfinden.</p> <p><i>Behandlungsziele</i> Die meist genannten Behandlungsziele haben den Fokus auf Mobilität und funktionelle Unabhängigkeit. Ziele, die sich auf Spiel fokussieren sind wenig vertreten. Weniger als 15% der Befragten verwenden spielbasierte Ziele bei der Behandlung von Kindern (wichtigste drei Ziele).</p> <p><i>Wünschenswerte Interventionen und Behandlungsintensität</i> Auf die Frage, was sich clinical vorstellen würden, wenn Ressourcen, Zeit und Material unlimitiert vorhanden wäre, antworteten die Mehrheit der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, dass sie sich eine längere Behandlungszeit, sowie eine höhere Frequenz der Behandlung wünschen.</p>	<p>Verhalten, Kommunikation und Umwelt erfasst. Spiel ist in diesem Assessment nicht enthalten. Auch in weiteren Erhebungsinstrumenten, die häufig genutzt werden, ist Spiel kein Bereich, der bewertet wird. Wenn ein standardisiertes Assessment genutzt wird, enthält es Informationen zur Grob- und Feinmotorik, der motorischen Entwicklung und der visuellen Integration. Es wird empfohlen, das Fachpersonal mehr auf zeitgenössische Ansätze zu schulen. Mit zeitgenössischen Ansätzen ist gemeint, dass ein umfassendes Bild des Klienten gemacht wird, bei dem auch, auf die ICF bezogen, Partizipation ein Bestandteil ist.</p>
---	--	---	--

Würdigung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Mit einer angemessenen Beantwortung der Fragestellung beantwortet die Studie den momentanen Stand der physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Praxis. Die Fragestellung der Bachelorarbeit wird mit der Erfassung der aktuellen und tatsächlichen Praxis beantwortet, bei der der Bereich Spiel ebenfalls miteinbezogen wird. Die Ziele der Studie sind einen globalen und einen spezifischen Teil unterteilt. Durch die spezifischen Ziele wird deutlicher, was mit dem globalen, eher allgemeinen Ziel gemeint ist. Die globale Fragestellung enthält die geplante Erhebungsmethode und die spezifische Zielsetzung das Outcome. Bei den Angaben zur Population fehlt in der Einleitung (auch in Zielsetzung und Fragestellung) jegliche Information zu geografischen Daten der Population. Im Titel, im Abstract und in der Methodik finden sich dazu jedoch Angaben. Hypothesen werden keine gebildet.</p> <p>Das Problem wird im Kontext von empirischer Literatur dargestellt, denn es wird zu beiden Berufsgruppen ein Literaturreview zum Thema „gelebte therapeutische Praxis mit Kindern mit CP“ gemacht. Das Konzept ICF wird im Ergebnisteil zwar einbezogen, es wird in der Einleitung aber nirgends erläutert. Begriffe aus der ICF, welche im ersten Abschnitt verwendet werden, werden nicht offensichtlich in Bezug zum Konzept gebracht.</p>	<p>Das Design passt zur Forschungsfrage, welche Prävalenzen und Zusammenhänge statistisch erheben möchte. Es wird nichts Genaueres ausser der Angabe es sei eine Querschnittstudie gemacht. Es ist eine Observationsstudie und es wird prospektiv und hauptsächlich deskriptiv gearbeitet.</p> <p>Es wurde eine Gelegenheitsstichprobe gemacht. Dies senkt die Bedeutung des multizentrischen Designs, welches sie angeben, da nicht spezifisch oder randomisiert aus unterschiedlichen Institutionen Teilnehmer ausgewählt wurden, sondern einfach alle, welche sie erreichen konnten und welche mitmachen wollten, genommen wurden. Dies ist nicht besonders repräsentativ, zumal durch die Liste und das Snowballsampling nicht alle ETs und PTs, die zur Zielpopulation gehören die Möglichkeit hatten, ausgewählt zu werden. Positiv ist, dass sie damit versucht haben, möglichst an viele Personen der Zielpopulation heranzukommen, um ein breites Bild zu erhalten. Die Studienergebnisse können zudem nicht auf ganz Kanada oder auf eine weitere Zielpopulation übertragen werden, da in die Stichprobe nur solche aus der Provinz Quebec einbezogen wurden.</p> <p>Es wird zwar begründet, warum keine Sample Size Calculation gemacht wurde, die Begründung ist jedoch unverständlich, weil sie den Nachteil einer zu grossen Stichprobe nicht aufgreift. Kleine Unterschiede könnten in dieser Studie also signifikant sein, in der Realität jedoch unbedeutend. Dies sollte beim Einordnen der Ergebnisse bedacht werden. Es werden keine Drop-outs genannt.</p> <p>Die Daten wurden von allen Teilnehmenden mit der gleichen Methode erhoben. Sie wurden vorher alle gleich informiert,</p> <p>Zu gewissen Komponenten der Fragestellung wurden nur die Daten von einer Fallvignette erhoben, um exzessiv lange Interviews zu vermeiden. Dies birgt jedoch die Gefahr, dass wichtige Daten verloren gingen und in diesen Unterthemen, wie z.B. gewünschte Interventionen und Behandlungsziele, die Ergebnisse nicht aussagekräftig sind. Ob alle Daten von allen Teilnehmenden erhoben wurden, wird nirgends berichtet, sie beschreiben jedoch bei der Datenanalyse, dass die Daten auf ihre Vollständigkeit hin überprüft wurden.</p> <p>Ein Teil des Messverfahrens, die Fallvignetten wurde mittels Fokusgruppen und mit Hilfe eines Klassifikationssystems entwickelt. Die Validität wurde nach der Erstellung der Fallvignetten nochmals überprüft, jedoch von denselben Personen, welche sie entwickelt hatten. Die Fallvignetten sind reliabel und können als objektiv angesehen werden.</p> <p>Auszüge der Fallvignetten werden im Methodenteil präsentiert, was von Transparenz zeugt und ein Qualitätsmerkmal darstellt.</p> <p>Das strukturierte Interview wird als bereits in anderen Studien genutzt und validiert beschrieben, wobei fraglich ist, ob das Interview in einer so ähnlichen Studie angewandt wurde, das deren Validität auch für diese Studie gilt. Zudem ist nicht klar, was genau die Fragen des Interviews sind. Das Interview wurde von mehreren Personen getestet, was daraufhin deutet, dass es auf seine Objektivität und Reliabilität hin überprüft wurde.</p> <p>Die Randomisierung der Teilnehmer auf die Fallvignetten ist sinnvoll, aber konnte nicht bei allen gemacht werden, was den Aufwand möglicherweise überflüssig machte.</p> <p>Um mögliche Verzerrungen zu beeinflussen, wurden einige Vorkehrungen getroffen. Weitere mögliche Einflüsse, welchen sie nicht vorbeugen konnten, werden nicht erwähnt.</p> <p>Die Kodierung der offenen Fragen wird mittels ICF beschrieben. Es ist jedoch kein standardisiertes Verfahren dazu angewandt worden/erwähnt.</p> <p>Die Definitionen für die Einteilung und Bewertung der Ergebnisse bezüglich des „best practice“ werden genau und lange beschrieben. Im Methodenteil wird noch nicht klar, für welche Ergebnisse diese</p>	<p>Die Ergebnisse sind klar und nachvollziehbar in verschiedene Kategorien unterteilt. Ebenso ist es verständlich, wie die Autoren den Bezug zum ICF gemacht haben. Die Studie enthält sehr viele Häufigkeitstabellen, was ergänzend zum Text ist. Die Abbildungen enthalten Informationen, auf die nur kurz im Text verwiesen werden. Dies gewährleistet einen guten Überblick für den Leser.</p> <p>Die Ergebnisse sind sehr umfangreich und präzise. Sie beleuchten verschiedene Aspekte und sind sehr genau nacheinander dargelegt.</p>	<p>Alle Resultate werden diskutiert. Der Aufbau der Diskussion ist gleich wie im Ergebnisteil, die diskutierte Resultate sind in den Kategorien eingeteilt.</p> <p>Die Beleuchtung der Ergebnisse mit bereits bestehender Literatur findet vielseitig statt. Die Fragestellung wird durch die Ergebnisse abgedeckt. Verschiedene Aspekte sind bezüglich der Fragestellung genannt, was actual oder best practice ist. Weiter machen die Autoren konkrete Empfehlungen, auf was in Zukunft geachtet werden sollte, besonders bei Aus-/Weiterbildungen, die sich auf das ICF beziehen. Der Bezug zum ICF findet stets statt und ist verständlich und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Konkrete Implikationen für die Praxis werden von den Autoren beschrieben.</p>

	<p>Definitionen, deren Entstehung methodisch nicht genau überprüfbar ist, verwendet werden.</p> <p>Es werden diverse verschiedene Tests aufgezählt, welche alle Daten mit unterschiedlichen Skalenniveaus benötigen. Es wird allein im Methodenteil nicht klar, wie sie vorgegangen sind und für welche Daten sie welche Analyse angewandt haben. Manche Angaben dazu finden sich im Ergebnisteil, wodurch es möglich ist, etwas mehr der Datenanalyse nachzuvollziehen. Im Ergebnisteil wird fast nur von Häufigkeiten berichtet, wobei ersichtlich wird, dass die meisten Daten nur nominalniveau haben. Im Methodenteil wird auch kurz über Häufigkeitsverteilungen berichtet. Um den Zusammenhang zwischen diversen Variablen und der Anwendung/Nichtanwendung von standardisierten Assessments wurden viele verschiedene Tests angewandt. Für kategorische Variablen wurde ein χ^2-Test gemacht und bei einer kleinen Anzahl Angaben ein Fisher's Exact Test. Es ist schwer beurteilbar mit welchen Daten der χ^2-Test und mit welchen der Fisher's Exact Test durchgeführt wurde. Der Fisher's Exact Test ist eine Alternative zum χ^2-Test, das er keinen Voraussetzungen an die Stichprobengrösse stellt. Es fragt sich jedoch, wo dieser notwendig war, denn anscheinend sind die Daten ja vollständig und es wird nirgends von einem zu kleinen Stichprobenumfang berichtet.</p> <p>Des Weiteren wird für den Zusammenhang zwischen diversen Variablen und der Anwendung/Nichtanwendung der Kendall's Tau-c test angewandt. Zwar wird beschrieben, dass dieser bei ordinalen Daten angewandt wurde, es sind aber keine ordinale Daten vorhanden. Ebenfalls für dieses Unterthema wurde ein t-Test gemacht, wobei nichts beschrieben steht, ob von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann und ob somit dieser Test überhaupt zulässig ist.</p>		
--	---	--	--

Güte/ Evidenzlage: Diese Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 1 der 6S Pyramide nach DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009).

Anhang D: Definitionen Assessments und Diagnosen

Assessments

Tabelle a. Knox Preschool Play Scale

Knox Preschool Play Scale PPS	
Theorie	Basiert auf der Entwicklungstheorie und unter anderem auf Reilly (1974)
Alter	0-6 Jahre
Bereiche, die unter anderem erhoben werden	Grobmotorik, Exploration, Manipulation, Imitation, Vorstellungsvermögen, Musik, Interessen, Kooperation und Sprache
Dauer	2 x 30 Minuten
Setting	Beobachtung von freiem Spiel draussen und drinnen in einer für das Kind bekannten Umwelt.

Tabelle b. Test of Playfulness

Test of Playfulness ToP	
Theorie	Basiert auf metakommunikativer Theorie, welche von Reilly (1974) beeinflusst wurde
Alter	3 Monate bis 15 Jahre
Bereiche, die unter anderem erhoben werden	Intrinsische Motivation, framing, Kontrolle, die Freiheit die Realität aufzuheben. Enthält 24 Items, die auf einer 4 Punkte Skala bewertet werden können.
Dauer	2 x 15 bis 20 Minuten
Setting	Beobachtung von freiem Spiel draussen und drinnen in einer für das Kind bekannten Umwelt.

Tabelle c. Play History

Play History	
Theorie	Basiert auf Entwicklungsschritten nach Piaget. Den Bezug zur Ergotherapie wurde von Reilly (1974) geprägt.
Alter	0 bis 15 Jahre
Bereiche, die unter anderem erhoben werden	Vergangene und aktuelle Vorlieben und Muster bezüglich Spiel in Form von Sensomotorik, Symbolspiel, Regelspiele.
Dauer	Keine Angaben
Setting	Semi-strukturiertes Interview mit einem Elternteil oder einer Bezugsperson. Das Setting ist nicht vorgegeben.

Tabelle d. Test of Environmental Supportiveness

Test of Environmental Supportiveness TOES	
Theorie	Basiert auf dem Konzept der playfulness nach Bundy (2003).
Alter	Keine Angaben
Bereiche, die unter anderem erhoben werden	Physische Umgebung und Ressourcen, die Haltung der Betreuungspersonen, Spielkameraden
Dauer	Keine Angaben
Setting	Spielumgebung des Kindes

Tabelle e. Parent/Teacher Play Questionnaire

Parent/Teacher Play Questionnaire	
Theorie	Das Parent/Teacher Play Questionnaire ist ein nicht-standardisiertes Assessment.
Alter	Keine Angaben
Bereiche, die unter anderem erhoben werden	Spielqualität des Kindes, Sprache des Kindes, soziale Interaktion, Aktivitätslevel, emotionaler Zustand, Gebrauch von Spielzeug
Dauer	Eine Woche
Setting	Keine Angaben

Diagnosen

Tabelle e. Definitionen der Diagnosen

Diagnose	Definition / Erklärung
Autismusspektrumsstörung [ASS]	Autismus gilt nach dem International Classification of Disease (ICD-10, World Health Organisation, 2017) als „tief greifende Entwicklungsstörungen“ (F84). Unter Autismus Spektrum Störung (ASS) gehören unter anderem „frühkindlicher Autismus“ (F84.0), „atypischer Autismus“ (F84.1), „Rett-Syndrom“ (F84.2) und „Asperger-Syndrom“ (F84.5) (ICD-10).
Zerebralparese [CP]	Zerebralparese wird nach dem ICF-10 unter der Diagnose „infantile Zerebralparese“ (G80) definiert (World Health Organisation, 2017). Bei diesem Krankheitsbild handelt es sich um eine bei Geburt erworbene Schädigung des zentralen Nervensystems, die zu einer Veränderung des Muskeltonus und der motorischen Kontrolle führt (Palisano, Rosenbaum, Walter, Russell, Wood, Galuppi, 1997)
Seltene Entwicklungsverzögerungen	Eine Definition für seltene Entwicklungsverzögerungen findet sich nicht. Nach ICD-10 (World Health Organisation, 2017). gehören viele Erkrankungen zu „Entwicklungsstörungen“ (F80-F89). Eine Krankheit wird dann als selten bezeichnet, wenn weniger als fünf von 10'000 Personen betroffenen sind (Genetic Alliance UK, 2016). 75% der seltenen Erkrankungen betreffen Kinder. Beispiele dafür sind „Chorea Huntington“ (Genetic Alliance UK, 2016), das Rett-Syndrom (World Health Organisation, 2017) und das Angelmann-Syndrom (Melanie Della Rossa, 2017).

Literaturverzeichnis vom Anhang D

- Bundy, A. C. (2003). *Test of playfulness* (4.Version). Sydney: University of Sydney.
- Genetic Alliance UK (2016). Rare Disease. What is a rare disease? Heruntergeladen von <http://www.raredisease.org.uk/what-is-a-rare-disease/> am 28.04.2017
- Hindmarsh-Hook, W. A. (2005). Creating an intervention plan to promote playfulness in a child with special needs. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 52(1), 33.
- Della Rossa, M. (2017). Angelmann Verein Schweiz. Heruntergeladen von <https://www.angelman.ch/angelman-syndrom/> am 28.04.2017
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E. & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39(4), 214-223.
- Reilly, M. (Ed.). (1974). *Play as exploratory learning: Studies of curiosity behavior*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Schaaf, R. C. (1990). Play behavior and occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 44, 68-75.
- Stagnitti, K. (2004). Understanding play: The implications for play assessment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51(1), 3-12.
- World Health Organisation [WHO] (2017). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision ICD-10*. Version: 2016, Heruntergeladen von <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en> am 28.01.2017