

Ergotherapie im Spektrum

Ergotherapieerfahrungen erwachsener Menschen mit
einer Autismus-Spektrum-Störung

Bachelorarbeit
Zuyd Hogeschool
Fakultät Gezondheidszorg
September 2019

Gina Heckmann
Stud.Nr.: 1822373

Viola Monschau
Stud.Nr.: 1872427

Julia Pieper
Stud.Nr.: 1818376

Ergotherapie im Spektrum

Ergotherapieerfahrungen erwachsener Menschen
mit einer Autismus-Spektrum-Störung



Zuyd Hogeschool
Fakultät Gezondheidszorg
Bachelorstudiengang Ergotherapie
September 2019

Betreuende Dozentin:
Johanna Janssen

Gina Heckmann (1822373)
Viola Monschau (1872427)
Julia Pieper (1818376)

Vorwort

Diese Arbeit entstand im Rahmen unseres Bachelorstudienganges an der Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Nach Möglichkeit wird in dieser Arbeit eine genderneutrale Schreibweise verwendet. Auch wenn in wenigen Fällen nur die weibliche und die männliche Form verwendet wird, soll dies jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

Einzelne Begriffe, wie beispielsweise die Klient-Therapeut-Beziehung oder Klientenzentrierung werden aufgrund des üblichen Sprachgebrauchs in der männlichen Form verwendet.

Für diese Arbeit relevante Fachbegriffe werden *kursiv* gedruckt. Diese werden anschließend im Glossar definiert. **Fett** gedruckte Begriffe sind besonders inhaltstragend und werden im Text thematisiert. Verwendete Abkürzungen können im Abkürzungsverzeichnis nachgeschlagen werden.

Danksagungen

Einen großen Dank möchten wir all denen aussprechen, die uns bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben.

Hierzu zählen an erster Stelle die Interviewteilnehmenden, welche sehr offen ihre Ergotherapieerfahrungen mit uns teilten und eine Beantwortung unserer Forschungsfrage somit überhaupt erst möglich machten.

Ein besonderer Dank gilt außerdem Johanna Janssen, die diese Arbeit betreut und begutachtet hat. Die konstruktive Kritik, die wir dank ihrer lockeren Art stets gut annehmen konnten, war für uns eine große Bereicherung.

Des Weiteren möchten wir unseren Korrekturlesenden sowie der Übersetzerin des Abstracts einen herzlichen Dank aussprechen.

Gina Heckmann, Viola Monschau & Julia Pieper

Heerlen, September 2019

Abkürzungsverzeichnis

AAA	Adult Asperger Assessment
ABA	Applied Behaviour Analysis
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
ADI-R	Diagnostisches Interview für Autismus - Revidiert
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule
AFR	applied Frames of Reference
AOTA	American Occupational Therapy Association (Amerikanischer Berufsverband)
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
AQ	Autism Spectrum Quotient
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists (Kanadischer Berufsverband)
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
DCD	Developmental Coordination Disorder
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
EBP	Evidence based practice
EQ	Empathy Quotient
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IT	Informationstechnik
LGBTQ	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer
LMU	Ludwig-Maximilian-Universität
MeSH	Medical Subject Headings
MOHO	Model of Human Occupation
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
PECS	Picture Exchange Communication System
PFR	primary Frames of Reference
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome
PIO	Population, Intervention, Outcome
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children
TN	Teilnehmende Person
UEMF	Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen
ViTA	Virtual interactive Training Agent
VR	Virtuelle Realität
WHO	World Health Organisation

Abstract (Deutsch)

Viele erwachsene Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) werden in ihrem Alltag mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Obwohl die Bewältigung des Alltags das zentrale Thema der Ergotherapie ist, haben nur wenige Personen dieser Gruppe Erfahrungen hiermit gemacht. Um herauszufinden, welchen Mehrwert die Ergotherapie bei alltäglichen Herausforderungen tatsächlich darstellt, werden die Ergotherapieerfahrungen dieser Zielgruppe erfasst.

Im Rahmen dieser qualitativen Studie wurden sieben Interviews geführt und anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring) ausgewertet. Anschließend wurden diese hinsichtlich des zeitgenössischen Paradigmas und der Leitlinien diskutiert.

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass eine klientenzentrierte ergotherapeutische Behandlung als positiv und unterstützend erlebt wurde. Die identifizierten Kategorien zeigen, dass sich sowohl Aspekte des zeitgenössischen Paradigmas als auch die therapeutische Beziehung auf den Mehrwert der Behandlung auswirken.

Da lediglich die Erfahrungen von sieben Menschen erfasst werden konnten, können die Ergebnisse nicht auf alle in Deutschland lebenden Menschen mit ASS übertragen werden.

Schlüsselworte:

Autismus-Spektrum-Störung, Ergotherapieerfahrung, zeitgenössisches Paradigma, Erwachsene

Abstract (English)

Many people on the Autism-Spectrum are confronted with struggles in their everyday life. Even though this is the fundamental point of occupational therapy only very few people have experienced this treatment. To find out whether occupational therapy can provide help with these struggles, experiences of this target group were assessed.

Within this qualitative study there were seven interviews conducted which got evaluated by a content analysis (Mayring). Subsequently this was discussed regarding the contemporary paradigm and guidelines.

The results showed that a client centred therapeutic treatment was experienced as positive and helpful. The categories show, that aspects from the contemporary paradigm as well as the therapeutic relationship are necessary for a positive outcome.

The experiences of only seven people are shown in this study. Therefore, the results are not transferable to all people on the spectrum in Germany.

Key Words:

Autism-Spectrum-Disorder, Occupational Therapy, contemporary paradigm, adults

Abstract (Nederlands)

Veel mensen met een autisme spectrumstoornis worden in hun dagelijkse leven met uitdagingen geconfronteerd. Ondanks dat “het dagelijkse leven” het belangrijkste aandachtspunt van ergotherapie is, hebben nog maar weinig mensen met ASS ervaringen hiermee kunnen opdoen. Om erachter te kunnen komen of ergotherapie bij de dagelijkse uitdagingen daadwerkelijk een ondersteuning kan betekenen, zijn de ergotherapie ervaringen van deze doelgroep vastgelegd.

Als onderdeel van het kwalitatieve onderzoek werden interviews afgenomen en geëvalueerd op basis van de uitgebreide inhoudsanalyse (Mayring). Vervolgens werden deze besproken in termen van het tijdgebonden paradigma en de richtlijnen.

Over het algemeen werd een klantgerichte ergotherapeutische behandeling positief en ondersteunend gevonden. De geïdentificeerde categorieën geven weer dat beide aspecten van het tijdgebonden paradigma en van de therapeutische relatie een meerwaarde aan de behandeling toevoegen.

Omdat slechts de ervaringen van zeven personen konden worden vastgelegd, kunnen de resultaten niet worden overgebracht naar de algemene situatie in Duitsland.

Trefwoorden:

ASS, ergotherapie ervaring, tijdgebonden paradigma, volwassene

Zusammenfassung

Die qualitative Forschungsarbeit "Ergotherapie im Spektrum" befasst sich mit den Ergotherapieerfahrungen erwachsener Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS).

Diese Zielgruppe begegnet in ihrem Alltag immer wieder Herausforderungen, die ihre Partizipation in der Gesellschaft stark einschränken. Hierzu zählen beispielsweise Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion, der Strukturierung des Alltags sowie der Selbst- und Fremdwahrnehmung. In diesen Bereichen kann die Ergotherapie eine unterstützende Maßnahme darstellen, dennoch ist die ergotherapeutische Behandlung dieser Personengruppe eine Seltenheit. Bei Kindern mit ähnlicher Symptomatik hingegen, stellt die ergotherapeutische Behandlung eine gängige Unterstützung dar. Aufgrund dieser Erkenntnis stellt sich die Frage, inwiefern die Ergotherapie erwachsenen Menschen mit ASS zu einer Verbesserung der Betätigungsperformanz, also der Ausführung ihrer Handlungen, im Alltag verhelfen kann.

Um herauszufinden, ob Ergotherapie bei alltäglichen Herausforderungen tatsächlich eine Unterstützung darstellt, wurden einige der wenigen Ergotherapieerfahrungen dieser Zielgruppe erfasst.

Dies geschah im Rahmen einer qualitativen Studie, in der anhand von sieben Interviews das Datenmaterial gewonnen wurde. Anschließend wurde dieses mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Um alle Erfahrungen darzustellen, wurde die Form der Zusammenfassung mit induktiver Kategorienbildung gewählt. Die Kategorien, die aus der Analyse des Datenmaterials hervorgehen, wurden hinsichtlich der drei Leitfragen dieser Arbeit diskutiert. Diese beziehen sich auf den Mehrwert für die Klientel, die Interventionen im Bezug auf das zeitgenössische Paradigma der Ergotherapie und die Klient-Therapeut-Beziehung.

Es konnte festgestellt werden, dass eine klientenzentrierte Vorgehensweise für das Gelingen der ergotherapeutischen Behandlung ausschlaggebend ist. Hierzu zählt die individuelle und ressourcenorientierte Betrachtung der Klientel sowie eine Begegnung auf Augenhöhe. Nicht alle sechs Säulen der Ergotherapie müssen in eine positiv empfundene und gewinnbringende ergotherapeutische Behandlung einfließen, solange die Klientenzentrierung und eine Alltagsübertragung des Erarbeiteten stattfindet. Eine gute Klient-Therapeut-Beziehung stellte sich als essenziell für das gemeinsame Erarbeiten von Zielen heraus.

In den Ergebnissen dieser Studie werden lediglich die Erfahrungen von sieben Menschen dargestellt, weshalb sie nicht auf alle in Deutschland lebende Menschen mit ASS übertragen werden können. Um ein breiteres und somit repräsentatives Ergebnis zu erhalten, bedarf es weiterer größerer Studien zu dieser Thematik. Des Weiteren ergibt sich ein Forschungsbedarf hinsichtlich dessen, wie bekannt die Möglichkeiten der ergotherapeutischen Behandlung bei der Zielgruppe selbst wie auch bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Relevanz für die Ergotherapie	1
1.2	Fragestellung und Zielsetzung	3
1.3	Erläuterung der Vorgehensweise	3
1.4	Überblick über die Arbeit	4
1.5	Abgrenzung	4
2	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma	5
2.2	Autismus Spektrum	17
2.2.1	ASS in der Gesellschaft	17
2.2.2	ASS aus medizinischer Sicht	20
I.	Klassifikation	20
II.	Ätiologie, Diagnostik, Epidemiologie, Komorbidität	22
2.3	Ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit ASS	25
2.3.1	Der ergotherapeutische Behandlungsprozess (AOTA-Leitlinie)	26
I.	Soziale Fertigkeiten, Kommunikation & Freizeitpartizipation	27
II.	Sensorische Integration	28
III.	Performanz von ADL, IADLs und Arbeit	28
2.3.2	Spezifische ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten	29
I.	Der CO-OP Ansatz	29
II.	Die Sensorische Integrationstherapie	31
III.	Immersive Technik	33
IV.	Hilfsmittelversorgung	35
3	Methode	38
3.1	Literaturrecherche	38
3.1.1	Datenbanken	39
3.1.2	Schlüsselworte und keywords	40
3.1.3	Ein- und Ausschlusskriterien	41
3.1.4	Screeningprozess & Suchresultate	44
3.1.5	Evaluationsinstrumente & Analyse der Literatur	44
3.2	Form der Arbeit	48
3.2.1	Qualitative Forschung	49

3.2.2	Interviews	53
3.2.3	Zusammenfassende Inhaltsanalyse	54
3.3	Vorgehen bei der Erhebung und Analyse der Daten	57
3.3.1	Rekrutierung der Teilnehmenden	58
3.3.2	Planung und Durchführung der Interviews	58
3.3.3	Transkription der Daten	60
3.3.4	Analyse der Daten	60
4	Resultate	67
5	Diskussion der Ergebnisse	74
5.1	Mehrwert der Ergotherapie	74
5.2	Die Interventionen und das zeitgenössische Paradigma	76
5.3	Die Klient-Therapeut-Beziehung	79
5.4	Zusätzlich gewonnene Informationen	81
6	Schlussfolgerung	82
6.1	Theorie-Praxis-Transfer	82
6.2	Stärken und Limitationen	83
	Literaturverzeichnis	85
	Glossar	101
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	107
	Anlagen	108

1 Einleitung

“It is the client who knows what hurts, what directions to go,
what problems are crucial, what experiences have been deeply buried.”

Carl Rogers

1.1 Problemstellung und Relevanz für die Ergotherapie

Obwohl Ergotherapie bei Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) nach verhaltenstherapeutischen Methoden wie der *Applied Behaviour Analysis* (ABA) die zweithäufigste angewandte Therapie ist (Salomone et al., 2015), ist die ergotherapeutische Behandlung bei erwachsenen Menschen mit ASS sehr unüblich. Für erwachsene Menschen im Autismus-Spektrum zeigt sich jedoch ein deutlicher Bedarf an ergotherapeutischer Unterstützung. Dieser wird in alltäglichen Situationen deutlich, die für nicht Betroffene simpel erscheinen, für Menschen mit ASS allerdings kaum überwindbare Herausforderungen darstellen. Diese Schwierigkeiten können vom Einkauf im Supermarkt, über Smalltalk mit Kollegen, bis hin zum Beine rasieren führen (Preißmann, o.D.).

Auf den Mangel an ergotherapeutischer Behandlung für Menschen mit ASS wurde bereits 2017 der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) aufmerksam. Zum Welt-Autismus-Tag veröffentlichte er daher eine Pressemitteilung, die dieses Problem benennt und am Beispiel von Dr. Christine Preißmann und ihrer Ergotherapeutin Meike Miller eine mögliche ergotherapeutische Unterstützung vorstellt. Die im Erwachsenenalter mit ASS diagnostizierte Ärztin suchte Unterstützung für alltagspraktische Belange und fand diese in der ergotherapeutischen Behandlung. In diesem betätigungsorientierten und klientenzentrierten Fall stellt die Ergotherapie eine große Bereicherung im Alltag dieser Person dar (DVE, 2017). Ziel der Ergotherapie ist es, Teilhabe zu ermöglichen, Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern und somit zu einer inklusiven Gesellschaft beizutragen, sodass alle Menschen zu ihrer Zufriedenheit an den für sie relevanten alltäglichen Betätigungen partizipieren können (Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT), 2016).

Diese Aspekte zeigen sich auch am bereits genannten Beispiel von Dr. Christine Preißmann und ihrer Ergotherapeutin Meike Miller (DVE, 2017) und stellen eine neue Perspektive für

deutsche Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten dar, da die Gruppe der erwachsenen Menschen mit ASS eine bisher wenig beachtete Gruppe an Klientinnen und Klienten ist.

Durch eine ausführliche Internetrecherche wird deutlich, dass Dr. Christine Preißmann kein Einzelfall ist, sondern gerade erwachsene Menschen mit ASS beispielsweise in Foren, wie aspies.de oder im Rahmen von YouTube Channels immer wieder Betätigungsprobleme aus ihrem Alltag schildern.

Auf der weiteren Suche wurden wenige Einträge gefunden, in denen sich Forenmitglieder über ihre ergotherapeutische Behandlung im Erwachsenenalter austauschen. In diesen berichten die Autoren jedoch häufig von handwerklichen Tätigkeiten als Therapieinhalt, welcher beispielsweise im Forum aspies.de kritisch hinterfragt wurde: “Geht es bei Ergotherapie immer um solche kreativen oder handwerklichen Tätigkeiten?” (sempron, 12.07.2018 auf aspies.de). Einzelne Mitglieder beschrieben jedoch auch betätigungsorientierte Ansätze, wie “[...] ich wollte lieber konkrete Hilfestellung, wie ich meinen Haushalt organisieren kann und eine objektive Meinung, wie es beruflich mit mir weitergehen könnte. Wir haben also eigentlich nur geredet und Pläne gemacht und sowas alles. Hat mir jedenfalls sehr geholfen [...]” (Woodchuck, 12.07.2018 auf aspies.de). Obwohl in den durchsuchten Foren nur wenige betätigungsorientierte Beispiele von Klientinnen und Klienten gefunden werden konnten, wurde deutlich, dass diese als hilfreich erlebt wurden.

Betrachtet man medizinische *Leitlinien* und aktuelle Forschung, so wird deutlich, dass der Einbezug der Klientinnen- und Klientenexpertise immer relevanter wird (AWMF, 2016; Hammel, 2016). Hinsichtlich des in Kapitel 2.1 erläuterten zeitgenössischen Paradigmas der Ergotherapie, vor allem bezüglich der *Klientenzentrierung*, sind die Erfahrungen dieser Klientel ein wichtiger Baustein um Evidenz zur ergotherapeutischen Behandlung von erwachsenen Menschen mit ASS zu schaffen.

Auch im Zuge der *Empowerment-Bewegung*, welche zum Ziel hat Menschen mehr Autonomie, Selbstbestimmung und somit Teilhabe zu ermöglichen, ist das Erfassen der Erfahrungen von Klientinnen und Klienten ein wichtiger Schritt. Dies trägt zum Perspektivenwechsel, weg von einem defizitorientierten, hin zu einem ressourcenorientierten und selbstbestimmten Ansatz, bei (Hammel, 2016).

Um die Erfahrungen jener zu erfassen, die im Erwachsenenalter in ergotherapeutischer Behandlung sind oder waren und um zu erkennen, inwiefern die Ergotherapie für diese Zielgruppe in Deutschland tatsächlich einen Mehrwert darstellt, wurden daher im Rahmen dieser Studie verschiedene Interviews geführt, analysiert und diskutiert. Dies geschah hinsichtlich des zeitgenössischen Paradigmas sowie der Praxis-*Leitlinie* des amerikanischen Berufsverbandes (AOTA).

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, die Ergotherapieerfahrungen von erwachsenen Menschen mit ASS zu erfassen.

Kernfragen, die im Verlauf der Arbeit beantwortet werden, sind:

1. Inwieweit entsprechen die beschriebenen Interventionsarten dem zeitgenössischen Paradigma?
2. Wie wurde die Klient-Therapeut-Beziehung erlebt?
3. Welchen Mehrwert konnten die Teilnehmenden aus der ergotherapeutischen Behandlung ziehen?

1.3 Erläuterung der Vorgehensweise

Da viele Menschen mit ASS in ihrem alltäglichen Leben mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert werden, kam die Frage auf, was für diese Klientel eine passende Interventionsmethode darstellt, die an diesen Problemen ansetzt und dem zeitgenössischen Paradigma entspricht. Nach einer ausführlichen Suche wurden im *CO-OP* Ansatz (Polatajko & Mandich, 2008) passende Aspekte wieder gefunden. So kam zunächst die Idee auf, die Erfahrungen erwachsener Menschen mit ASS zu erfassen, welche den *CO-OP* Ansatz kennengelernt haben. Da sich jedoch herausstellte, dass nur wenige Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit Jugendlichen oder jungen Erwachsenen nach diesem Ansatz arbeiten, konnten keine Interviewteilnehmenden gefunden werden. Vor diesem Hintergrund stellte sich nun die Frage, welche Behandlungsmethoden bei dieser Klientel angewandt und wie diese erlebt werden. Diese Forschungsfrage wird durch ein qualitatives Forschungsdesign beantwortet, welches in Kapitel 3.2.1 "Qualitative Forschung" genauer erläutert wird.

Um den aktuellen Forschungsstand bezüglich des zeitgenössischen ergotherapeutischen Paradigmas, der Diagnose ASS sowie evidenzbasierter Interventionsmöglichkeiten für diese Zielgruppe zu erfassen, fand eine ausführliche Literaturrecherche statt. Das Vorgehen bei der Literaturrecherche wird in Kapitel 3.1 dargestellt. Die daraus resultierenden Ergebnisse sind im theoretischen Hintergrund nachzulesen.

Zur Erhebung der persönlichen Erfahrungen wurden sieben semistrukturierte Interviews geführt, welche im Anschluss, orientiert an der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring, anhand von Kategorienbildung ausgewertet wurden.

In der anschließenden Diskussion wurde das Kategoriensystem der Analyse mit den Ergebnissen der Literaturrecherche in Verbindung gebracht und zur Beantwortung der Kernfragen genutzt.

1.4 Überblick über die Arbeit

Im zweiten Kapitel, somit im Theoretischen Hintergrund, wird die Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma genauer beleuchtet. Hierbei wird auf die *sechs Säulen der Ergotherapie* (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Saenger, 2017), auf ausgewählte *Inhalts- und Prozessmodelle* (Fisher, 2014; Taylor, 2017) sowie auf die *Frames of Reference* (Hagedorn, 2001) in der ergotherapeutischen Behandlung eingegangen. Zudem werden die gesellschaftliche und die medizinische Sicht auf das Autismus Spektrum thematisiert und einige ergotherapeutische Interventionsmethoden, unter anderem angelehnt an die *Leitlinien* des Amerikanischen Berufsverbandes, vorgestellt.

Im dritten Kapitel wird die Methode dieser Arbeit skizziert. Hierzu zählt zum Einen die Literaturrecherche, zum Anderen aber auch die Theorie zum qualitativen Forschungsdesign und der Datengewinnung und -analyse. Außerdem wird das Vorgehen bei der tatsächlichen Durchführung beschrieben und Abweichungen von der Theorie beleuchtet.

Im vierten Kapitel befindet sich eine Darstellung der Resultate, die aus der Datenanalyse hervorgehen.

Die Ergebnisse der Studie werden im fünften Kapitel diskutiert. Hierbei findet eine Verknüpfung mit den Kernfragen der Forschungsarbeit und den Aspekten des Theoretischen Hintergrundes statt.

Zuletzt wird in der Schlussfolgerung, dem sechsten Kapitel, auf den Theorie-Praxis Transfer, weiteren Forschungsbedarf und Limitationen der Arbeit eingegangen.

1.5 Abgrenzung

Schwerpunkt dieser Forschungsarbeit sind erwachsene Menschen mit einer ASS-Diagnose, die über ihre Erfahrungen mit der ergotherapeutischen Behandlung im Erwachsenenalter berichten. Die Erfahrungen im Kindesalter bilden keinen Anteil dieser Studie. Aufgrund der Forschungslage wurde jedoch in Teilen des theoretischen Hintergrundes Literatur herangezogen, die sich sowohl auf das Kindes- als auch auf das Erwachsenenalter bezieht.

2 Theoretischer Hintergrund

Ziel dieser Arbeit ist es, die Ergotherapieerfahrungen von erwachsenen Menschen mit ASS zu erfassen. Hierbei soll untersucht werden, welchen Mehrwert die Zielgruppe aus der Behandlung zieht, wie die Klient-Therapeut-Beziehung wahrgenommen wurde und ob die Behandlung zu den Aspekten des zeitgenössischen Paradigmas passt.

Um dies abgleichen zu können, muss jedoch zunächst geklärt werden, was das zeitgenössische Paradigma beinhaltet und wie es sich von den vorherigen Paradigmen der Ergotherapie unterscheidet. Des Weiteren wird auf die Rolle von Menschen mit ASS in der nationalen und internationalen Gesellschaft eingegangen, um die Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Gesellschaft zu erfassen und darzustellen, wie sich diese im Laufe der Jahre verändert hat und noch immer weiter verändert. Hierbei können immer wieder Parallelen zu den Paradigmenwechseln der Ergotherapie gezogen werden. Außerdem wird zum tieferen Verständnis der Zielgruppe auf die medizinischen Aspekte eingegangen, welche wiederum mit den ergotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten in Verbindung stehen. Einige weit verbreitete und andere, für diese Zielgruppe neue Interventionsmöglichkeiten, die dem zeitgenössischen Paradigma entsprechen, werden im weiteren Verlauf genauer dargestellt, um einen Überblick über potentielle ergotherapeutische Vorgehensweisen zu bekommen.

2.1 Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma

Auf der Suche nach Synonymen für das Wort **Paradigma** sind Worte wie Beispiel, Muster oder Leitbild (Duden, o.D.) zu finden. Beziehen wir uns auf die Ergotherapie, so ist das Paradigma als gemeinsamer Nenner aus Modellen, Theorien, Prinzipien, Überzeugungen, Maßstäben, etc. zu verstehen (le Grasse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019) - es macht unsere Berufsidentität aus.

Boyt Schell & Gillen (2019) beschreiben ein Paradigma als eine Bandbreite von Annahmen und Perspektiven, die ein Feld vereinheitlichen und dessen Zweck und Natur definieren. Es wird davon ausgegangen, dass diese Annahmen und Perspektiven die Wissenschaft und Praxis einer bestimmten Disziplin zu einem bestimmten Zeitpunkt unterstreichen.

Aufgrund verschiedener Geschehnisse in der Weltgeschichte durchlief die Ergotherapie seit ihrer Entstehung verschiedene Paradigmen: Vom *paradigm of occupation* (Paradigma der Betätigung) zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in welchem Personen und ihre Gesundheit in ihrem Kontext mitsamt ihren alltäglichen Betätigungen fokussiert wurden (Kielhofner & Burke, 1977), über das *mechanistic paradigm* (mechanistisches Paradigma) von den 1930ern bis hin zu den 1970er Jahren. In diesem Zeitraum wurde die Ergotherapie mehr und

mehr zu einer medizinischen Profession, welcher jedoch eine fachliche Zusammenkunft fast vollkommen fehlte (Johnson & Dickie, 2019). Mit den Jahren begannen einige führende Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten wieder mit der Rückführung zur Betätigung (Schwartz, 2003; Hagedorn, 2001). Seit den 1970er Jahren wird die Betätigung wieder mehr als Grundbaustein und zentrales Thema der Ergotherapie akzeptiert (Kielhofner, 2009). Bis hin zum heutigen *contemporary paradigm* (*zeitgenössisches Paradigma*) finden immer weitere Debatten über die Natur und die Definition von *Betätigung* (occupation) statt (Johnson & Dickie, 2019).

In der ergotherapeutischen Arbeit stoßen wir immer wieder auf ergotherapeutische **Inhalts- und Prozessmodelle**. Die *Inhaltsmodelle* bieten hierbei die Möglichkeit, die Klientel durch eine bestimmte “Brille” zu betrachten. Je nach Modell werden unterschiedliche Schwerpunkte hinsichtlich dessen gelegt, wie das Gegenüber betrachtet und worauf der Fokus in der Behandlung gelegt werden soll. Gemeinsam haben alle *Inhaltsmodelle* jedoch die Fokussierung der Aspekte Person, Umwelt und Betätigung, welche bereits im *paradigm of occupation* zu finden waren. Betrachten wir das Model of Human Occupation (MOHO) (Taylor, 2017) oder das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) der kanadische Modelltripleette (Townsend & Polatajko, 2013), aber auch das Person Environment Occupational Performance (PEOP) (Christiansen & Baum, 2015) oder das Occupational Performance Model (Australia) (OPMA) (Chapparo & Ranka, 1997), so ist unser *zeitgenössisches Paradigma*, also die ergotherapeutischen Grundeinstellung, stets präsent.

Stellvertretend für die ergotherapeutischen *Inhaltsmodelle* wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels auf das Model of Human Occupation (MOHO) eingegangen und aufgrund der deutlichen *Betätigungsbasierung* wird das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (Fisher, 2014) als *Prozessmodell* vorgestellt.

Heute ist die Ergotherapie jedoch nicht mehr allein durch die einzelne Person, die Betätigung und die Umwelt gekennzeichnet, sondern durch weitere Aspekte, welche die individuellen *Betätigungen* von Menschen beeinflussen. Im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung müssen daher verschiedene Aspekte bedacht werden, welche in den **sechs Säulen der Ergotherapie** (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Saenger, 2017) zusammengefasst sind. Die sechs Säulen lauten: *Betätigungsbasierung* (occupation-based), *Klientenzentrierung* (client-centred), *Kontextbasierung* (contextual-based), *Evidenzbasierung* (evidence-based), *Technologiebasierung* (technology-based) und *Populationsbasierung* (population-based). Sie spiegeln die ergotherapeutische Arbeit nach dem *zeitgenössischen*

Paradigma wieder und sollten in der Arbeit mit Klientinnen und Klienten stets bedacht werden. Auch die einzelnen Säulen werden in diesem Kapitel genauer erläutert.

Wie bereits erwähnt bieten *Inhaltsmodelle* in der ergotherapeutischen Arbeit eine Unterstützung bei der holistischen und fundierten Betrachtung der Klientin oder des Klienten. Die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut kann entsprechend der Klientel abwägen, welches *Inhaltsmodell* als sinnvoll und passend erachtet wird, um entsprechende Schwerpunkte zu legen.

Bei erwachsenen Menschen mit ASS kann unter anderem das **Model of Human Occupation** als ein passendes *Inhaltsmodell* angesehen und genutzt werden. Im Folgenden wird daher das MOHO mit seinen Besonderheiten verdeutlicht.

Im Verlauf der Arbeit wird immer wieder Bezug auf eine fiktive Person Namens Peter genommen, um die einzelnen Anteile des MOHO zu verdeutlichen. Peter ist ein Mann mittleren Alters mit ASS Diagnose, an dessen Beispiel auch die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten genauer erläutert werden.

Ein Überblick über Peter und die Aspekte des MOHO sind in Abbildung 1 zu sehen.

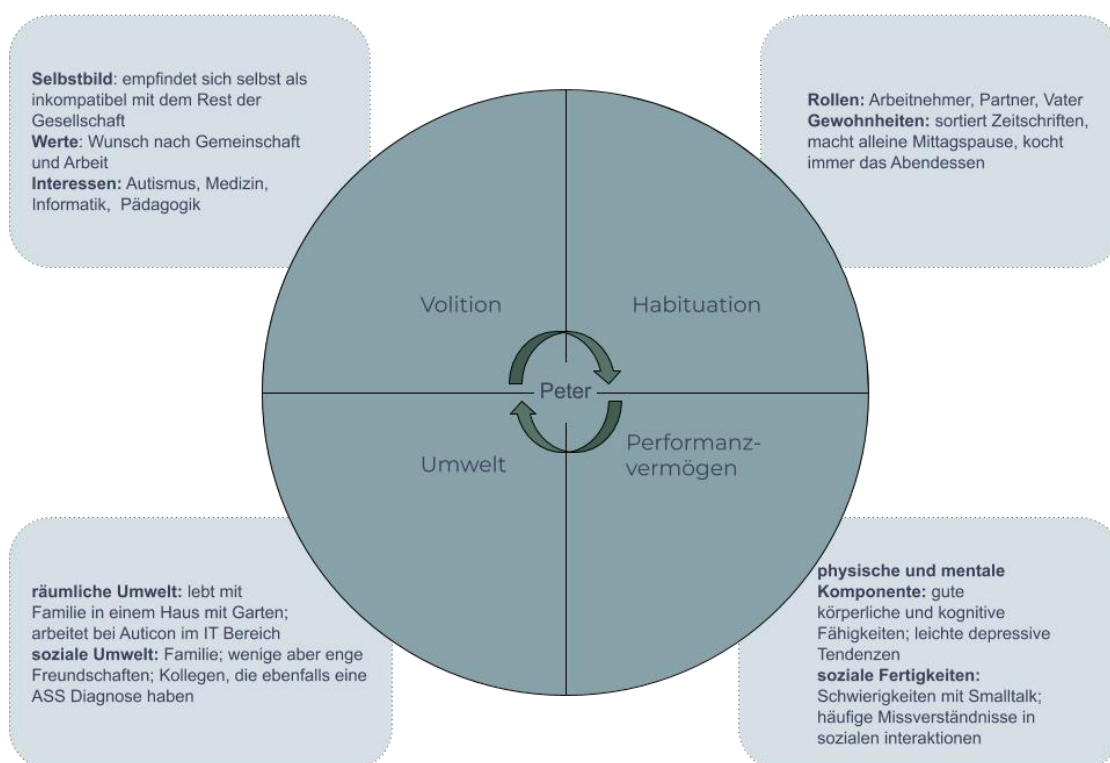


Abbildung 1: Fallbeispiel Peter betrachtet unter dem Model of Human Occupation

Bei genauerer Betrachtung des MOHO wird deutlich, dass *Volition*, *Habitation*, *Performanzvermögen* und Umwelt zu gleichen Anteilen den Betätigungen einer Person angehören. Nicht zuletzt, da die Aspekte *Volition* und *Habitation* im Modell einzeln aufgeschlüsselt werden und gerade diese Anteile des Modells bei vielen Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Diagnose eine große Rolle spielen, ist die Verwendung des MOHO bei Menschen mit ASS sinnvoll (Taylor, 2017).

Die Volition bezeichnet hierbei die Motivation eines Menschen, eine Betätigung auszuführen (Lee & Kielhofner, 2017) und beinhaltet das Selbstbild, die Werte und die Interessen der Person. Diese werden stark beeinflusst durch die Kultur, in der eine Person lebt. Sie bestimmt mit, welche Fähigkeiten relevant sind, welche Bedeutungen verschiedene Handlungen haben und welchen *Betätigungen* Menschen in ihrer Freizeit nachgehen. Das Selbstbild ist geprägt durch die *Selbstwirksamkeit* (*self-efficacy*) und die *persönliche Leistungsfähigkeit* (*personal capacity*) einer Person. Letzteres ist eine Selbsteinschätzung der persönlichen physischen, intellektuellen und sozialen Fertigkeiten (Harter & Connel, 1984). Die *Selbstwirksamkeit* hingegen bezieht sich darauf, wie effektiv persönliche Fähigkeiten genutzt werden können, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen (Lefcourt, 1981). Es ist ganz natürlich, dass Personen ihre Fähigkeiten in bestimmten Situationen besser einsetzen können als in anderen. Die Werte einer Person sind stark abhängig von den Werten der Kultur, in der eine Person lebt. Sie gibt in einem gewissen Maße vor, welche Werte wichtig und welche Ziele erstrebenswert sind. Menschen erlangen Überzeugungen und Verpflichtungen über das, was gut und richtig ist und das, was getan werden soll (Grossack & Gardner, 1970). Ein Beispiel für die kulturelle Beeinflussung der Werte einer Person ist die Religion, die das Land prägt, in dem eine Person lebt. Die Interessen einer Person beschreiben das, was sie als befriedigend oder angenehm erlebt. Hierzu zählt auch, dass einer Person eine Sache wichtiger ist als eine andere, weshalb sie diese verschieden priorisiert. Aus Erfahrungen, die eine Person im Laufe ihres Lebens sammelt, und den Dingen, die eine Person bevorzugt, entwickeln sich gewisse Interessensmuster. Doch auch einzelne Tätigkeiten, die sich letztlich in den täglichen Routinen einer Person wiederfinden, können als Interessensmuster bezeichnet werden (Lee & Kielhofner, 2017).

Bezogen auf das Selbstbild empfindet Peter seine Person mit einem Großteil der Gesellschaft häufig als inkompatibel, kommt aber mit seinen Arbeitskollegen und seiner Familie meist gut zurecht. Seine Interessen sind geprägt von Autismus, Pädagogik und Medizin. Einen hohen Wert hat für Peter das Familienleben. Gemeinsame Unternehmungen mit seinen Kindern sind ihm sehr wichtig

Die Habituation drückt die Gewohnheiten und verinnerlichten Rollen des Individuums aus, das bedeutet die Wiederholung der Betätigung über einen längeren oder langen Zeitraum. Sie kann als verinnerlichte Bereitschaft verstanden werden, konsistente Verhaltensweisen zu zeigen, welche sich ebenso an Gewohnheiten und Rollen orientieren, wie an zeitlichen und sozialen Routinen. Die Organisation des alltäglichen Lebens einer Person hat viel mit ihren persönlichen Gewohnheiten zu tun. Diese können Personen dabei helfen, in bekannten Situationen oder Umgebungen auf eine bestimmte, gleichbleibende Weise zu handeln oder zu reagieren (Lee & Kielhofner, 2017). Die verinnerlichten Rollen, welche zu einem Teil unserer Identität werden, bilden die zweite Komponente der *Habituation*. Viele routinierte Handlungen, denen eine Person im alltäglichen Leben nachgeht, stehen in engem Zusammenhang mit Rollen oder werden gar in diesen Rollen ausgeführt.

Peter sortiert die Ausgaben seines Zeitschriftenabonnements stets in einem Regal seines Arbeitszimmers, dies gehört zu seinen täglichen Gewohnheiten. In der Rolle des Familienvaters kocht Peter täglich das Abendessen für seine Familie und im Büro agiert er in der Rolle des Arbeitnehmers.

Das Performanzvermögen wird als Leistungsfähigkeit definiert und beschreibt die Fähigkeit, Tätigkeiten, unter Voraussetzung der zugrundeliegenden physischen und mentalen Komponenten sowie der subjektiven Erfahrung auszuführen. Die Leistungsfähigkeit beinhaltet also sowohl objektive als auch subjektive Komponenten (Tham, Erikson, Fallaphour, Taylor & Kielhofner, 2017). Die physischen Anteile, welche die objektiven Komponenten darstellen, wie etwa muskuloskeletale Systeme, beeinflussen die *Betätigungsperformanz* einer Person ebenso wie seine kognitiven Fähigkeiten, beispielsweise die Intelligenz oder das Gedächtnis. Diese objektiven Komponenten können beobachtet, gemessen und verändert werden. Kommt es bei einer Person zu Einschränkungen dieser objektiven Fähigkeiten, so nimmt sie selbst diese auch wahr. (Ayres, 1979; Trombly Radomski, 2001). Im MOHO wird ein großer Wert darauf gelegt, dass die Wahrnehmung einer Person, also die subjektive Komponente, die *Performanz* einer Betätigung bedeutend prägt - ebenso stark, wie auch die objektiven Komponenten die *Performanz* beeinflussen (Kielhofner, 1995). Bezieht man sich auf das MOHO, dann ist also die Frage danach, wie eine Person ihren Körper oder die Welt wahrnimmt, von großer Bedeutung (Forsyth, Taylor, Kramer, Prior, Ritchie & Melton, 2019). Hierbei ist zu beachten, dass Menschen, die ihre subjektive Wahrnehmung beschreiben sollen, dies stets so tun, dass auch ein objektives Bild des *Performanzvermögens* entstehen kann (Tham et. al.,

2017). Auch die sozialen Fähigkeiten einer Person bilden einen Anteil des *Performanzvermögens*.

Im Bereich der sozialen Fähigkeiten bemerkt Peter, dass ihm Smalltalk bei Familienfesten oder der Arbeit schwer fällt. Auch im Alltag entstehen immer wieder Missverständnisse, da er Probleme hat Mimik, Gestik und Satzmelodie richtig zu deuten. Peter hat keine Einschränkungen der physischen Komponenten und verfügt über eine durchschnittliche Intelligenz. Die mentale Komponente des *Performanzvermögens* wird bei Peter allerdings durch komorbide depressive Tendenzen beeinflusst. Hierdurch ist sein Antrieb zwar gemindert, doch er ist noch immer in der Lage die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

Die Umwelt ist die vierte und somit letzte Komponente des MOHO und beschreibt den sozialen, physischen und betätigungsspezifischen Kontext in dem die Person lebt. Betrachtet wird die Umwelt auf globaler, lokaler und unmittelbarer Ebene.

Auf unmittelbarer Ebene befindet sich das eigene zu Hause sowie der Arbeitsplatz einer Person (physisch). Familie, Freunde oder Mitbewohner einer Person bilden den sozialen Anteil dieser Ebene. Der betätigungsspezifische Kontext ist geprägt durch sämtliche Betätigungen, denen eine Person alltäglich nachgeht.

Die Gemeinde oder der Ort, in dem eine Person lebt, stellt den lokalen Kontext dar. Hier sind soziale Netzwerke der Person zu finden. In der physischen Umwelt des lokalen Kontexts einer Person sind Gemeinschaftseinrichtungen, die örtliche Bus-/ Bahnanbindung oder Räumlichkeiten für Veranstaltungen zu nennen.

Im globalen Kontext gehören zum sozialen Anteil unter anderem Gesetze und Richtlinien und die Einstellungen der Gesellschaft. Hinsichtlich der Betätigungen kann man auf verschiedene Aspekte des Lebens und des Lebensunterhaltes schauen. Wichtig hierbei ist der Bezug auf die physische Umgebung, welche Klima, Geographie und Ökologie als relevante Themen beschreibt.

Seit den 1990er Jahren nahm der Blick der Ergotherapeuten auf die Umwelt immer mehr zu (Law, 2015). Sie wird von der WHO (2001) und auch dem Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) des Amerikanischen Berufsverbandes der Ergotherapeuten (2014) als kritischer Faktor betrachtet, welcher die *Partizipation* einer Person stark beeinflussen und die Ausführung von Betätigungen erleichtern oder hemmen kann (Fisher, Parkinson & Haglund, 2017). Bei Menschen mit ASS kann gerade die soziale Umwelt ein großes Hindernis im Alltag darstellen, doch auch die physische Umwelt unserer Gesellschaft, beispielsweise im Kontext Arbeit, ist häufig nicht optimal für Menschen mit ASS gestaltet.

In Peters Fall ist der unmittelbare Kontext das Haus, in dem er mit seiner Familie lebt, das Büro in dem er arbeitet oder die Ergotherapiepraxis, in die er einmal in der Woche geht. In diesem unmittelbaren Kontext finden soziale Interaktionen statt und Beziehungen zu Mitmenschen, beispielsweise Peters Familie oder Arbeitskollegen, werden gepflegt (sozial). Er geht außerdem unterschiedlichen Aktivitäten wie der Gartenarbeit und dem Zeitschriften sammeln nach (betätigungsspezifisch) und kommt dadurch mit verschiedenen Räumen und Objekten in Berührung (physisch). Hierzu zählen unter anderem die Straßen, über die Peter läuft und das Büro, in dem er sitzt. Die monatliche Teilnahme an einer ortsansässigen Selbsthilfegruppe für Menschen mit ASS stellt Peters soziale Umwelt dar.

Nachdem das *MOHO* als *Inhaltsmodell* genauer erläutert wurde, wird nun, wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, das **OTIPM** (Fisher, 2014) als *Prozessmodell* beschrieben. Dieses Modell stellt aufgrund seiner starken **Betätigungsbasierung** auch die erste Säule der *sechs Säulen der Ergotherapie* dar.

Es bietet Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die Möglichkeit, "Betätigung als [... besonderen Schwerpunkt ihrer Arbeit hervorzuheben]" (Fisher & Dehnhardt, 2014, S.15). Die Aufgabe der Ergotherapie ist es demnach, die Klientel in den für sie bedeutungsvollen Betätigungen zu unterstützen und zu fördern sodass sie diese zu ihrer Zufriedenheit ausführen können, um individuelle Rollen zu erfüllen und an der Gesellschaft in zufriedenstellendem Maße partizipieren zu können. Hierbei ist es Fisher wichtig, dass nicht "nur das Ergebnis (Ziel), sondern auch der Fokus [der] Evaluation, *Intervention* und Dokumentation die Betätigung ist." (Fisher & Dehnhardt, 2014, S.23).

Wenn Anne Fisher von Betätigung (occupation) spricht, so meint sie damit das "Eingebundensein einer Person in einen Prozess" (Fisher & Dehnhardt, 2014, S.25). Beim Eingebundensein in einen Prozess (oder den Prozess einer Betätigung) muss eine Person eine Reihe von zielgerichteten Aktionen ausführen, welche kleine beobachtbare Einheiten der entsprechenden Betätigung bilden (Fisher & Dehnhardt, 2014). Diese werden als motorische und prozessbezogene Fertigkeiten und soziale Interaktionsfertigkeiten bezeichnet. Es ist außerdem festzuhalten, dass Fisher in der ergotherapeutischen Intervention zwischen betätigungszentrierter, -fokussierter und -basierter Arbeit unterscheidet. Die *Betätigungszentrierung* bildet hierbei den Grundgedanken und sollte in der ergotherapeutischen Arbeit stets den Fokus bilden. Bei der *Betätigungsfokussierung* wird die Betätigung auf theoretischer Ebene behandelt, beispielsweise wird ein Plan für das Herstellen und Erhalten von Kontakten entwickelt oder zurechtgelegt. Im Gegensatz zu den soeben beschriebenen Formen wird im Rahmen der *Betätigungsbasierung* die

bedeutungsvolle Betätigung, also in unserem Fall das Kontaktknüpfen, direkt ausgeführt (Fisher, 2013).

Ein weiteres Hauptmerkmal von Fishers Denk- und Arbeitsweise ist ihr Vorgehen nach dem “wirklichen **Top-Down-Ansatz**” (Fisher & Dehnhardt, 2014, S.19). Hierbei betrachtet die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut die Klientel mit offener Sicht: Die Klientin oder der Klient wird anfangs nach Betätigungsanliegen gefragt, anschließend wird sie oder er bei den entsprechenden Betätigungen beobachtet und die *Performanzfertigkeiten* hinsichtlich der Effektivität werden bewertet. Erst im Anschluss daran sollen Ursachen festgestellt und gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten Ziele festgelegt werden (Fisher & Dehnhardt, 2014). Doch nicht nur die Evaluation oder Befunderhebung soll Top-Down ablaufen, sondern auch die eigentliche betätigungsbasierte *Intervention*, die auf einem gemeinsam ausgearbeiteten Interventionsplan basiert. Die Arbeit nach dem Top-Down-Ansatz kann dem Bottom-Up-Ansatz gegenübergestellt werden. Hier legt die Therapeutin oder der Therapeut den Fokus der *Intervention* auf personenbezogene Faktoren, Körperfunktionen oder die Umwelt des Klienten (Fisher & Dehnhardt, 2014). Abbildung 2 veranschaulicht relevante Aspekte beider Ansätze.



Abbildung 2: Der Top-Down & Bottom-Up Ansatz

Grundlegend in der Arbeit nach dem zeitgenössischen Paradigma, ist aber nicht nur die Rückführung zur Betätigung, sondern auch die **Klientenzentrierung** (client-centredness), welche die zweite Säule darstellt. Klientenzentriertes Arbeiten in der Ergotherapie geht einher mit dem humanistischem Denken (Hagedorn, 2001). Rogers (1951) gründete mit seinen Gedanken über lebenslanges Lernen und Selbstkenntnis der Personen die *person-centred therapy* und legte somit auch den Grundstein des klientenzentrierten Ansatzes in der

Ergotherapie. Arbeiten wir als Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten klientenzentriert, so geben wir Verantwortung ab an unsere Klientinnen und Klienten und sehen sie selbst als Sachverständige. Richten wir uns nach Rogers, so glauben wir an die Selbstkenntnis unserer Klientel und geben die Kontrolle zu einem bedeutenden Teil an sie ab. Dies unterscheidet im Übrigen auch Klientinnen und Klienten von Patientinnen und Patienten: Während die Patientin oder der Patient einen passiven Part in der Beziehung bildet und von der professionellen Person, die aufgesucht wird, abhängig ist, so soll die Klientin oder der Klient das Gegenteil dazu bezeichnen - einen aktiven und selbstständigen Anteil im Therapieprozess (Hagedorn, 2001). In der klientenzentrierten ergotherapeutischen Arbeit müssen wir die Bedürfnisse und Wünsche unserer Klientel (also der primären Person) in den Mittelpunkt unserer Arbeit stellen und versuchen, uns in ihre Perspektive hineinzusetzen bzw. eine Situation oder Betätigung mit ihren Gesichtspunkten zu betrachten (Fisher & Dehnhardt, 2014.)

Doch wer ist eigentlich unsere Klientin oder unser Klient? Orientieren wir uns an Anne Fisher (2014), so gibt es auf diese Frage drei verschiedene Antwortmöglichkeiten:

1. Die Person, der die Ergotherapie verordnet wurde und mit einer Ergotherapie-Verordnung eine entsprechende Praxis aufsucht.
2. Die *Klientenkonstellation*, also sowohl die Person selbst, als auch weitere Personen, die in enger Verbindung mit ihr stehen. Dies können beispielsweise Partner, Eltern, Vorgesetzte, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen etc. sein.
3. Die *Klientengruppe*, also eine Gruppe von Menschen, die ähnliche Schwierigkeiten bei der Ausführung von Betätigungen haben, jedoch nicht in Verbindung zueinander stehen (z.B. eine Gruppe von Personen mit ASS Diagnose).

Die **Kontextbasierung** stellt eine weitere Säule der Ergotherapie dar, hierbei wird "der Kontext [als] die Summe aller Phänomene und Zustände, die eine Person umgeben und ihre Existenz, ihr Handeln und ihre Entwicklung beeinflussen" (le Grasse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 200) bezeichnet. Hierzu zählen externe physische, soziale, ökonomische, politische und kulturelle Einflüsse, die Personen in ihrem täglichen Leben, und somit auch ihren alltäglichen Betätigungen, umgeben (Kronenberg, Pollard & Ramugondo, 2011). Doch auch persönliche Aspekte, wie Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status und die Motivation der Person spielen laut der American Occupational Therapy Association (2014) eine große Rolle.

Untersuchungen in verschiedenen Bereichen der Ergotherapie zeigen, dass die ergotherapeutische Behandlung im persönlichen Kontext der Klientel besonders effektiv ist. Innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ist die Arbeit von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten im Umfeld der Klientel noch unüblich, da ein Hausbesuch von ärztlicher

Seite verordnet werden müsste. In Deutschland findet die Behandlung daher eher in der ergotherapeutischen Praxis statt. Immer mehr etabliert wurde in den vergangenen Jahren bei Kindern die Behandlung in Schule oder Kindergarten (Arbeitsfeld der schulbasierten Ergotherapie) und auch bei älteren Menschen, die beispielsweise in Seniorenzentren leben, findet die Behandlung vermehrt im Kontext der entsprechenden Einrichtungen statt (Kuhnert & Gross, 2019).

Evidence-Based Practice ist die vierte Säule und beschreibt die immer größer werdende Anforderung an Therapierende, die aktuell beste Evidenz gewissenhaft und durchdacht anzuwenden. Hierbei ist es jedoch wichtig hervorzuheben, dass nicht allein die Evidenz aus Forschung für die Wahl der *Interventionen* herangezogen werden soll, sondern auch die klinische Expertise und das professionelle *Reasoning* der Therapeutin oder des Therapeuten (Gillen, 2019). Nur mit klinischer Expertise und *Reasoning* kann abgewägt werden, ob eine valide und potentiell nützliche *Intervention* aus der Forschung auch für die entsprechende Person sinnvoll und nützlich ist (Bennett & Bennett, 2000). In der Literatur werden vier Schritte zum evidenzbasierten Arbeiten beschrieben (Lin, Murphy & Robinson, 2010; Mayer, 2010; Straus et. al., 2011; Taylor, 2017):

1. Schreiben einer beantwortbaren klinischen Frage
2. Sammeln kürzlich veröffentlichter Evidenz, die die Frage beantworten könnte
3. Bewerten der gesammelten Evidenz, um festzustellen, welche die besten Beweise zur Beantwortung der Frage sind
4. Verwenden der Evidenz, um die Praxis am einzelnen Klienten anzuwenden; hierbei sollten die Ergebnisse stets mit der Klientin oder dem Klienten kommuniziert werden

Zur **Technologiebasierung**, welche die fünfte der *sechs Säulen der Ergotherapie* darstellt, zählen zum Beispiel assistive Technologien oder ebenso *Smart Technologies* (Rigby, Trentham & Letts, 2019). Unter *assistiven Technologien* versteht man hierbei Geräte, adaptives Equipment oder Produkte, die Menschen mit Behinderungen befähigen bzw. unterstützen sollen, alltägliche Betätigungen in ihrem persönlichen Umfeld durchführen zu können (Cook & Polgar, 2015). Ziele *assistiver Technologien* sind die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Mobilität und Kommunikation, um Lebensqualität und *Betätigungsperformanz* zu verbessern und die Belastung von Pflegekräften zu reduzieren (Mitzner et. al., 2010; Agree, 2014; Marasinghe, 2016). Innerhalb der vergangenen drei Jahrzehnte hat sich die Entwicklung *assistiver Technologien* enorm verbessert (Cook & Polgar, 2015) und eine weitere Verbesserung und Vermehrung dieser Technologien ist zu erwarten.

Unter *Smart Technologies* oder intelligenten Technologien werden handelsübliche Smartphones, Tablets, etc. verstanden, welche die Klientel bei der Durchführung täglicher Betätigungen unterstützen oder als Übungsobjekt für zu Hause dienen können (Rigby, Trentham & Letts, 2019). So gibt es beispielsweise für Menschen mit ASS verschiedene Trainings-Apps, mit denen man anhand von "Social Stories" soziale Situationen besser bewältigen kann. Aber auch Alltagshilfen wie "My Video Schedule" oder Apps wie "LetMeTalk" oder "Autism iHelp", können die betreffende Personen bei der sozialen Interaktion und Kommunikation unterstützen. Einige weitere Aspekte hinsichtlich der *Technologiebasierung* sind im Kapitel 2.3.2 IV. "Hilfsmittelversorgung" zu finden.

Die sechste Säule, die **populationsbasierte Versorgung** durch Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten richtet sich nicht, wie in der in Deutschland üblichen Behandlung, an ein Individuum, sondern vielmehr an eine *Klientengruppe*. Ergotherapie kann als Unterstützung für die Teilhabe einer vulnerablen Personengruppe gesehen werden (Townsend et. al., 2013). Beispiele hierfür sind ältere Menschen mit Demenz, Obdachlose oder auch erwachsene Menschen mit ASS.

Die ergotherapeutische Praxis beruht auf der Annahme, dass die *Partizipation* an bedeutungsvollen Betätigungen die allgemeine Gesundheit verbessern kann. Mit diesem Ausgangspunkt ist die ergotherapeutische Arbeit mit benachteiligten Gruppen, die verschiedenen sozialen Problemen gegenüberstehen, naheliegend (Scaffa, 2019).

Die populationsbasierte Versorgung betrachtet die Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen und sozialen Fragen (Valentijn, Schepman, Opheij & Bruinzeels 2013). Der bereits oben erläuterte Kontext und die Umwelt der Personen ist in der populationsbasierten Versorgung häufig das angesprochene Hauptmerkmal. (Youngstrom & Brown, 2005). Die *Interventionen* innerhalb dieser Säule der Ergotherapie beziehen sich auf verschiedene Aspekte der Gesundheit, welche durch gemeindezentrierte (community-centred) Veränderungen erzielt werden sollen (Scaffa, 2019).

Ein weiterer grundlegender Aspekt, der ergotherapeutischen Arbeit sind die **Bezugsrahmen (Frames of Reference)**. Bezugsrahmen begleiten uns in unserem ergotherapeutischen Tun und Handeln und stellen laut Hagedorn (2001) einen Wissensbestand aus Fakten und Theorien dar, welcher Aspekte von Körperfunktionen und Verhalten betrifft.

Hierbei unterscheidet Hagedorn in die primary Frames of Reference (PFR) (primäre Bezugsrahmen) und applied Frames of Reference (AFR) (angewandte Bezugsrahmen). Die primären Bezugsrahmen, welche sie als ausgeliehenes Wissen von Fachbereichen außerhalb der Ergotherapie bezeichnet, entstammen Theorien aus den

Grundwissenschaften und beschreiben beispielsweise, wie Menschen auf alltäglicher Basis funktionieren (Hagedorn, 2001).

Nicht alle Theorien der Grundwissenschaften wurden letztendlich auch zu angewandten ergotherapeutischen Bezugsrahmen, welche Hagedorn auch als ergotherapeutische Versionen beschreibt. Die drei grundlegenden Bereiche, welche von den Grundwissenschaften auch ihren Weg in die angewandten ergotherapeutischen Bezugsrahmen gefunden haben, sind:

1. der psychosoziale Bezugsrahmen (biologisch, verhaltensorientiert, kognitiv, psychoanalytisch, etc.)
2. der physiologische Bezugsrahmen (Biometrie, Kognition und Perzeption, etc.)
3. der edukative Bezugsrahmen (Verhalten, Kognition, Interaktion, etc.) (Hagedorn, 2001).

Je nachdem, in welchem Setting und mit welcher Klientel eine Ergotherapeutin oder ein Ergotherapeut arbeitet, werden unterschiedliche Bezugsrahmen deutlich. Beispiele für angewandte ergotherapeutische Bezugsrahmen nach Hagedorn im Bereich der körperlichen Funktionsstörungen sind der biomechanische Bezugsrahmen (biomechanic AFR) und der Bezugsrahmen der neurologischen Entwicklung (neurodevelopmental AFR). Beispiele im Bereich der psychosozialen Funktionsstörungen sind der kognitiv-wahrnehmungsbasierte Bezugsrahmen (cognitive-perceptual AFR), der analytische Bezugsrahmen (analytical AFR), der kognitiv-verhaltensorientierte Bezugsrahmen (cognitive-behavioral AFR), der klientenzentrierte Bezugsrahmen (client-centred AFR) und viele weitere (Hagedorn, 2001). Desweiteren beschreibt Hagedorn Bezugsrahmen, welche von bestimmten Praktikern entwickelt wurden, wie beispielsweise den Bezugsrahmen der Sensorischen Integration. Dieser ist geprägt von J. Ayres, welche die Sensorische Integrationstherapie entwickelte (Söchting, 2006). Theorien oder Modelle nach denen wir in unserer ergotherapeutischen Arbeit handeln, können also auch Bezugsrahmen unserer Arbeit darstellen. Je nach *Intervention* und Klientel wählen die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten zwischen verschiedenen Bezugsrahmen. Es ist durchaus möglich, sich für mehrere Bezugsrahmen zu entscheiden, jedoch können nicht alle Bezugsrahmen miteinander kombiniert werden. Beispielsweise können der betätigungsbasierte und der klientenzentrierte Bezugsrahmen gut miteinander in Verbindung gebracht werden, während eine Kombination von klientenzentriertem und kognitiv-verhaltensorientiertem Bezugsrahmen fraglich ist (Merklein de Freitas, 2016).

Gehen wir nun von erwachsenen Personen mit einer ASS Diagnose aus, so ist der Einbezug des klientenzentrierten Bezugsrahmens grundlegend, um gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten an individuellen Zielen zu arbeiten. Zusätzlich kann die Verwendung des psychosozialen Bezugsrahmens, des edukativen Bezugsrahmens oder des Bezugsrahmens

der Sensorischen Integration (Hagedorn, 2001) sinnvoll sein. Die Wahl des Bezugsrahmens hängt individuell von den Ressourcen und Schwierigkeiten der einzelnen Personen ab.

2.2 Autismus Spektrum

Um ein Verständnis für die in dieser Forschungsarbeit gewählten Zielgruppe zu erlangen, wird in diesem Kapitel sowohl auf den gesellschaftlichen Aspekt der Autismus-Spektrum-Störung auf nationaler und internationaler Ebene eingegangen, als auch auf das Erwachsenenalter im Allgemeinen. Anschließend wird dieses Thema aus der medizinischen Perspektive beleuchtet. Hierbei wird die Diagnose ASS unter den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-V betrachtet. Im Folgenden wird auf die Themen Ätiologie, Diagnostik, Epidemiologie und übliche Komorbiditäten eingegangen.

2.2.1 ASS in der Gesellschaft

Diese Arbeit beschäftigt sich mit erwachsenen Menschen mit ASS-Diagnose. Um zu klären, welche Personen als erwachsen gelten, wird nun kurz auf die nationale und internationale rechtliche Lage sowie auf das psychologische Verständnis des Erwachsenenalters eingegangen.

Eine Möglichkeit das Erwachsenenalter vom Kindesalter zu unterscheiden, ist das gesetzlich geregelte Lebensalter, ab dem eine Person als Volljährig gilt. Dieses Alter wird vom jeweiligen Staat festgelegt und beinhaltet unterschiedliche Rechte und Freiheiten. So gilt in den meisten Staaten der Europäischen Union, wie zum Beispiel in Deutschland oder den Niederlande, eine Person juristisch gesehen mit 18 Jahren als volljährig. In Nepal ist man dagegen beispielsweise schon mit 15 volljährig, in Japan mit 20 und in Ägypten erst mit 21 (Youthpolicy, o.D.). Es gibt viele Faktoren von denen das Verständnis vom Erwachsensein abhängig ist. So spielen neben dem juristischen Faktor, welcher stark von der jeweiligen Kultur abhängig ist, auch die eigene physische und psychische Situation eine wichtige Rolle. Es finden fortlaufende Untersuchungen statt, wann eine Person in der Gesellschaft als erwachsen gelten sollte. Jüngere Forschungsergebnisse zeigten beispielsweise, dass eine Person erst mit 30 Jahren vollständig erwachsen sei (Whitaker et. al., 2016).

Um das psychologische Verständnis des **Erwachsenenalters** zu erörtern, soll an dieser Stelle auf *Eriksons Stufenmodell* der psychosozialen Entwicklung eingegangen werden. In diesem Modell verläuft die menschliche Entwicklung über 8 Stufen. Jede dieser Stufen beschreibt eine Krise, beziehungsweise eine Entwicklungsaufgabe, die der Mensch in diesem Lebensabschnitt zu bewältigen hat. Die letzten drei Stufen des Modells beschreiben

das Erwachsenenalter. In der Literatur lassen sich unterschiedliche Altersangaben zu den Stufen finden, da der Schwerpunkt auf den Entwicklungsaufgaben liegt. Die in dieser Arbeit genutzten Quellen beschreiben allerdings, dass das Erwachsenenalter nach Erikson etwa im Alter von 20 Jahren beginnt (Knight, 2017; Slater, 2003).

Die erste Stufe des Erwachsenenalters nennt Erikson "Intimität vs. Isolation". In dieser Krise stehen die jungen Erwachsenen zwischen dem Verlassen des Elternhauses, dem Aufbau einer Karriere und der Angst, diesen Aufgaben nicht gewachsen zu sein. Diese Stufe umfasst ungefähr das Alter von 20 bis etwa 45 Jahren.

Die folgende Stufe beschreibt Erikson als "Generativität vs. Stagnation". Die Menschen in dieser Lebensphase sind circa im Alter von 45 bis 65 Jahren. Sie wollen gebraucht werden, haben aber dennoch ein Gefühl der Trägheit und der Nutzlosigkeit.

Die letzte Phase innerhalb Eriksons Modell der psychosozialen Entwicklung ist die Phase "Integrität vs. Verzweiflung". Diese Phase führt circa vom 65. Lebensjahr bis zum Lebensende und beschreibt die Suche nach dem inneren Frieden. Menschen in dieser Phase verspüren oftmals Reue oder aber Zufriedenheit (Knight, 2017; Slater, 2003).

Schaut man nach erwachsenen Menschen mit ASS in der deutschen **Gesellschaft**, so fällt schnell eines auf: Nur fünf Prozent der Menschen mit ASS gehen einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nach (Baumgartner, Dalferth & Vogel, 2009). Zwar sind hauptsächlich Menschen mit Intelligenzminderung hinsichtlich der *Partizipation* im Arbeitsalltag eingeschränkt, doch auch eine fehlende Intelligenzminderung führt nicht automatisch dazu, dass diese Personen erfolgreich einer Beschäftigung nachgehen (Proft, Schoofs, Krämer & Vogeley, 2017). Häufig liegen die Anforderungen des Arbeitsplatzes stattdessen deutlich unter dem Ausbildungsniveau (Baldwin, Costley & Warren, 2014).

Die *Auticon GmbH*, eine internationale Firma für IT-Beratung, hatte das Ziel, an dieser Stelle entgegenzuwirken. Die Firma, welche als erstes Unternehmen in Deutschland ausschließlich Menschen mit ASS Diagnose beschäftigt, schreibt auf ihrer Website:

„Autismus ist keine Störung, keine Krankheit, kein Systemfehler: Autismus ist nur ein anderes Betriebssystem“ (Auticon, 2019).

Auticon wurde 2007 gegründet und profitiert von den Stärken, die bei vielen Menschen mit ASS deutlich werden. Hierzu zählen beispielsweise ein ausgeprägtes logischen Denkvermögen, ein hohes Bewusstsein und die intrinsische Motivation für Qualität, ein hohes Maß an Loyalität und Zuverlässigkeit sowie eine hohe Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer auch bei routinierten Aufgaben. Selbstverständlich treffen diese Stärken nicht auf alle Menschen mit ASS zu, sondern variieren wie überall in der Gesellschaft von Person zu

Person (Auticon, 2019). *Auticon* bietet Menschen mit ASS ein möglichst angenehmes Arbeitsumfeld, welches Alltagsprobleme und typische Herausforderungen, wie Reizempfindlichkeit, Schwierigkeiten im Bereich der Kommunikation und Smalltalk, minimiert (Auticon, 2019; Müller, o.D.; Preißmann, o.D.).

Für die individuellen Charakteristika autistischer Menschen sowie ihre Ressourcen und Herausforderungen stehen auch die Repräsentanten des *Autistic Pride Day*, welcher 2005 aus der Solidaritäts- und Kampagnengruppe *Aspies for freedom* entstand. Der *Autistic Pride Day* findet seitdem jährlich - hauptsächlich online - statt (Awareness Days, 2018). Der Begriff *Pride* kommt ursprünglich aus der LGBTQ+ (Lesbian, Gay, Trans, Queer, +) Szene, wird jedoch seit einigen Jahren auch von anderen gesellschaftlichen Randgruppen genutzt, wie beispielsweise von Menschen im Autismus Spektrum. In den Vereinigten Staaten gibt es bereits Websites, wie beispielsweise autismspeaks.com, die autismusfreundliche Veranstaltungen in verschiedenen Städten kennzeichnen, um die Teilhabe in der Gesellschaft für Menschen mit ASS zu erleichtern.

Diese Forderungen der *Autistic Pride* Bewegung, nach einer ressourcenorientierten Gesellschaft, in welcher jedem Menschen Teilhabe ermöglicht wird, werden ebenso durch die **Empowerment-Bewegung** widergespiegelt. Das Empowerment beschreibt einen Prozess, indem Menschen mehr Kontrolle über Entscheidungen bezüglich ihrer medizinischen Versorgung bekommen (WHO, 1998) und die Macht, aber auch Verantwortung, innerhalb dieser gleichermaßen mit dem medizinischen Fachpersonal teilen (CAOT, 2002). Dies bedeutet, dass eine Veränderung der Sichtweise geschieht. In der Gesundheitsversorgung wird demnach nicht mehr danach geschaut, was das Problem ist und was das Fachpersonal tun kann, um dieses zu beheben. Stattdessen wird eruiert, wer diese Person ist und was sie braucht, um in der Gesellschaft partizipieren zu können und wie dies gemeinsam erreicht werden kann (Hammel, 2016). Doch nicht nur auf individueller Ebene geschieht eine solche Empowerment-Bewegung, ebenso gibt es das kollektive und strukturelle Empowerment. Das kollektive Empowerment beschreibt die Veränderung der Sichtweise auf Gruppen- und Organisationsebene. Das strukturelle Empowerment hingegen auf gesellschaftlicher Ebene (Hoefert & Klotter, 2011). Die *Autistic Pride* Bewegung trägt dazu bei, dass Menschen mit ASS auf allen Ebenen Empowerment erfahren und die Gesellschaft auf den Weg zu einem ressourcenorientierten Blick geführt wird.

Betrachtet man aktuelle Geschehnisse in Politik und Gesellschaft, so stößt man schnell auf eine junge Frau mit ASS-Diagnose: Greta Thunberg, eine 16 jährige Klimaaktivistin, die weltweit mit ihrem Schulstreik und den daraus resultierenden "Fridays for Future" für Aufsehen sorgt (FridaysForFuture, o.D.). Thunberg schafft es mit ihrem konsequenten

Beitrag, aus welchem deutlich die oben genannten typischen Ressourcen von Menschen mit ASS hervorgehen, von einer gesellschaftlichen Randgruppe in das Zentrum der Gesellschaft und beeinflusst mit ihrem Handeln Schüler auf der ganzen Welt. Ihre autistischem typischen Stärken sind Thunberg sichtlich bewusst, in einem Interview mit dem ZDF (Zweites Deutsches Fernsehen) äußert sie:

“Ich denke, wenn ich kein Asperger hätte, wäre das hier nicht möglich gewesen. Ich hätte einfach weiter so gelebt und gedacht, wie jeder andere auch. Ich sehe die Welt aus einer anderen Perspektive – Schwarz und Weiß.” (Zweites Deutsches Fernsehen, 2019)

2.2.2 ASS aus medizinischer Sicht

I. Klassifikation

Die **DSM-V** Klassifikation beschreibt die Autismus-Spektrum-Störung (299.0). Dieses Spektrum wird nach DSM-V in drei Schweregrade eingeteilt, welche sich nach dem Grad der benötigten Unterstützung im Alltag aufschlüsseln und wie folgt benannt werden: „Level 1: Requiring support“, „Level 2: Requiring substantial support“, „Level 3: Requiring very substantial support“ (Swedo, 2013, S. 52). Diese drei Level werden anhand einiger Symptome weiter aufgeschlüsselt.

Level 1: Menschen, die sich auf dem Level 1 des Autismus Spektrums befinden, können selbstständig ihren Alltag bestreiten, jedoch haben sie in der sozialen Interaktion einige Beeinträchtigungen. Diese Menschen können sich problemlos verbal ausdrücken, allerdings keine Konversation aufrecht erhalten, da es ihnen schwerfällt, auf das Gegenüber einzugehen. Sie haben Probleme beim Schließen von Freundschaften und dem Aufbau sozialer Kontakte. Neben diesen Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion zeichnet sich dieses Level dadurch aus, dass die Menschen Probleme haben, sich an die Umwelt immer wieder neu anzupassen und mit Veränderungen nur schwer umgehen können. Sie verharren gerne in einer Aktivität (Swedo, 2013).

Level 2: Dieses Level zeichnet sich nach DSM-V sowohl durch Beeinträchtigungen in der verbalen als auch der nonverbalen Kommunikation aus. So besteht die verbale Kommunikation hauptsächlich aus einfachen Sätzen und kurzen Antworten. Diese sind häufig unpassend und führen somit zum Beenden des Gespräches. Betroffene auf diesem Level treten nur selten mit anderen Menschen in Kontakt, die nonverbale Kommunikation ist stark eingeschränkt. Dies äußert sich in Form von Abweichungen in Blick- und Körpersprache sowie durch Einschränkungen im Verstehen und Einsetzen von Gestik und

Mimik (Schneider, 2015). Außerdem ist auf dieser Stufe des Spektrums eine Inflexibilität in allen Lebensbereichen erkennbar. Die Menschen haben gerne eine gleichbleibende Struktur in ihrem Leben (Swedo, 2013).

Level 3: In dem höchsten Schweregrad haben die Menschen starke Einschränkungen in der verbalen und nonverbalen Kommunikation. Die sozialen Interaktionen und das In-Kontakt-treten mit der Umwelt sind sehr gering. Betroffene dieses Levels können einzelne oder auch gar keine Worte sprechen. Menschen aus diesem Teil des Autismus Spektrums fallen jegliche Veränderungen sehr schwer und sie zeigen häufig repetitive Verhaltensmuster (Swedo, 2013).

Im Gegensatz dazu ist nach der **ICD-10** Klassifikation keine Autismus Spektrum Störung beschrieben. Hier werden unter der Gruppe der *Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2018) einzelne Erscheinungsformen unterschieden. Darunter wird unter anderem der Frühkindliche Autismus (F84.0) beschrieben. Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung zeichnet sich dadurch aus, dass sie bereits vor dem dritten Lebensjahr erkennbar ist und sich in einigen spezifischen Mustern zeigt: „in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten, stereotypen, repetitiven Verhalten. Neben diesen spezifischen diagnostischen Merkmalen zeigt sich häufig eine Vielzahl unspezifischer Probleme, wie Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche und (autodestruktive) Aggression“ (DIMDI, 2018). Zum frühkindlichen Autismus zählt die ICD-10 auch die Autistische Störung, Infantilen Autismus sowie das Kanner-Syndrom.

Unter den Klassifikation F84.1 findet sich der Atypische Autismus. Für diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung ist ausschlaggebend, dass nicht alle oben genannten spezifischen Muster des frühkindlichen Autismus vollständig gezeigt werden oder diese erst nach dem dritten Lebensjahr erkennbar werden. Häufig ist der Atypische Autismus in einer Komorbidität mit einer schweren Störung der Sprachentwicklung.

Der Code F84.5 beschreibt das Asperger-Syndrom. Dieses Syndrom wird in der ICD-10 vom anderen Autismus-Formen dahingehend abgegrenzt, dass hierbei keine allgemeine Entwicklungsstörung im Bereich der Sprache und Kognition auftritt. Allerdings zeigen sich, wie in den Formen des Autismus beschrieben, Abweichungen in der sozialen Interaktion, stereotype Interessen und Aktivitäten. Diese Symptome sind oft bis in das Erwachsenenalter vorhanden und es kann in manchen Fällen zu psychotischen Episoden kommen.

Innerhalb der anderen desintegrativen Störung des Kindesalters wird eine autismusähnliche Störung der sozialen Interaktion beschrieben. Allerdings zählt dies als Symptom zu einer Diagnose, die nach ICD-10 nicht zum Autismus gehört (Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, o.D.).

Vor einigen Monaten, im Mai 2019, wurde die Überarbeitung der ICD-10, die **ICD-11** verabschiedet. Hiernach werden bisher noch keine Diagnosen gestellt und es wird sich weiterhin nach der ICD-10 gerichtet. Im deutschsprachigen Raum gibt es jährliche Überarbeitungen, welche als ICD-10-GM, German modification, zu finden sind (DIMDI, 2018). Aktuell wird sich nach der für 2019 überarbeiteten Version der ICD-10 gerichtet. Die ICD-11 soll erst im Jahre 2022 in Kraft treten (Autismus Deutschland e.V., 2019). In der ICD-11 wurde bezüglich des Autismus die Änderung vorgenommen, dass, wie im DSM-V, von einer Autismus-Spektrum-Störung gesprochen wird und die Aufteilung in unterschiedliche Diagnosen aufgelöst wird. Auch hier werden die Symptome beschrieben, die zur Diagnose vorhanden sein müssen. Dazu zählen Einschränkungen in der Interaktion oder Kommunikation. Betont wird allerdings die große Spannbreite, in der diese Symptome auftreten können (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2019).

Peter lebt in Deutschland und erhielt daher einen Befund nach ICD-10. Aufgrund der bei ihm erkennbaren Symptome diagnostizierte seine behandelnde Ärztin das Asperger-Syndrom (F84.5). Eingestuft nach dem DSM-V, befindet sich Peter auf dem Level 1 des Spektrums.

II. Ätiologie, Diagnostik, Epidemiologie, Komorbidität

Für eine Autismus-Spektrum-Störung gibt es verschiedene Risikofaktoren. Die wissenschaftlich belegbaren **Ursachen** sind sowohl genetisch als auch umweltbedingt. Es wird vermutet, dass die Autismus-Spektrum-Störung unter anderem durch eine Genmutation ausgelöst werden kann. Diese Mutation führt zu einer Veränderung der Stoffwechselwege und der Entwicklung des Nervensystems. Dies wiederum führt dazu, dass die Gehirnstrukturen, welche zur Formung der Verhaltensprozesse wichtig sind, beeinflusst werden (Klauck, 2009). Als Resultat kommt es dann zu den spezifischen Verhaltensweisen und neuro-kognitiven Fähigkeiten der Autismus Spektrum Störung. Die Risiken sind von einer genetischen Heterogenität geprägt, „d.h., es gibt zahlreiche unterschiedliche genetische Risikofaktoren, die zu Autismus-Spektrum-Störungen führen können“ (AWMF online, 2016, S.57). Zu diesen Faktoren gehören: eine vererbte oder neu aufgetretene Mutation einzelner oder mehrerer Gene, eine vererbte oder neu aufgetretene Mikrodeletion oder Mikroduplikation einzelner oder mehrerer Gene sowie Chromosomenaberrationen (AWMF online, 2016). Mikrodeletionen und Mikroduplikationen beziehen sich auf Veränderungen des Chromosoms 22 an Position 11 (Orphanet, 2011).

Chromosomenaberration bezeichnet die Veränderung eines Chromosoms hinsichtlich seiner Struktur, Größe und Beschaffenheit (Stearns, 2017).

Neben den genetischen Ursachen und Risikofaktoren gibt es auch demographische, also durch die Umwelt entstandene Risikofaktoren. Hierzu zählen unter anderem das Alter der Eltern. Einige Studien zeigen, dass das Risiko einer Genveränderung, die zu einer Autismus Spektrum Störung führt, mit dem steigenden Alter der Eltern wächst. Bei Vätern über 50 Jahren besteht ein zehnfach erhöhtes Risiko gegenüber unter 25-jährigen Vätern. Dieses Risiko ist deutlich ausgeprägter als bei den Müttern (Freitag 2008; Remschmidt & Kamp-Becker 2006; Sinzig 2011; Vogeley 2012; Tebartz-van Elst, 2013). Der sozioökonomische Status der Eltern scheint ebenso eine Rolle zu spielen. Einen großen Einfluss haben auch die Vorerkrankungen der Eltern, hierbei spielen allerdings die der Mutter eine wesentlich größere Rolle. Von Interesse sind im Bezug auf die Autismus Spektrum Störung neurologische und psychiatrische Vorerkrankungen der Mutter, welche die Hirnentwicklung des Kindes beeinflussen können (Lee et al. 2006). Viele der Risikofaktoren liegen außerdem in der Zeit der Schwangerschaft und pränatalen Entwicklung des Kindes. Besonders die Einnahme von Medikamenten sowie die Feinstaubbelastungen stellen ein großes Risiko dar (Xu et al. 2014).

Die **Diagnose** der Autismus Spektrum Störung kann nur in multiprofessioneller Zusammenarbeit geschehen und benötigt einige Wochen Zeit. In dieser Zeit erfolgen einige psychodiagnostische, körperliche, neurologische und genetische Untersuchungen. In Deutschland erfolgt die Diagnose im Anschluss daran klassifiziert nach ICD-10 (AWMF online, 2016; Bölte, 2009).

Ein großer Teil der Diagnostik sind Fragebögen, Interviews und Beobachtungsskalen zur Erfassung der autistischen Symptomatik. Die Fragebögen werden schriftlich ausgefüllt und geben durch das distanzierte Verfahren oft einen guten Eindruck über die Situation des Menschen. Sie werden oft als erstes Instrument eingesetzt und auf Grundlage dieser kann dann der weitere diagnostische Weg entschieden werden (Bölte, 2009). Aus den *Leitlinien* lassen sich viele verschiedene Fragebögen und Interviews entnehmen, die zur Diagnostik eingesetzt werden (AWMF online, 2016). Verfügen die Menschen mit Verdacht auf einen Autismus Spektrum Störung allerdings über genügend kognitive Fähigkeiten, gibt es ebenso verschiedene Selbsteinschätzungsbögen (Autism Spectrum Quotient, AQ; Empathy Quotient, EQ) (Bölte, 2009).

Durch mündliche Interviews wird mehr über das Erleben und Erfahren der Menschen herausgefunden und der Eindruck des Fragebogens kann vertieft werden (Bölte, 2009). Hierbei stehen zumeist die Eltern im Fokus der Befragung und geben Auskunft über

beobachtete Verhaltensweisen ihrer Kinder. Hierbei wird im deutschsprachigen Raum meistens das Diagnostische Interview für Autismus-Revidiert (Autistisches-Diagnostisches Interview-revised, ADI-R) verwendet (Gray et al. 2008; Le Couteur et al. 2008; Mazefsky & Oswald 2006).

Mithilfe von Beobachtungsskalen wird in natürlichen Situationen beobachtet und erhoben, ob die Person Symptome des Autismus Spektrums aufweist und in welchem Ausmaß. Im Gegensatz zu diesen Alltagsbeobachtungen, werden allerdings auch klinische Observationen angewandt, in denen künstliche Situationen erschaffen werden (Bölte, 2009). Es werden immer wieder Situationen geschaffen, in denen die Symptome der möglichen Autismus Spektrum Störung erkennbar werden können. Als Beobachtungsskalen werden hierbei oftmals die diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS) (Bölte & Poustka, 2004) und die Autismus-Beurteilungsskala (Childhood Autism Rating Scale, CARS) genutzt (Bölte, 2009). Diese zwei Skalen werden auch in der AWMF *Leitlinie* beschrieben und zur Diagnostik empfohlen (2016).

Die Frühdiagnostik beschreibt eine Verdachtsdiagnostik, die zwischen dem 18. und 24. Lebensmonat erstellt wird. Eine endgültige Diagnose sollte erst um das dritte Lebensjahr gestellt werden, da bis zu diesem Zeitpunkt viele Funktionen erst ausgebildet werden und somit schlecht von einer normalen Entwicklung unterschieden werden können. Erst ab dem dritten Lebensjahr ist die nach ICD-10 klassifizierte Symptomatik zu erkennen. Im Erwachsenenalter verläuft die Diagnose mithilfe derselben Instrumente, jedoch unterscheiden sich teilweise die genutzten *Assessments*. So gibt es speziell für die Diagnose im Jugend- und Erwachsenenalter das standardisierte Interview Adult Asperger Assessment (AAA) (Baron-Cohen et al. 2005). Auch in diesem Fall wird versucht, Eltern, Angehörige oder andere Bezugspersonen in den Diagnoseprozess miteinzubeziehen. Laut Koelkebeck und Kollegen (2014) gestaltet sich die Diagnose im Erwachsenenalter allerdings als weitaus komplizierterer und längerer Weg im Gegensatz zur Diagnose bei Kindern (Koelkebeck et al. 2014).

Peter wurde im Erwachsenenalter mit Asperger-Autismus diagnostiziert. Im Rahmen der Befundung führte die Ärztin mündliche Interviews mit ihm durch, unter anderem das standardisierte Adult Asperger Assessment. Zur Erfassung seiner jetzigen Situation wurden auch seine Frau und seine Kinder mit in das Diagnoseverfahren einbezogen. Auch über seine Kindheit verschaffte sich die Ärztin mithilfe seiner Eltern einen Überblick. Auch in Hinsicht auf mögliche Komorbiditäten ist Peter im Kontakt mit seiner Ärztin.

Die Autismus-Spektrum-Störung hat eine **Prävalenz** von 0,9-1,1%. Die Prävalenz beschreibt das Aufkommen der Störung zu dem erhobenen Zeitpunkt. Genauer lässt sich die Prävalenz allerdings nicht eingrenzen, da es durch verschiedene Studien recht unterschiedliche Zahlen gibt (Bölte, 2009). Auch durch die Veränderungen in der Diagnostik durch ICD-10 und DSM-IV sind genaue Angaben nur schwer festzustellen (AWMF online, 2016). Die Geschlechterverteilung hingegen ist eindeutiger zu bestimmen. Diese beträgt 2-3:1 von Jungen zu Mädchen (Idring et al. 2012; Mattila et al. 2010; Baird et al. 2006).

Die häufigste **Komorbidität** der Autismus-Spektrum-Störung ist die Entwicklungsverzögerung der Sprache, Motorik und Kognition. Diese Komorbidität ist bei mehr als 50% der Menschen mit ASS aufzuweisen, auch Epilepsie tritt in dieser Häufigkeit auf (Bölte, 2009). Bei Kleinkindern sind vermehrt die komorbiden Symptome Schlafstörungen und Hyperaktivität vorhanden. Bei Kindern und Jugendlichen sind oppositionelles Verhalten, Angststörungen und emotionale Probleme besonders oft als Komorbidität bekannt (AWMF online, 2016). Bei erwachsenen Menschen mit ASS treten neben der Intelligenzminderung ebenso oftmals Verhaltensauffälligkeiten auf. Liegt die Intelligenz im durchschnittlichen Bereich, zeigen sich Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen und Angststörungen sowie ADHS, Tic- und weiteren psychotischen Störungen als besonders wahrscheinliche Komorbidität (AWMF online, 2016).

Wie in der Übersichtsgrafik (Abbildung 1) dargestellt, verfügt Peter über eine durchschnittliche Intelligenz. Beim letzten Termin bei seiner Ärztin hat er außerdem die Diagnose *leichte depressive Episode (F32.0)* erhalten, welche eine häufige Komorbidität bei ASS darstellt.

2.3 Ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit ASS

In diesem Kapitel werden verschiedene ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten vorgestellt. Die beschriebenen Interventionsmöglichkeiten basieren auf Ergebnissen der Literaturrecherche, welche unter Kapitel 3.1 erläutert wird und werden mit den Inhalten der *sechs Säulen der Ergotherapie* in Verbindung gebracht. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die hier genannten Interventionsmöglichkeiten nicht ausschließlich für erwachsenes Klientel mit ASS anzusehen sind. Da die Behandlung meist im Kindes- und Jugendalter stattfindet, zielt ein Großteil der in der Literatur auffindbaren *Interventionen* auf die Behandlung dieser Klientel ab.

Zunächst werden in die Empfehlungen des Amerikanischen Berufsverbandes (AOTA, 2016) zusammengefasst, welche in die drei verschiedene Themenbereiche eingeteilt werden. In Kapitel 2.3.2 werden anschließend einzelne spezifische Interventionsmöglichkeiten etwas genauer beleuchtet, die ebenfalls den entsprechenden Themenbereichen zugeordnet werden können.

2.3.1 Der ergotherapeutische Behandlungsprozess (AOTA-Leitlinie)

Der amerikanische Berufsverband der Ergotherapie (AOTA) publizierte 2016 die Praxis-*Leitlinie* "Occupational Therapy Practice Guidelines for Individuals With Autism Spectrum Disorder" welche 2017 vom Hogrefe Verlag in einer deutschsprachigen Fassung veröffentlicht wurde. Da die deutsche *Leitlinie* der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit in Überarbeitung ist (bis Dezember 2019), beziehen sich die folgenden Informationen ausschließlich auf die *Leitlinie* des Amerikanischen Berufsverbandes. Diese *Leitlinie* soll einen auf Evidenz beruhenden Überblick über ergotherapeutische *Interventionen* für Personen mit ASS geben und praktizierende Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie weitere Personen, die mit ergotherapeutischer Behandlung in Kontakt kommen, wie pädagogisches Personal, Klientinnen und Klienten, Familien, Betreuungspersonen, Kostenträger und Gesundheitspolitiker unterstützen. Für die *Leitlinien* wurden Resultate von systematischen Literaturreviews über Klientel mit ASS verwendet. Sie zeigen die Effektivität von ergotherapeutischen *Interventionen* für die Verbesserung der Lebensbedingungen für Klientinnen und Klienten mit ASS sowie deren Familien.

Im Fokus ergotherapeutischer *Interventionen* bei Klientinnen und Klienten mit ASS liegt die Ausführung von Aktivitäten und Betätigungen des täglichen Lebens. Es ist wichtig, die Kontexte zu Hause, am Arbeitsplatz und Freizeit mit in die Behandlung einzubeziehen, um die *Partizipation* an sozialen, betätigungs- oder arbeitsorientierten Tätigkeiten zu gewährleisten. Häufig werden in der Behandlung aber auch spezifische Fähigkeiten wie soziale Fertigkeiten, Verhaltensregulierung, grob- und feinmotorische Fertigkeiten oder sensorische Prozesse besonders hervorgehoben.

Der ergotherapeutische Prozess in der Arbeit mit Menschen mit ASS beinhaltet typischerweise ein kombiniertes Bottom-Up und Top-Down Vorgehen und beginnt mit der Erstellung eines *Betätigungsprofils*, mitsamt Einsatz entsprechender *Assessments*. Im

Anschluss daran folgen die mit der Klientin oder dem Klienten entwickelten Zielsetzungen, die Auswahl und Durchführung spezifischer Interventionsmethoden und die Überprüfung dieses Prozesses.

Die **Erstellung des Betätigungsprofils** dient der Erfassung der Betätigungsvorgeschichte, also typischer Routinen, Interessen und Motivationen der Klientin oder des Klienten. Beziehen wir uns hier auf das MOHO ist die Sprache also von *Habitation* und *Volition*. Ebenso erfragt die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut bei der Erstellung des *Betätigungsprofils* das soziale Umfeld der Person, um mit Betätigungen zusammenhängende soziale Unterstützungen oder hinderliche Faktoren festzustellen. Bei der Erfassung dieser Faktoren können auch Personen des sozialen Umfeldes, wie Familienmitglieder, mit einbezogen werden. Zur Erfassung der vielseitigen Aspekte des *Betätigungsprofils* können verschiedene ergotherapeutische *Assessments* hinzugezogen werden. Je nachdem, über welche kommunikativen Fähigkeiten eine Person verfügt, können hier *Assessments* mit höherem oder weniger hohem visuellem Anteil gewählt werden (Tomchek & Koenig, 2016).

Die **Zielsetzung** sollte selbstverständlich stets klientenzentriert erfolgen, dies bedeutet laut Fisher (2018), die Klientin oder den Klienten dort abzuholen, wo sie oder er steht, bezüglich selbst geäußerter Bedürfnisse und Wünsche, Motivation sowie Verständnis und Kenntnis momentaner und zukünftiger Betätigungsperformanzprobleme. Hierzu zählt auch, die Sichtweise des Klientels zu akzeptieren und zu würdigen. Die AOTA beschreibt ein Ziel als "messbares und bedeutungsvolles, betätigungsbasiertes lang- oder kurzfristiges Ziel, unmittelbar bezogen auf die Fähigkeiten und Bedürfnisse des Klienten, sich an erwünschten Betätigungen zu beteiligen" (Tomchek & Koenig, 2016, S.201).

Aus den Zielen von Menschen mit ASS, welche sich für die ergotherapeutische *Intervention* ergeben, wurden in der *Leitlinie* des Amerikanischen Berufsverbandes drei Themenbereiche herauskristallisiert, welche in den Punkten I. bis III. kurz erläutert werden:

I. Soziale Fertigkeiten, Kommunikation & Freizeitpartizipation

Soziale Fertigkeiten können sich durch aktivitätsbezogene Gruppenaufgaben oder -übungen verbessern, welche im klinischen oder im natürlichen Setting angeboten werden. Auch computerbasierte *Interventionen*, wie Kurse, Programme mit virtuellen Realitäten und Lernen am Modell verbessern die sozialen Fertigkeiten und zeigen eine moderate Evidenz. Die Evidenz für die Verbesserung im Erkennen von Emotionen bei computerbasierten *Interventionen* fällt jedoch eher gemischt aus (Hopkins et. al., 2011; Turner-Brown, Perry, Dichter, Bodsh & Penn, 2008).

Der Erwerb von **sozial-kommunikativen Fähigkeiten** kann mittels unterstützter Kommunikation, beispielsweise durch den Einsatz von PECS (Picture Exchange Communication System) erleichtert werden (Flippin, Reszka & Watson, 2010; Ganz, Davis,

Lund, Goodwyn & Simpson, 2012). Dies sind kommunikationsunterstützende Bilder oder Symbole, deren Verwendung eine hohe Evidenz zeigt. Auch verhaltenstherapeutische *Interventionen* im natürlichen Umfeld, entwicklungsbezogene Kommunikation sowie Imitationstraining können die soziale Kommunikation verbessern (Ingersoll, 2011, 2012).

Um **eingeschränkte Interessen und stereotype Verhaltensmuster** zu beeinflussen, können ebenfalls verhaltenstherapeutische Techniken, physisches Training wie Kata-Training (eine Form von Karateübungen) (Bahrami, Movahedi, Marandi & Abedi, 2012) oder Sport in die *Intervention* einbezogen werden. Auch ein gezieltes Training für den gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus unter Einbezug von Symbolspiel und emotionalen Regulationsmechanismen (JASPER) zeigt starke Verbesserung und damit hohe Evidenz (Kaale, Smith & Sponheim, 2012; Kasari, Gulsrud, Wong, Kwon & Locke, 2010).

Um die **Freizeitpartizipation** zu verbessern können beispielsweise Freizeitgruppen, Schwimmkurse oder die Verwendung von Sozialen Narrativen (social Stories) (Quirnbach, Lincoln, Feinberg-Gizzo, Ingersoll & Andrews, 2009) in die ergotherapeutische *Intervention* einbezogen werden. Hierbei ist jedoch zu hinzuzufügen, dass es sich bei den Studienteilnehmern ausschließlich um Kinder handelte und die Forschungsergebnisse gemischt ausfallen. Für den *CO-OP* Ansatz, welcher im Folgenden etwas genauer erläutert wird, wurde eine limitierte Evidenz festgestellt, da die vorhandenen (Einzelfall-) Studien mit Kindern und Jugendlichen einem tieferen Evidenzlevel entsprechen. Es bedarf weiterer Forschung, um die Evidenz dieses Ansatzes bei Menschen mit ASS zu verbessern.

II. Sensorische Integration

Durch die **sensorische Integrationstherapie** nach J. Ayres, welche unter 2.3.2 II. genauer erläutert wird, können individuelle Ziele der Klientinnen und Klienten angesprochen werden. Es bedarf allerdings noch weiterer Studien bezüglich adaptiver Fähigkeiten, Schlaf oder sensorischer Reaktion. Multisensorische *Interventionen* hingegen zeigen moderate Evidenz und können zur Verbesserung von *Betätigungsperformanz* und Verhaltensregulation beitragen. Gewichtswesten zur Verbesserung von Verhalten oder ADL *Performanz* werden nicht empfohlen, da die Evidenz deren Wirkung widerlegt.

III. Performanz von ADL, IADLs und Arbeit

Um **arbeitsbezogene Fertigkeiten** sowie arbeitsvorbereitende Fertigkeiten zu entwickeln, stellte sich die Verwendung von neuen Technologien als sehr effektiv heraus. Technologien beinhalten Computerprogramme, personifizierte digitale Assistenzsysteme, über Video übertragenen Modelle (Video modelling) und visuelle Supportsysteme. Demnach kann sich Verhalten und *Performanz* im Bereich Arbeit durch *Interventionen* mit modellhaftem Lernen

durch Videos und visueller Unterstützung verbessern (Bereznak et. al., 2012; Burke et. al., 2013; Gentry et. al., 2012).

Die *Performanz* bei **ADLs und IADLs** ((instrumentelle) Aktivitäten des täglichen Lebens) kann sich durch die Verwendung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken verbessern, hierzu zählt in den *Leitlinien* der AOTA auch der *CO-OP* Ansatz, da er darauf abzielt, kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien zu erlernen, um alltägliche Betätigungsperformanzprobleme zu verbessern (Polatajko, Mandich & McEwen, 2011)

Im Anschluss an die *Intervention* sollte, wie bereits erwähnt, stets eine Überprüfung des Prozesses im Rahmen einer **Re-Evaluation** stattfinden. Die *Performanz* und die Ziele der Klientin oder des Klienten werden also erneut bewertet, um das Ausmaß und die Art der stattgefundenen Veränderungen festzuhalten (Dehnhardt, 2018). Zusätzlich sollte der Kollaboration im interdisziplinären Team oder mit Ansprechpersonen des Gemeinwesens hohe Bedeutung beigemessen werden.

2.3.2 Spezifische ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten

Im Folgenden werden einige ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten vorgestellt, welche dem Themenbereich I., II. oder III. des Kapitels 2.3.1 zuzuordnen sind. Zusätzlich werden mögliche Hilfsmittel für Menschen mit ASS werden vorgestellt.

I. Der CO-OP Ansatz

Der CO-OP Ansatz ermöglicht der Klientel den Erwerb selbstgewählter Fertigkeiten mithilfe von Strategieanwendung und begleiteter Entdeckung. Er kann als ein klientenzentrierter, ausführungsbasierter Ansatz verstanden werden (Polatajko & Mandich, 2008). Bezogen auf die Themenbereiche aus 2.3.1 ist der CO-OP Ansatz Punkt I. **“soziale Fertigkeiten, Kommunikation und Freizeitpartizipation”** sowie Punkt III. **“Performanz von ADL, IADL und Arbeit”** zuzuordnen.

Der Ansatz beruht auf dem ICF, der evidence based practice (EBP), der Lerntheorie und dem Motorischen Lernen und wurde von Helen Polatajko und Angela Mandich für Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (DCD) entwickelt. Im Bereich der Pädiatrie, beziehungsweise bei Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen mit Schwierigkeiten im Bereich der Selbstregulation, zeigt der CO-OP Ansatz große Erfolge (Hyland & Polatajko, 2011). Sogar als Gruppentherapie bei Kindern mit umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen und der psychosozialen

Funktionen (UEMF) zeigt sich der CO-OP Ansatz laut Anderson, Wilson und Williams (2017) als potentiell erfolgreiche *Intervention*.

Der CO-OP Ansatz zeichnet sich durch **sieben Hauptmerkmale** aus, welche in der folgenden Abbildung dargestellt sind:



Abbildung 3: Die sieben Hauptmerkmale des CO-OP Ansatzes

Der CO-OP Ansatz wird mittlerweile nicht mehr nur bei UEMF angewandt, sondern auch bei verschiedenen anderen, beispielsweise neurologischen, Störungsbildern. Die CO-OP Academy betreibt ständig weitere Forschung, um die Evidenz in verschiedenen Bereichen zu erweitern und verbessern.

Eine Reihe von Fallstudien (Rodger & Brandenburg, 2009; Rodger, Pham & Mitchell, 2009; Czmowski, Willert & Nielsen, 2014; Rodger, Ireland & Vun, 2008; Rodger & Vishram, 2010; Rodger, Springfield & Polatajko, 2007) konnte bereits **limitierte Evidenz** für den CO-OP Ansatz bei Kindern und Jugendlichen mit ASS nachweisen. Die Kinder und Jugendlichen, die an diesen Studien teilnahmen hatten durchschnittliche bis überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl befinden sich die Studien auf Level 2-4 der Evidenzpyramide von Tomlin und Borgetto (Tomlin & Borgetto, 2011). Randomisierte kontrollierte Studien bezüglich der Anwendung des CO-OP Ansatzes bei Menschen mit ASS fanden bisher nicht statt.

2017 veröffentlichte die CO-OP Academy einige **notwendige Anpassungen**, um den CO-OP Ansatz mit Kindern und Jugendlichen mit ASS optimal anwenden zu können. Hierzu zählen beispielsweise das Nutzen visueller Unterstützungen sowie das Einbinden der Spezialinteressen oder Verwenden konkreter Beispiele (Rodger, 2017).

Aufgrund des direkten Alltagsbezugs (*Kontextbasierung*), der *Klientenzentrierung* und der Betätigungsorientierung entspricht der CO-OP Ansatz dem zeitgenössischen Paradigma und könnte auch für erwachsene Menschen innerhalb des Autismus Spektrum, die

durchschnittliche bis überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten vorweisen, eine passende *Intervention* darstellen. Da sich erwachsene Menschen mit ASS zwar in Bezug auf für sie interessante Themengebiete gut strukturieren können, jedoch teilweise bei für sie weniger interessanten Themen- oder Aufgabengebieten Schwierigkeiten aufweisen (Häußler, o.D.), könnten mittels des CO-OP Ansatzes individuell passende Pläne und somit eine Struktur für entsprechende Tätigkeiten erarbeitet werden. Zur Evidenz bei der Behandlung dieses Klientels gibt es jedoch bisher, auch auf internationaler Ebene, noch keine Studien.

Am Beispiel von Peter könnte die ergotherapeutische *Intervention* nach CO-OP in etwa so aussehen: Peter hat das Ziel, an den Wochenenden mehr Zeit mit seinen Kindern zu verbringen. Diese haben völlig andere Interessen als Peter, interessieren sich weder für Medizin, noch für Pädagogik oder Informatik und möchten sich auch nicht lange mit Peter über diese Themen unterhalten. Peter hat jedoch keine Idee, wie er nun Aktivitäten finden kann, denen er gemeinsam mit seinen Kindern an einem Sonntagnachmittag nachgehen könnte. Nachdem er in der Ergotherapie die Ausgangssituation schildert und seine momentane *Betätigungsperformanz* einstuft, entwickelt Peter gemeinsam mit seiner Ergotherapeutin einen Plan, wie er im Laufe der Woche eine Aktivität mit seinen Kindern planen und am Sonntagnachmittag unternehmen kann. Peter schreibt sich den Plan auf und nimmt ihn mit nach Hause. In der kommenden Woche überprüfen Peter und seine Ergotherapeutin, ob der Plan funktioniert hat. Wenn der Plan nicht funktioniert hat und die gemeinsame Wochenendunternehmung also nicht zu Peters Zufriedenheit und der seiner Kinder stattgefunden hat, wird ein neuer Plan entwickelt.

II. Die Sensorische Integrationstherapie

Die Sensorische Integrationstherapie soll den Menschen unterstützen, die **Empfindung der Umwelt sowie die des eigenen Körpers wahrzunehmen**, zu organisieren und den Körper möglichst effektiv in der Umwelt einzusetzen, falls hierin Probleme bestehen (Söchting, 2006). Die übergeordneten Ziele der sensorischen Integrationstherapie sind die Anpassungsfähigkeit, Selbstregulation, Selbstvertrauen und -bewusstsein, motorische Fähigkeiten, Koordination, soziale Fähigkeiten und viele mehr. Anhand dieser Bereiche kann zuvor der Bedarf an einer Sensorischen Integrationstherapie erkannt werden (Smith Roley, 2006).

J. Ayres geht davon aus, dass sämtliche Prozesse der menschlichen Wahrnehmung hierarchisch aufgebaut sind. Sie unterteilt die Wahrnehmung in drei Schritte, welche einander folgen und nicht voneinander zu trennen sind. Die erste Stufe stellen die taktilen, propriozeptiven und vestibulären Sinnesinformationen dar. Diese Reize sind also reine

Sinnesinformationen, die als elektrische Signale aufgenommen werden. Die zweite Stufe der Wahrnehmung beschreibt sie als die Körperwahrnehmung, Koordination, Bewegungsplanung, Aufmerksamkeit und Emotionale Stabilität. Die Sinnesinformationen aus der ersten Stufe gewinnen an Gestalt, Größe und Bewegung. Sie werden zur eigenen Körperwahrnehmung genutzt. Auf der dritten Stufe werden dann Vorgehen und Bedeutungen erkannt, diese können mit bisherigen Erfahrungen abgeglichen werden und ermöglichen ein logisches Denken. Konkret befinden sich auf dieser Stufe die Konzentrationsfähigkeit, Organisationsfähigkeit, Selbsteinschätzung, Selbstkontrolle, Selbstvertrauen, Akademisches Lernvermögen, Fähigkeit zum abstrakten Denken und Verarbeiten von Gedanken (Bundy, Söchting, Lane & Murray, 2006; Schuh, 2006).

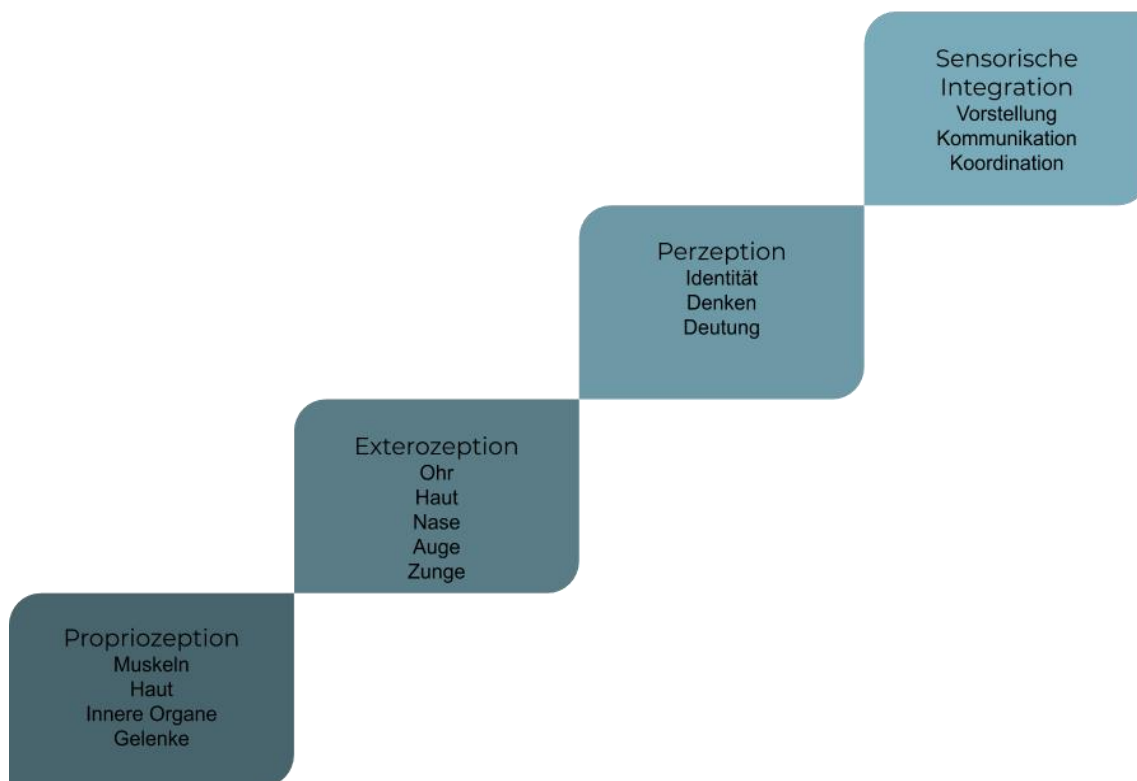


Abbildung 4: Die Ebenen der Sensorischen Wahrnehmung

Durch die **starke Fokussierung auf die Wahrnehmung** und die richtige Verarbeitung dieser Informationen befinden wir uns bei dieser Interventionsmöglichkeit im Wahrnehmungs- und Bewegungsbasierten Bezugsrahmen, welcher bereits erläutert wurde (Hagedorn, 2001).

Forschungsergebnisse zeigen, dass die sensorische Integrationstherapie, besonders bei Menschen mit ASS, Erfolge erzielen kann. Diese Erfolge zeigen sich allerdings zumeist auf funktionaler Ebene und es ist daher wichtig, dass der Übertrag auf den Alltag und die bedeutungsvollen Betätigungen des Klienten vorgenommen wird. Hierbei sollte das ergotherapeutische Fachpersonal betätigungszentrierte Messsysteme nutzen, wie zum

Beispiel das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Watling & Hauer, 2015).

Sowohl in Deutschland als auch international wird die sensorische Integrationstherapie bei Kindern mit ASS häufig genutzt und die meisten Klientinnen und Klienten haben Erfahrung mit dieser Therapieform. Es lässt sich allerdings keine Literatur finden, die diese Therapieform in der Anwendung mit erwachsenen Menschen beschreibt (May-Benson & Koomar, 2010, Watling & Hauer, 2015).

Innerhalb einer solchen Therapieeinheit, angelehnt an die sensorische Integrationstherapie nach J. Ayres, könnte am Beispiel von Peter also folgendes entstehen:

Peter kann mit seinen körperlichen Fähigkeiten alle notwendigen Dinge seines Alltags ausführen. Allerdings hat er oft das Problem, dass er etwas ungeschickt ist. Er merkt dies daran, dass er oft am Türrahmen anstößt, sich ärgert und blaue Flecken bekommt. Mit dem Anliegen, diese Ungeschicklichkeiten zu verringern, kam Peter in eine Praxis für Ergotherapie. Hier wurde festgestellt, dass Peters Propriozeption, also die Wahrnehmung des eigenen Körpers im Raum, nicht besonders ausgeprägt ist und ihm dies deutliche Probleme bereitet. Die Propriozeption befindet sich auf der untersten Stufe der Wahrnehmung. In der Therapie werden nun einige Übungen gemacht, die genau diese Funktion, die Propriozeption, ansprechen. Inhalt einer dieser Übungen ist das Stehen auf verschiedenen Untergründen, diese sind teilweise wackelig und Peter lernt, seinen Körper auszubalancieren und besser wahrzunehmen. Für dieses Ausbalancieren benötigt Peter teilweise auch die Sinnesinformationen der zweiten Wahrnehmungsstufe, insbesondere die Informationen der Augen und Ohren. Nach einigen verschiedenen Übungen kann Peter mit der dritten Wahrnehmungsstufe dann auch den Übertrag auf den Alltag vornehmen. Seine Körperkoordination hat sich nun verbessert und Peter eckt weniger mit dem Türrahmen an.

III. Immersive Technik

Virtuelle Realität (VR) beschreibt die Nutzung von Computer Hard- und Software zur interaktiven Simulation von Umgebungen, die der realen Umgebung ähneln (Weiss, Kizony, Feintuch, et al., 2014). Bei der ursprünglich zu Unterhaltungszwecken entwickelten Technologie taucht der Benutzer in eine grafisch nachgestellte, multidimensionale Welt ein und kann durch Bewegungen mit dem Inhalt interagieren bzw. Aktionen ausführen. Dieses Eintauchen wird in der Fachsprache auch als *immersive* virtuelle Realität bezeichnet (Mehrholtz, Elsner & Thomas, 2017). VR kann auf verschiedenen Medien genutzt werden. Nach Wang & Anagnostou (2014) gibt es drei verschiedene Systeme: die Head-mounted

Displays (Ausgabegeräte die wie eine Art Brille auf dem Kopf getragen werden), normale Computerbildschirme und Projektionen. Die Wahl des Mediums beeinflusst auch die Art der Interaktion.

Virtuelle Rehabilitation beschreibt den Gebrauch der VR in der Rehabilitation. Seit einigen Jahren steigt das Interesse von Forschern und Fachpersonen an diesem neuen Therapieansatz (Halton, 2008). In der neurologischen Rehabilitation wird VR bereits seit etwa 15 Jahren in Form von Assessments und als Behandlungsinstrument angewendet. Sie kommt bei erwachsenen Schlaganfallpatienten, Morbus Parkinson sowie bei geriatrischer Klientel zum Einsatz, wenn ein repetitiver Rehabilitationsansatz mit aktiver Beteiligung benötigt wird (Aran, Şahin, Torpil, Demirok & Kayıhan, 2017).

Virtuelle Realität in der Ergotherapie findet bereits Verwendung in der motorischen Rehabilitation (z.B. Arm- und Handbewegungen), in der kognitive Rehabilitation (z.B. Verbesserung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses) oder auch zur Behandlung von psychischen Störungen (z.B. Angststörung). Verschiedene Studien erwähnen positive Auswirkungen der virtuellen Realität auf den Therapieprozess. Die simulierte Umgebung bewirkt dabei eine höhere Motivation und eine aktivere Teilnahme als bei einer nicht simulierten Umgebung (Aran et al., 2017).

In der Therapie von Menschen mit ASS wird VR bisher häufiger bei Kindern eingesetzt als bei Erwachsenen. Hierzu gibt es in der Literatur einige Studien, die insgesamt eine moderate Evidenz bei der Verbesserung der sozialen Fertigkeiten aufweisen (Lorenzo, Lledó, Arráez-Vera & Lorenzo-Lledó, 2018). Bezogen auf die AOTA-Leitlinien gehören diese Studien zur Themengruppe I. **“Sozialer Fertigkeiten, Kommunikation und Freizeitpartizipation”**. Nehmen wir an dieser Stelle Bezug auf die *sechs Säulen der Ergotherapie*, so steht hier klar die technologiebasierte Säule im Vordergrund. Je nach Ziel der Klientel können aber auch die betätigungsorientierte und die klientenzentrierte Säule deutlich sichtbar sein.

Auch in der Behandlung von erwachsenen Menschen mit ASS wird VR bereits angewandt, hierzu gibt es allerdings noch wenig Studien und es besteht weiterer Forschungsbedarf. Menschen mit ASS scheinen oft in einer eigenen Welt mit eigenen Regeln zu leben (Lányi & Tiling, 2004) und benötigen andere individuelle Lernstrategien. Daher können in der Therapie mithilfe von VR beispielsweise soziale Fertigkeiten verbessert werden, indem soziale Situationen und Interaktionen beliebig anpassbar und ansprechend simuliert und mithilfe der Ergotherapeutin oder des -therapeuten in die reale Welt übertragen werden. So können erwachsenen Menschen mit ASS die Virtuelle Realität beispielsweise nutzen, um durch ein Virtual interactive Training Agent (ViTA) System ein Bewerbungsgespräch in einem simulierten Rollenspiel zu trainieren, um die Angst vor sozialen Interaktionen zu reduzieren und somit die Jobchance zu erhöhen. (Burke et al., 2017)

Für das Trainieren von sozialen Interaktionsfertigkeiten werden in der Literatur des Weiteren virtuelle Trainings für Emotionserkennung, Anwenden von virtuellen gleichaltrigen Spielpartnern, therapeutische Anwendung von Second Life und auch das virtuelle Erlernen von sozialen Regeln zu VR erwähnt. All diese Ansätze basieren auf einer Human-Avatar-Interaction (Fu, Li, Huang & Danielsen, 2008).

Da Peter plant, sich beruflich zu verändern, möchte er in der Ergotherapie das neue ViTA System nutzen. Hiervon erhofft er sich, die Angst vor der unbekannten Bewerbungssituation zu reduzieren. Um sicher zu gehen, dass er auch in neuen Betrieb gut mit seinen Arbeitskollegen zurecht kommt, nutzt Peter außerdem die Anwendung von Second Life. So kann Peter schwierige Situationen in einer sicheren, virtuellen Umgebung üben und wird dabei therapeutisch begleitet. Dies hilft ihm dabei, sich auf die sozial-kommunikativen Herausforderungen vorzubereiten.

IV. Hilfsmittelversorgung

„Das vorrangige Ziel von adaptiver Betätigung besteht darin, ineffektive zielgerichtete Aktionen der *Betätigungsperformanz* (oder solche, die ineffektiv zu werden drohen) durch adaptierte Geräte oder Hilfsmittel, durch Schulung in alternativen oder kompensierenden Techniken oder durch Modifikation der Aufgabe, der physischen oder der sozialen Umwelt zu kompensieren.“ (Fisher, 2014, S.60-61). So wird im OTIPM der Nutzen von Hilfsmitteln beschrieben und auch für viele Menschen mit ASS sind diese kompensierenden Techniken sehr nützlich und nicht mehr aus dem Alltag wegzudenken. Für Menschen mit ASS gibt es eine Vielzahl von Hilfsmitteln, die es ermöglichen, diverse Alltagsschwierigkeiten auszugleichen und einfacher partizipieren zu können. In der Literatur lassen sich zu diesem Themenfeld sehr viele Studien und Arbeiten zu Hilfsmitteln bei Kindern mit ASS finden, jedoch ist die Literaturlauswahl für die erwachsenen Menschen mit ASS sehr gering. Auf Internetseiten einiger Hilfsmittelanbieter lassen sich allerdings auch speziell für erwachsene Menschen mit ASS einige Dinge finden.

Aufbauend auf den Annahmen der **sensorischen Integrationstherapie** gibt es einige Hilfsmittel, die die sensorische Stimulation und Integration anregen und sich auf Menschen mit ASS oftmals beruhigend und entspannend auswirken (Institut der deutschen Wirtschaft Köln, REHADAT, 2019). Zu diesen Hilfsmitteln zählen Gewichtsdecken, Fidget Spinner, Kauringe und vieles mehr. Die Studienergebnisse dieser Hilfsmittel sind sehr durchmischt und es kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass diese Hilfsmittel ihren Zweck erfüllen (Losinski, Cook, Hirsch & Sanders, 2017, Zimmerman, Ledford & Severini, 2018).

Diese Hilfsmittel sind dennoch von großer Bedeutung, da in Berichten und Foren immer wieder von positiven und hilfreichen Erfahrungen mit diesen Hilfsmitteln berichtet wird. So berichtet zum Beispiel Julai (2018) auf aspies.de über die Verwendung einer Gewichtsdecke: „Ich habe sie schon oft ausprobiert und finde es sehr angenehm. Vor allem fühle ich meine Körpergrenzen unter der Decke gut, was mich irgendwie beruhigt. Es fühlt sich ein bisschen so an, als hätte jemand einen riesigen, schweren Pfannkuchen auf mich draufgelegt“.

Besonders viele Hilfsmittel gibt es im **Bereich des Arbeitsplatzes**. Hierfür gibt es beispielsweise Trennwände, Sichtschutz oder Noise-Cancelling Headphones (Institut der deutschen Wirtschaft Köln, REHADAT, 2018). Diese sollen bewirken, dass Umwelteindrücke, wie beispielsweise Geräusche, herumlaufende Kollegen oder der Schreibtisch des Nachbarn abgeschirmt werden und sich somit besser auf die Arbeit konzentriert werden kann, denn besonders Menschen mit ASS fällt es schwer, die unwichtigen, von den wichtigen Sinneswahrnehmungen zu unterscheiden und auszublenden (Ikuta et al., 2016).

Einige Menschen mit ASS bleiben ihr Leben lang nonverbal, andere können Dinge verbal ausdrücken. Für viele Menschen mit ASS bleibt die **Kommunikation** allerdings ein mit Schwierigkeiten behafteter Teil ihres Lebens. (Dennison, Hall, Leal & Madres, 2018). Um diese Hürde der Kommunikation zu überwinden, gibt es sowohl für Kinder als auch für Erwachsene einige Hilfsmittel. Hierbei gibt es zum einen Bildkartensysteme, die alltägliche Dinge ausdrücken und individuell erweitert werden können. Hierzu zählen unter anderem die Systeme TEACCH und PECS (Boesch, Wendt, Subramanian & Hsu, 2013; Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013). Diese Bildkartensysteme können sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext verwendet werden und die Kommunikation vereinfachen. Um das Umhertragen dieser Bildkarten zu vermeiden, gibt es mittlerweile auch einige Softwares und Apps, die genau dieses Prinzip technisch umsetzen. Hierbei ist besonders hilfreich, dass es auf das persönliche Smartphone oder Tablet installiert werden kann und die Nutzenden diese somit immer bei sich tragen können. Ein weiterer Vorteil der Softwares ist, dass das Anpassen der individuellen Bildkarten etc. wesentlich leichter ist und auch das Erstellen und Vorlesen lassen von ganzen Sätzen/ Phrasen wird hierdurch ermöglicht (Chien et al., 2015). Ein weiteres Hilfsmittel, dass sich im weiter gefassten Sinne auf die Kommunikation bezieht, sind Social Media Plattformen. Über Plattformen wie beispielsweise Facebook, Instagram oder Twitter, können Menschen in Kontakt treten, sich über bestimmte Themen austauschen und Gruppen zugehörig werden. Eine Studie fand heraus, dass die Nutzung von Social Media Menschen mit ASS oftmals glücklicher macht und sie durch diese Form der Mitteilung

und Kommunikation ihr Wohlbefinden steigern können (Ward, Dill-Shackleford & Mazurek, 2018).

Da Peter erst im Erwachsenenalter diagnostiziert wurde, hat er sich im Laufe seines Lebens bereits einige Strategien angeeignet, um seinen Alltag selbstständig zu bewältigen. In seinem bisherigen Arbeitsumfeld sind Hilfsmittel wie Noise-Cancelling Headphones und Trennwände bereits implementiert. Diese Hilfsmittel werden ihn auch in seinem neuen Arbeitsumfeld begleiten. Um soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und sich mit anderen Menschen über seine Interessen auszutauschen, nutzt Peter Social Media Plattformen.

3 Methode

Anhand von Grundlagenliteratur aus der Bibliothek der Zuyd Hogeschool und weiterführender Literatur, die im Folgenden genauer beschrieben wird, wurde zu den Themen Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma sowie der gesellschaftlichen und medizinischen Sicht auf das Autismus-Spektrum ein Großteil des theoretischen Hintergrundes aufgebaut. Hinsichtlich der ergotherapeutischen Behandlung bei Menschen mit ASS ist festzuhalten, dass diese häufig im Kindesalter stattfindet. Somit sind auch für diese Zielgruppe die meisten Nachschlagewerke und Studien zu finden. Für die ergotherapeutische Behandlung bei erwachsenen Menschen mit ASS hingegen, besteht nur eine begrenzte Auswahl an Literatur. Aufgrund dieser Sachlage, wurde sich in der Beschreibung der Interventionsmöglichkeiten nicht ausschließlich auf die *Interventionen* im Erwachsenenalter bezogen. Eine genauere Beschreibung der Literaturrecherche, mitsamt Ein- und Ausschlusskriterien, ist in Kapitel 3.1 zu finden.

Wie bereits erwähnt ist das Ziel dieser Arbeit, die Erfassung der Ergotherapieerfahrungen von erwachsenen Menschen mit ASS. Aufgrund der Zielsetzung dieser qualitativen Studie bot sich die Durchführung von Interviews an, welche anschließend angelehnt an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung analysiert wurden. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte zum Erstellen und Führen von Interviews, die tatsächliche Durchführung der Transkription sowie die Analyse des Datenmaterials beschrieben. Hierbei wird auch auf Abweichungen von der Theorie sowie auf die Strategien zur Erreichung der Gütekriterien eingegangen.

3.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche bezüglich der Ergotherapie und ihren Paradigmen gestaltete sich, dank einer großen Auswahl an Grundlagenliteratur, welche auch in der Bibliothek der Zuyd Hogeschool verfügbar ist, recht unkompliziert. Auch bei der Betrachtung der medizinischen Aspekte der ASS konnte auf *Leitlinien* und Klassifikationen zurückgegriffen werden. Hinsichtlich der gesellschaftlichen Aspekte fand eine recht breit gefasste Literaturrecherche statt, die neben vielen Online-Datenbanken auch öffentlich zugängliche Blogs und Zeitschriften betrachtete. Wie bereits erwähnt stellte sich vor allem die Suche nach üblichen Interventionsmethoden bei erwachsenen Menschen mit ASS als schwierig dar, weshalb hier verschiedene Datenbanken genutzt und Suchkriterien angepasst wurden. Welche Datenbanken, Schlüsselworte und Keywords genutzt wurden sowie die individuellen Ein- und Ausschlusskriterien der verschiedenen Themenbereiche werden im folgenden Kapitel

beschrieben. Auch die Suchresultate und genutzten Evaluationsinstrumente werden vorgestellt.

3.1.1 Datenbanken

Um relevante Literatur der Forschung ausfindig zu machen, wurde eine systematische Datenbankrecherche durchgeführt. Dafür wurden unter Verwendung von Keywords und Schlagwörtern verschiedene Datenbanken wie *Google Scholar*, *PubMed*, *CINAHL* und *Cochrane Library* genutzt. Teilweise wurden hierbei Medical Subject Headings (MeSH-Terms), fest zugeordnete Schlagworte der Datenbanken, zur Hilfe genommen. Die Anwendung von *Trunkierungszeichen* „*“, Phrasen sowie den *Booleschen Operatoren* „AND“, „OR“ und „NOT“ halfen dabei die Suche zu konkretisieren.

Häufig wurde auch die digitale und analoge Datenbank der ZUYD Bibliothek genutzt. Dies ermöglichte Zugang zu verschiedenen internationalen, ergotherapeutischen Journals, wie beispielsweise dem *Australian-*, dem *American-*, dem *Scandinavian-* und dem *British Occupational Therapy Journal*. Auch Autismus-spezifische Journals, wie das *Journal of Autism and Developmental Disorders* wurden genutzt.

Um einen Eindruck über Menschen mit ASS in der Gesellschaft zu gewinnen, wurde die Online Suchmaschine Google verwendet. Hiermit wurden öffentlich zugängliche Zeitschriften, Websites und Foren, wie z.B. ein Selbsthilfeforum von und für Menschen mit ASS („aspies.de“), erkundet.

3.1.2 Schlüsselworte und keywords

Von Titel und Kernfragen abgeleitete Schlüsselworte und keywords	Synonyme, Unter- und Oberbegriffe	Cochrane MeSH-Terms (M) CINAHL Headings (C)
Autismus-Spektrum- Störung / autism	Autismus, ASS, asd, autism spectrum, autism spectrum disorder, high functioning autism, asperger's syndrome	M, C: "autistic disorder"
Erwachsene / adults	Erwachsenenalter, adults, young adults	M, C: "adult", "adolescent"
Erfahrung / experience	experience, practical knowledge, expert client, clients expertise, PREM	
Ergotherapeutische Behandlung / occupational therapy intervention	occupational therapy intervention, OT intervention	
Mehrwert / benefit	benefit, value, use, help, profit, advantage, utility	
Zeitgenössisches Paradigma / contemporary paradigm	contemporary paradigm, Betätigung, occupation, occupation-based, occupation-focused, occupation.centred, klientenzentriert, client- centred, contextual-based, kontextbasiert, evidence- based, evidenzbasiert, technology-based, technologiebasiert, population-based, populationsbezogen	C: "paradigms"
Leitlinie / guideline	Clinical Practice Guideline, Pathway, occupational therapy guidelines, best practice	C: "international health regulations", "Guideline Adherence"
Hilfsmittel / aid	aid, Hilfsmittel, helping aids, communication aid, support, medical tool	

Gesellschaft / society	Soziologie, society, public, community, population, Gesellschaft, general public, civilisation	M: "residence characteristics"
------------------------	--	--------------------------------

Tabelle 1: Schlüsselworte und Keywords

3.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Da die Literaturrecherche im Rahmen dieser Arbeit verschiedene Themen behandelte, konnten nicht überall dieselben Ein- und Ausschlusskriterien gewählt werden. Es wurde daher zwischen den folgenden Themengebieten unterschieden: (1) Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma, (2) ASS in der Gesellschaft sowie (3) ASS aus medizinischer Sicht und zuletzt (4) ergotherapeutische *Interventionen* bei Menschen mit ASS. Im Folgenden werden die Ein- und Ausschlusskriterien bei der Literaturrecherche in den verschiedenen Bereichen jeweils kurz beschrieben und anschließend als Tabelle zusammenfassend dargestellt.

(1) Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma

Bei der Literaturrecherche zur Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma wurde sich lediglich auf aktuelle Grundlagenliteratur wie beispielsweise "Willard & Spackman" (Boyt Schell & Gillen, 2019) und "Grundlagen der Ergotherapie" (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019) bezogen, um möglichst aktuelle Entwicklungen darstellen zu können. Hinsichtlich der Beschreibung der Paradigmenwechsel und der Frames of Reference wurden hierbei Ausnahmen gemacht, da in diesem Fall passende, ältere Beschreibungen namhafter Autoren gefunden werden konnten, deren Inhalt sich im Verlauf der Zeit nicht bedeutend verändert hat.

Einschlusskriterium	Begründung
Aktuelle Grundlagenliteratur in deutscher Sprache	Soll den momentanen Stand und aktuelle Entwicklungen in Deutschland beschreiben
Aktuelle Grundlagenliteratur in englischer Sprache	Soll die internationalen Entwicklungen der Ergotherapie beschreiben
Ausschlusskriterium	Begründung
Literatur die älter als 10 Jahre ist (2009) (Ausnahme: Paradigmen, Frames of Reference)	Stellt nicht mehr die aktuellen Entwicklungen dar

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien “Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma”

(2) ASS in der Gesellschaft

Um die Wahrnehmung der Gesellschaft und ihre Rolle in der Gesellschaft von Menschen mit ASS zu erfahren wurden verschiedene Blogeinträge, wie beispielsweise von der Plattform autismus-kultur.de, gelesen. Des Weiteren wurden öffentlich zugängliche Magazine und Zeitungen genutzt. Es wurde hinsichtlich dieses Themas bewusst darauf verzichtet medizinische Fachjournals zu nutzen.

Einschlusskriterium	Begründung
Beiträge auf Blogs, Websites von Menschen mit ASS	Spiegelt Wahrnehmung von Menschen mit ASS wider
Öffentlich zugängliche Magazine und Zeitungen	Zugänglichkeit für allgemeine Bevölkerung
Ausschlusskriterium	Begründung
Medizinische Fachjournals	Medizinischer Blickwinkel ist hier nicht relevant

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien “ASS in der Gesellschaft”

(3) ASS aus medizinischer Sicht

Bezüglich medizinischer Faktoren wurde auf bestehende Klassifikationen und Grundlagenwerke zum Autismus Spektrum zurückgegriffen. Des Weiteren wurden auch Statements und Informationen des Deutschen Autismus Verbandes (Autismus Deutschland e.V.) betrachtet.

Einschlusskriterium	Begründung
Klassifikationen	Beschreiben momentane medizinische Sicht
Verbände	Stellen Perspektive der Klientel dar
Medizinische Leitlinien	Beschreiben momentane medizinische Sicht
Grundlagenliteratur zu ASS	Verschafft einen Überblick über das Störungsbild
Ausschlusskriterium	Begründung
Journals, Zeitschriften	Diesbezüglich keine hohe Aussagekraft

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien "ASS aus medizinischer Sicht"

(4) Ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit ASS

Aufgrund des geringen Bestandes an Literatur zu *Interventionen* bei erwachsenen Menschen mit ASS wurden auch Interventionsmöglichkeiten betrachtet, die bei Kindern und Jugendlichen beschrieben werden. Es wurde bei Studien und Interventionsmethoden jeweils einzeln abgewogen ob die Methode auch für erwachsene Klientinnen und Klienten relevant sein könnten.

Einschlusskriterium	Begründung
Ergotherapeutische Leitlinien bei ASS	Interventionsarten zeigen gute Evidenz, evidence based practice
Reviews zu in den Leitlinien genannten Interventionsmethoden	Vertiefende Literatur, Aktualität der Studien
Interventionsformen, die in der Literatur hauptsächlich für Kinder mit ASS beschrieben werden	Aufgrund der momentanen Forschungslage wurden nicht ausschließlich Interventionen für Erwachsene inkludiert
Ausschlusskriterium	Begründung

Schulbasierte Ergotherapie bei
Menschen mit ASS

Kann bei der Zielgruppe nicht
angewendet werden

Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien "Ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit ASS"

3.1.4 Screeningprozess & Suchresultate

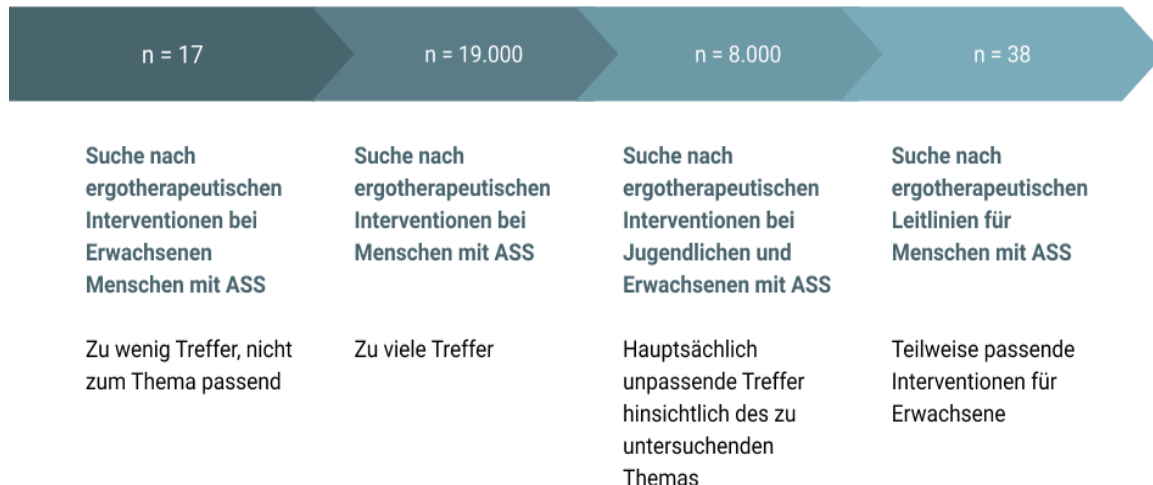


Abbildung 5: Screeningprozess & Suchresultate

3.1.5 Evaluationsinstrumente & Analyse der Literatur

Die vierte Säule der *sechs Säulen der Ergotherapie* beschreibt die *Evidence-Based Practice*. Diese wird bereits im theoretischen Hintergrund genauer erläutert. *Evidence-Based Practice* stellt die Anforderung an die Therapeutinnen und Therapeuten sich immer wieder mit der aktuellsten Literatur und den neuesten Entwicklungen auseinanderzusetzen und die beste Evidenz in der alltäglichen Arbeit anzuwenden (Boyt Schell, Gillen & Coppola, 2019; Sackett, Rosenberg, Muir Granny & Haynes 2011). Um diese Anforderung erfüllen zu können, muss das therapeutische Fachpersonal die vier beschriebenen Schritte der *Evidence-Based Practice* durchführen: (1) Eine Fragestellung formulieren, (2) Literaturrecherche betreiben, (3) die Literatur bewerten und schließlich (4) die gesammelte Evidenz im Alltag umsetzen (Lin, Murphy & Robinson, 2010; Mayer, 2010; Straus et. al., 2011; Taylor, 2017). Tomlin und Borgetto (2011) bemerkten, dass viele Arbeitende in den Gesundheitsberufen zwar versuchen, diese Schritte umzusetzen, bei dem dritten Schritt allerdings oftmals an ihre Grenzen kommen und auf Quellen sowie Literatur zurückgreifen, die weniger fundiert sind, als andere (Borgetto, Spitzer & Pfingsten, 2016). Ebenso stellten sie fest, dass viele sehr aussagekräftige Quellen oftmals nicht beachtet werden, da die externe Validität teilweise sehr gering ist und diesen somit in *Leitlinien* keine Beachtung geschenkt wird. Um diese

Probleme zu beheben, entwickelten Tomlin und Borgetto zusammen eine Forschungspyramide (2011). Im Gegensatz zu vielen herkömmlichen Systemen zur Einstufung von Literatur, spielt in dieser Forschungspyramide also auch die externe Validität eine große Rolle (Borgetto, Spitzer & Pfingsten, 2016). Die externe Validität beschreibt die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf andere Situationen oder Gruppen (Borgetto et al., 2007). Besonders in der Medizin wird bisher großer Wert auf die interne Validität gelegt. Das bedeutet, dass der Forschungsaufbau und die Durchführung stark standardisiert erfolgen, sich somit immer wiederholen lassen und gleiche Ergebnisse erzielen (Walliman, 2011). Tomlin und Borgetto (2011) halten dies nicht für ausreichend, da im alltäglichen Kontakt zu Klientinnen und Klienten immer wieder Anpassungen an aktuelle Bedürfnisse erfolgen müssen und sich diese Art der Standardisierung nur schlecht auf den Alltag übertragen lässt (Borgetto, Spitzer & Pfingsten 2016). Ebenso steht dieser Gedanke eng in Verbindung mit der zweiten Säule der Ergotherapie, der *Klientenzentrierung*. Diese besagt, dass die Klientin und der Klient selbst Verantwortung und Kontrolle über den Therapieverlauf nehmen und diesen maßgeblich leiten (Hagedorn, 2001). Die Bedürfnisse der Klientel stehen also primär im Mittelpunkt und das ergotherapeutische Fachpersonal versucht sich in die jeweilige Perspektive der Klientin und des Klienten hineinzusetzen (Fisher & Dehnhardt, 2014). Zwangsläufig kann die Therapie unter diesen Gesichtspunkten des zeitgenössischen Paradigmas also nicht standardisiert erfolgen und es bedarf in der Bewertung von Literatur einer größeren Bedeutung der externen Evidenz.

Die hier angewandte Literatur wurde nach der **Forschungspyramide von Tomlin und Borgetto** (2011) begutachtet und eingeschätzt. Die Forschungspyramide unterscheidet vier Forschungsansätze. Jeder Ansatz ist einer Seite der Pyramide zugeordnet: der quantitativ-experimentelle Ansatz, der quantitativ-beobachtende Ansatz, der qualitativ-beobachtende Ansatz und der qualitativ-experimentelle Ansatz (Borgetto et al., 2018). Jeder dieser vier Ansätze ist wiederum in Evidenzlevel aufgeteilt, welche von Level I, einer sehr hohen Evidenz, bis Level IV, einer sehr geringen Evidenz, gehen. Diese Level geben jeweils Kriterien zur Erfüllung vor (Tomlin & Borgetto, 2011). Als Basis wird in verschiedener Literatur oftmals noch von einem Level V, der Expertenmeinung, dem niedrigsten Level gesprochen (Borgetto et al., 2018, Borgetto, Spitzer & Pfingsten, 2016).

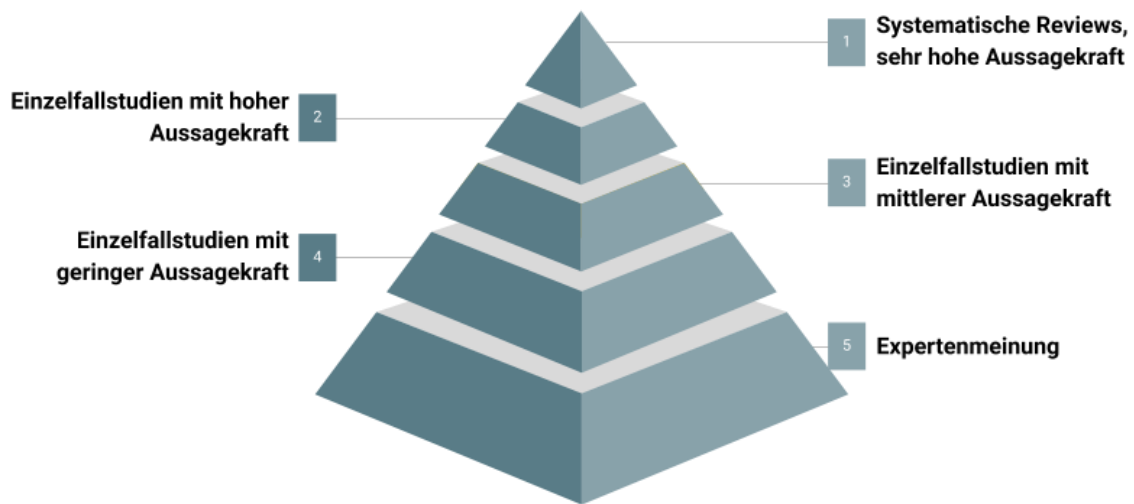


Abbildung 6: Selbst erstellte Abbildung der Forschungspyramide nach Tomlin & Borgetto (2011)

Wird Literatur anhand dieser Forschungspyramide auf ihre Evidenz bewertet, so muss zuerst entschieden werden, ob es sich um eine qualitative oder quantitative Studie handelt. Dies kann anhand der Charakteristika des jeweiligen Designs festgestellt werden. Quantitative Studien beinhalten numerische Daten und eine statistische Auswertung dieser, qualitative Studien hingegen beinhalten beispielsweise eher verbale Daten und werden interpretativ ausgewertet (Borgetto et al., 2018).

Als zweiter Schritt muss festgestellt werden, ob es sich um eine experimentelle oder beobachtende Studie handelt. Dies wird wie folgt unterschieden: beobachtende Studien erfolgen in realen Settings und es wird versucht auf diese durch die Studienbedingungen einen kleinstmöglichen Einfluss zu nehmen. Experimentelle Studien hingegen initiieren, bzw. manipulieren Situationen und beobachten die daraus entstehenden neuen Situationen (Mayring, 2007).

Sind diese zwei Fragen beantwortet, so kann die Studie einem der vier Forschungsansätze zugeordnet und im weiteren Verlauf auf einem der vier Evidenzlevel eingestuft werden.

Das niedrigste Level, die Basis, bildet für jeden der vier Forschungsansätze die Expertenmeinung auf dem **Evidenzlevel V** (Borgetto et al., 2018, Borgetto, Spitzer & Pfingsten, 2016). Studien, die alleine auf diesem Evidenzlevel basieren, wurden in dieser Forschung nicht herangezogen. Trotzdem wurden einige Forumseinträge und Videobeiträge aufgegriffen, die die Meinung von Menschen mit ASS und somit die Expertenmeinung widerspiegeln. Insbesondere wurden diese Quellen für die Erkennung des Forschungsbedarfs sowie der Erarbeitung der Relevanz des Themas verwendet: “[...] ich wollte lieber konkrete Hilfestellung, wie ich meinen Haushalt organisieren kann und eine objektive Meinung, wie es beruflich mit mir weitergehen könnte. Wir haben also eigentlich

nur geredet und Pläne gemacht und sowas alles. Hat mir jedenfalls sehr geholfen [...]” (Woodchuck am 12.07.2018 auf aspies.de).

Auf der nächsthöheren Stufe, dem **Evidenzlevel IV**, befinden sich Einzelfallstudien mit geringer Aussagekraft. Zu den Studien mit geringer Aussagekraft zählen auf der qualitativ-experimentellen Seite nicht-vergleichende, retroperspektive Studien und Einzelfallstudien, ebenso auf der qualitativ-beobachtenden Seite. Für quantitativ-beobachtende Ansätze sind dies Beobachtungsstudien ohne Vergleichsgruppe und für die quantitativ-experimentellen Studien nicht-kontrollierte Studien und Fallserien (Borgetto et al., 2015). Literatur, welche sich auf dem Evidenzlevel IV befindet, wurde in dieser Arbeit nur wenig verwendet. Allerdings konnte nicht komplett auf Literatur dieses Levels verzichtet werden, da einige ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten noch nicht allzu viel Anwendung und Forschung erfahren, als dass dies für genügend Studien auf einem höheren Evidenzlevel reichen würde. Studien der Evidenzstufe IV wurden allerdings stets durch Forschungsergebnisse auf einem höheren Evidenzlevel ergänzt. Unter anderem wurden folgende zwei Studien auf diesem Evidenzlevel verwendet: „Cognitive Orientation to (daily) Occupational Performance (CO-OP) with children with Asperger’s syndrome who have motor based occupational performance goals“ (Rodger & Brandenburg, 2009) und „Can Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) help Children with Asperger’s Syndrome to Master Social and Organisational Goals?“ (Rodger, Ireland & Vun, 2008). Der Nutzen des CO-OP Ansatzes bei Menschen mit ASS ist bisher nicht weit verbreitet, daher lassen sich nicht sehr viele Studien zu diesem Thema finden. Da der CO-OP Ansatz allerdings stark das zeitgenössische Paradigma beinhaltet, wurde dieser Ansatz als wichtig für diese Arbeit empfunden. Aufgrund der Neuartigkeit muss hierbei teilweise auf Literatur mit dem Evidenzlevel IV zurückgegriffen werden.

Auf **Evidenzlevel III** werden Studien mit einer mittleren Aussagekraft eingestuft. Auch hier gibt es je nach Forschungsansatz wieder unterschiedliche Studien, die in dieses Evidenzlevel eingestuft werden. Im qualitativ-experimentellen sowie im qualitativ-beobachtenden Ansatz sind dies vergleichende retroperspektive Studien und nicht-vergleichende Längsschnittstudien. Im quantitativ-beobachtenden Forschungsansatz werden auf Level III Korrelationsstudien sowie Fall-Kontroll-Studien eingestuft. Auf der quantitativ-experimentellen Seite befinden sich auf diesem Level kontrollierte, klinische Studien (Tomlin & Borgetto, 2011). Literatur mit dem Evidenzlevel III wurde in dieser Forschung nicht angewandt, da besonders in therapeutischen Settings oftmals auf eine Kontrollgruppe verzichtet wird und die Probanden zumeist selbst die Kontrollgruppe sind. Dies geschieht durch Tests, die sowohl vor, als auch nach einer bestimmten *Intervention* durchgeführt werden. Außerdem sind auch nicht-vergleichende Längsschnittstudien unüblich, da besonders bei Krankheits- und Therapieverläufen natürlicherweise immer die Frage gestellt

wird, wie der Verlauf ohne eine bestimmte *Intervention* oder Ähnliches wäre (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2009).

Das **Evidenzlevel II** beschreibt Studien mit einer hohen Aussagekraft. Auch hier können qualitativ-experimentelle Studien und qualitativ-beobachtende Studien wieder zusammengefasst werden. Beide Ansätze erfordern auf diesem Evidenzlevel vergleichende Längsschnittstudien. Die quantitativ-beobachtende Forschung wird anhand einer prospektiven kontrollierten Kohortenstudie auf dieses Level eingestuft, die quantitativ-experimentelle Forschung anhand einer randomisierten kontrollierten Studie (Borgetto et al., 2015). Einschätzt auf dem Evidenzlevel II wurden unter anderem einige der Studien, welche für die Ausarbeitung von Kapitel 2.3.1 I. „soziale Fertigkeiten, Kommunikation und Freizeitpartizipation“ genutzt wurden. Bei den zwei Beispielen handelt es sich um randomisierte, kontrollierte Studien: „Brief Report: Pilot Randomized Controlled Trial of Reciprocal Imitation Training for Teaching Elicited and Spontaneous Imitation to Children with Autism“ (Ingersoll, 2010) und „A randomized controlled trial of preschool-based joint attention intervention for children with autism“ (Kaale, Smith & Sponheim, 2015).

Das **Evidenzlevel I** stellt in allen vier verschiedenen Forschungsansätzen das höchste Level und somit das mit der höchsten Aussagekraft dar. Diese wird auf allen vier Seiten der Pyramide durch systematische Reviews sowie eine Metaanalyse erreicht (Borgetto et al., 2015). Im Gegensatz zum neuartigen *CO-OP* Ansatz bei Menschen mit ASS, wird die sensorische Integrationstherapie bereits seit vielen Jahren bei dieser Klientel angewandt. Dies führt mit sich, dass in diesem Bereich bereits sehr viel Forschung betrieben und Studien mit einem hohen Evidenzlevel durchgeführt wurden, um die Wirksamkeit zu überprüfen. In diesem Teil der Arbeit konnten also einige systematische Reviews gefunden und genutzt werden. Unter anderem folgende zwei Studien: „Systematic Review of the Research Evidence Examining the Effectiveness of Interventions Using a Sensory Integrative Approach for Children“ (May-Benson & Koomar, 2010) und „Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and Sensory-Based Interventions for People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review“ (Watling & Hauer, 2015).

3.2 Form der Arbeit

Diese Studie nutzt das qualitative Forschungsdesign. Welche Aspekte dieses Design beinhaltet und wie sich diese Art der Forschung von der quantitativen unterscheidet, wird in 3.2.1 genauer erläutert.

Ebenso werden unter 3.2.2 Besonderheiten und die einzelnen Schritte eines Interviews sowie die Erstellung des Leitfadens beschrieben. Zuletzt wird die Datenanalyse anhand der

zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring, welche im Rahmen dieser Studie genutzt wurde, in Kapitel 3.2.3 dargestellt.

3.2.1 Qualitative Forschung

Laut dem Duden (2019) ist “das Forschen” das Untersuchen eines wissenschaftlichen Problems. Dies ist eine grundlegende Beschreibung von Forschung, doch der eigentliche Forschungsprozess ist sehr viel komplexer und beinhaltet viele Dinge, die im weiteren Verlauf genauer aufgeschlüsselt werden.

Grundlegend unterschieden wird bei der Forschung die quantitative und qualitative Herangehensweise an ein Thema. Als quantitative Forschung werden Studien bezeichnet, die Datensammlung an Hand von Zahlen betreiben und diese durch statistische, mathematische Prozesse auswerten. Durch dieses Design der Forschung wird gemessen, Relationen werden erstellt, es können Vorhersagen getroffen werden und vieles mehr (Walliman, 2011). Innerhalb der quantitativen Forschung kann zum Beispiel herausgefunden werden wie viele Menschen täglich Auto fahren oder welche Kinder welchen Alters welcher Sportart nachgehen.

Qualitative Studien hingegen zeichnen sich dadurch aus, dass sie soziale Phänomene beschreiben und erläutern. Dabei geht es immer um die Perspektive der Teilhabenden in Bezug auf ein bestimmtes Thema. Diese Perspektiven können auf drei unterschiedliche Weisen dargestellt werden:

1. durch die Analyse der Erfahrungen von Gruppen oder Einzelnen, welche in Verbindung mit verschiedenen Themen gebracht werden können,
2. durch die Analyse von Interaktion und Kommunikation, welche beobachtet und aufgenommen wird und
3. durch die Analyse von Dokumenten, die Erfahrungen von Menschen widerspiegeln.

Hieraus kann die Sichtweise von Menschen, deren Werte und Erfahrungen zu bestimmten Themen erfasst werden, identifiziert werden. Anschließend kann hieraus ein soziales Phänomen erklärt werden (Kvale, 2007; Flick, 2007; Mayring, 2000). Es kann in der qualitativen Forschung zum Beispiel herausgefunden werden warum bestimmte Kinder gerne einer bestimmten Sportart nachgehen oder, wie in dieser qualitativen Arbeit, welche Erfahrungen erwachsene Menschen mit ASS mit der Ergotherapie gemacht haben.

Bei einer qualitativen, wie auch bei einer quantitativen Forschung, ist es wichtig, dass der **Forschungsprozess** einem bestimmten Verlauf folgt. Dieser wird je nach Autorenschaft in unterschiedlich viele Schritte aufgeschlüsselt, beinhaltet grundlegend jedoch immer

dieselben Aspekte. Die folgende Aufteilung nach Maxwell (2009) wird durch Inhalte von weiteren Autorinnen und Autoren untermauert.

Wie zu Beginn einer jeden Aufgabe müssen die Forschenden sich zunächst ein Ziel setzen. Dieses Ziel entsteht dadurch, dass ein Forschungsproblem sowie die Notwendigkeit der Forschung erkannt werden (Maxwell, 2009). Das Erkennen eines Forschungsproblems gestaltet sich hierbei oftmals bereits als eine schwierige Aufgabe und kann über ganz unterschiedliche Wege geschehen. Entweder haben die Forschenden selbst ein bestimmtes Interesse in einem Themengebiet, welches sie gerne weiter vertiefen möchten und in welchem sie vielleicht auch bereits einen Forschungsbedarf festgestellt haben, oder aber werden durch aktuelle persönliche oder professionelle Umstände zu einem bestimmten Thema geführt. Oftmals haben Professoren allerdings auch bereits bestehende Forschungsprojekte, von welchen andere Forschende Teile übernehmen können (Strauss, 2015).

In dieser Arbeit entstand das Ziel durch ein spezielles Interesse an der Autismus-Spektrum-Störung in Verbindung mit verschiedenen ergotherapeutischen *Interventionen*. Besonders die Fragestellung, ob die Klientel einen Mehrwert aus der Behandlung zieht und wie sie diesen erlebt, stand im Fokus. Nachdem durch eine Literaturrecherche festgestellt wurde, dass es bereits sehr viel Forschung im Bereich der Kinder und Jugendlichen mit ASS in Verbindung mit der Ergotherapie gibt, wurde die Recherche auf erwachsene Menschen ausgeweitet und festgestellt, dass dieser Bereich bisher sehr wenig erforscht ist und noch viele Möglichkeiten bietet.

Der zweite Schritt ist die Erstellung eines konzeptionellen Rahmens. In diesem Schritt müssen sich die Forschenden bestimmte Fragen stellen, wie zum Beispiel: Welche Informationen werden benötigt, um dieses Thema ausreichend zu erfassen? In welchen Lebenssituationen befindet sich die Zielgruppe und was sind für diese Zielgruppe relevante Themen (Maxwell, 2009)? Innerhalb dieses Schrittes wurde für die Arbeit eine erste Literaturrecherche betrieben, um einen Überblick über das gewählte Thema zu bekommen. Dieser Teil des Forschungsprozesses ist eng verbunden mit dem *Bezugsrahmen*. Welche Themen und Modelle sind hilfreich für diese Arbeit und müssen herangezogen werden?

Im Folgenden, dem dritten Schritt, wird die **Forschungsfrage** formuliert. Diese muss das genaue Ziel der Forschung beinhalten und Auskunft darüber geben, was die Forschung beantworten wird (Maxwell, 2009). Eine Möglichkeit diese Forschungsfrage zu formulieren ist die Orientierung am PICO-Modell. Demnach muss die Fragestellung vier Aspekte beinhalten, welche durch die Buchstaben P-I-C-O dargestellt werden (Ritschl et al., 2016).

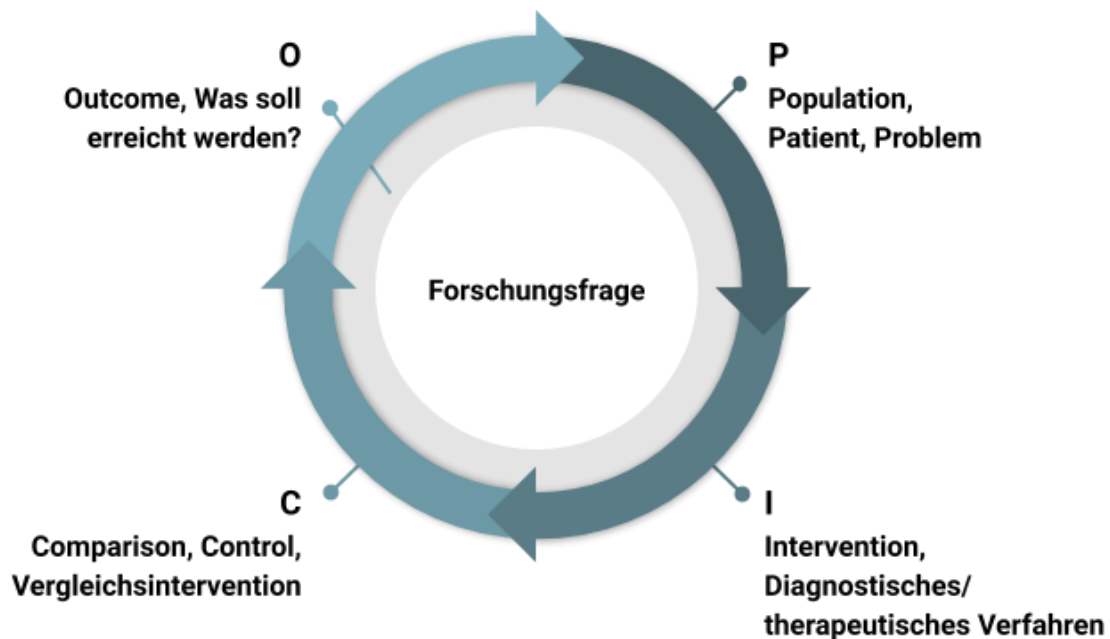


Abbildung 7: Das PICO-Modell

Das C, welches für Comparison, also die Vergleichsintervention steht, ist dabei allerdings optional und muss nicht zwangsläufig berücksichtigt werden. Statt der PICO kann also auch eine PIO Forschungsfrage entstehen (Ritschl et al., 2016).

In dieser Arbeit wurde folgende PIO Frage gestellt: Welche Erfahrungen haben erwachsene Menschen mit ASS mit der ergotherapeutischen Behandlung gemacht?

Nachdem die Forschungsfrage formuliert wurde, kann die **Forschungsmethode** festgelegt werden. In diesem Schritt wird geplant, wie die Forschungsergebnisse erarbeitet werden sollen, welche Techniken dazu genutzt werden und warum diese Techniken angemessen sind (Maxwell, 2009). Innerhalb der qualitativen Forschung gibt es viele verschiedene Forschungsmethoden. Diese legen alle unterschiedliche Schwerpunkte im Vorgehen. Mögliche Methoden in der qualitativen Forschung sind *Grounded theory*, *Ethnographie*, *Phänomenologie*, *Case Study*, oder die *Inhaltsanalyse* (Perkhofer et al., 2016). Diese Forschungsarbeit nutzt die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Die genauen Inhalte und Besonderheiten dessen werden im späteren Verlauf genauer erläutert.

Der letzte Schritt beschreibt die Überprüfung der **Validität** (Gültigkeit) (Maxwell, 2009), welche angibt, ob das verwendete Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll (Perkhofer, 2016). Innerhalb dieses Schrittes ist es wichtig einige Gütekriterien zur qualitativen Forschung zu berücksichtigen. Dies sind die Authentizität (authenticity), Glaubwürdigkeit (credibility), Nachvollziehbarkeit (confirmability), Übertragbarkeit

(transferability) und Zuverlässigkeit (dependability) (Höhl, 2016). Ziel der qualitativen Forschung ist „die verständliche und wahrheitsgemäße Darstellung von Zusammenhängen“ (Höhl, 2016, S. 128). Aus diesem Grund ist das Nutzen von Gütekriterien besonders wichtig. Wie die Anwendung der Gütekriterien in dieser Arbeit erfolgte, ist in Kapitel 3.3 nachzulesen.

Die Authentizität beinhaltet eine genaue Beschreibung des Vorgehens während der Studie sowie eine Reflexion des Prozesses (Höhl, 2016).

Die Glaubwürdigkeit hingegen beschreibt die Korrektheit der Ergebnisse und die Zufriedenheit der Studienteilnehmenden mit diesen (Glaser & Strauss, 1967). Zu diesem Punkt wiederum zählen einige Strategien, die bei der Umsetzung dieses Kriteriums helfen. So die Besprechung mit Mitarbeitenden, die *Triangulation*, die Überprüfung der Inhalte durch Studienteilnehmende und einiges mehr (Höhl, 2016).

Als Nachvollziehbarkeit wird die Gewissheit beschrieben, dass alle verwendeten Daten und Informationen auch wirklich dem gesprochenen Wort der Teilnehmenden entspricht. Auch für diese Vergewisserung wird die *Triangulation* genutzt (Höhl, 2016). Ebenso können sämtliche Transkriptionen der Interviews auf Nachfrage eingesehen werden.

Die Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse auf andere Situationen oder Menschen lässt sich ebenso durch die genaue Beschreibung des Vorgehens darstellen. Auch die Reflexion der Ergebnisse und des Prozesses tragen dazu bei (Höhl, 2016).

Das letzte Gütekriterium, welches Höhl (2016) aufstellt, ist die Zuverlässigkeit. Dies geht mit der Übertragbarkeit einher und ist definiert als die „Konstanz der Daten bei ähnlichen Bedingungen“ (Höhl, 2016, S. 128). Diese Zuverlässigkeit kann durch eine Untersuchungsrevision erlangt werden. Das bedeutet, dass ein externer Gutachter beurteilt, ob die Ergebnisse nachvollziehbar und auf Grund der Datenlage berechtigt sind.

Das **Vorgehen** bei einer Forschung kann *deduktiv* oder *induktiv* verlaufen. In dieser Arbeit und der gewählten Methode, der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring, wird *induktiv* vorgegangen. Dies erklärt sich daraus, dass bei einer qualitativen Forschung Erfahrungen und Erlebnisse eingefangen werden, um daraus dann bestimmte Theorien zu bilden. Es sollen somit keine Hypothesen überprüft werden, sondern durch die Forschung sollen Hypothesen entstehen (Perkhofer, Gebhard & Tucek, 2016). Zwar erscheint ein induktives Vorgehen als das logische Vorgehen bei dem Erfassen von Phänomenen und dem Erstellen von Theorien, allerdings können bei einem induktiven Vorgehen schnell Fehler unterlaufen. Es ist somit nicht festgelegt, wie viele Beobachtungen oder Erhebungen stattfinden müssen, um hieraus eine Theorie zu erstellen. Ebenso wenig ist festgelegt, ob, oder wann eine solche Theorie auf andere Situationen und Menschen übertragen werden kann (Walliman, 2011). Diese Probleme verweisen demnach wiederum auf die Wichtigkeit

der Gütekriterien, um auch eine Forschung mit induktivem Vorgehen valide und reliabel zu gestalten.

3.2.2 Interviews

Bei einer qualitativen Studie sind die Forschenden auf die Selbstberichte der Teilnehmenden angewiesen um Emotionen, Erleben, Erfahrungen, Entscheidungen oder Ähnliches zu beschreiben, zu interpretieren oder zu verstehen. Daher spielt das Interview als Erhebungsmethode eine wichtige Rolle (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016). Wenn man die Teilnehmenden als Expertenschaft für ihren eigenen Bedeutungsgehalt selbst zur Sprache kommen lässt, lassen sich subjektive Bedeutungen besser ableiten als durch reine Beobachtung (Mayring, 2016). Der Nachteil dieser Erhebungsmethode ist allerdings, dass sie wenig objektiv ist, da die Lebenswelt des Teilnehmenden mit derjenigen der Forschenden verschwimmt und Interpretationen somit oft subjektiv durch die Forschenden gekennzeichnet sind (Ritschl et al., 2016). Es gibt eine Reihe an qualitativer **Interviewtechniken**. So kann man z.B. zwischen einem offenen und einem geschlossenen Interview unterscheiden. Diese beziehen sich auf die Freiheitsgrade innerhalb der Antworten der befragten Person. Bei einem offenen Interview kann die befragte Person ohne Antwortvorgaben frei Antworten was für sie in Bezug auf das Thema bedeutsam ist. Die Unterscheidung zwischen einem unstrukturierten und einem strukturierten, bzw. einem unstandardisierten und einem standardisierten Interview, bezieht sich auf die Freiheitsgrade der interviewenden Person. Bei einem unstrukturierten bzw. unstandardisierten Interview hat die interviewende Person keinen starren Fragenkatalog und kann Fragen und Themen je nach Interviewsituation frei formulieren. Eine weitere wichtige Unterscheidung ist die Wahl zwischen einem qualitativen und einem quantitativen Interview. Die Unterscheidung bezieht sich auf die Auswertung des Interviewmaterials. Die Auswertung eines qualitativen Interviews geschieht somit durch die Anwendung qualitativ-interpretativer Techniken (Mayring, 2016).

Im Rahmen der Forschungsfrage dieser Studie wurde sich für ein offenes, qualitatives, semistrukturiertes Leitfadeninterview in sieben Einzelerhebungen entschieden.

Die empfohlene Anzahl der Probandinnen und Probanden steht im Zusammenhang mit dem Strukturierungsgrad des Interviews. So heißt es bei Ritschl et al. (2016), je unstrukturierter ein Vorgehen ist, desto kleiner ist die Anzahl der Studienteilnehmenden (<30), je strukturierter vorgegangen wird, desto größer sollte die Anzahl dieser sein (≤100) (Ritschl et al., 2016). Der Strukturierungsgrad des Interviews der vorliegenden Forschung ist semistrukturiert, da sich gegen ein schwach strukturiertes narratives Interview und für ein stärker strukturiertes problemzentriertes Interview entschieden wurde. Bei einer narrativen

Interviewform wird die am Interview teilnehmende Person ganz frei ohne standardisierte Fragen zum Erzählen animiert. Das problemzentrierte Interview ist dagegen durch eine anhand des Forschungsinteresses vorab erarbeitete Problemstellung und einem daraus abgeleiteten Interviewleitfaden stärker strukturiert (Mayring, 2016).

Bei der Erstellung der Fragen des **Interviewleitfadens** sollte darauf geachtet werden, dass ein einfaches Einsteigen des Gegenübers möglich ist. Demnach sollte der Aufbau der Fragen vom einfachen zum komplexen Thema überführen, vom unpersönlichen zum persönlichen Inhalt überleiten und von Beschreibungen zu persönlichen Stellungnahmen übergehen (Flick, 2007). Die Fragen sollen möglichst offen formuliert werden und zum Erzählen anregen. Daher sollten geschlossene Fragen, sowie wertende Fragen, die etwas als positiv oder negativ bezeichnen und Suggestivfragen, die eine bestimmte Antwort vorschlagen, vermieden werden (Flick, 2007).

Die Themen des Leitfadens werden während des Interviews eingeführt und fungieren als Richtschnur für das Gespräch (Ritschl et al., 2016). Die interviewende Person lässt das Gegenüber dann möglichst frei antworten, um einem offenen Gespräch nahe zu kommen. Dennoch kommt die interviewende Person im Gesprächsverlauf immer wieder auf die Aspekte des Forschungsinteresses zurück (Mayring, 2016). Die Durchführung des Interviews mithilfe des Interviewleitfadens, sollte vor dem ersten eigentlichen Interview getestet werden. Dieser Pre-Test kann mit einer Person, die nicht mit dem Thema vertraut ist, geübt werden, zum Beispiel mit einer Freundin bzw. einem Freund oder einem Familienangehörigen. Dadurch können nicht ideal formulierte Fragen im Interviewleitfaden geändert werden (Ritschl et al., 2016). Grundsätzlich gilt für die Kommunikation in einem Interview, dass die interviewte Person möglichst viel und die interviewende Person möglichst wenig spricht. Dies beinhaltet aktives, empathisches Zuhören und eine gelegentliche umschreibende, nicht wertende Wiederholung des Gesagten, um zu signalisieren, dass man dem Gesagten folgt und um zu versichern, dass man es korrekt verstanden hat (Ritschl et al., 2016).

Während des Interviews sollten aufkommende Fragen notiert werden, damit der Redefluss nicht gestört wird. Außerdem sind Tonaufnahmen empfehlenswert. Dabei ist allerdings zu beachten, dass vorab eine schriftliche Einverständniserklärung der Teilnehmenden eingeholt werden muss. Die Tonaufnahmen unterstützen im Nachhinein die Auswertung des Interviews (Ritschl et al., 2016).

3.2.3 Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Die Analyse der Interviews ist angelehnt an die zusammenfassende Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung nach Mayring. Hierbei wird das Interviewmaterial in einem

Kategoriensystem erfasst und analysiert. Das Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist es, das Datenmaterial so zu reduzieren, dass durch Abstraktion ein überschaubarer Gegenstand geschaffen wird, welcher die wesentlichen Inhalte der Interviews und somit den Sinngehalt des Kernmaterials beinhaltet (Mayring, 2002). Das Grundprinzip einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist laut Mayring, „dass die jeweilige Abstraktionsebene der Zusammenfassung genau festgelegt wird, auf die das Material durch Einsatz der Makrooperatoren transformiert wird“ (Mayring, 2015, S.69). Diese Abstraktionsebene wird schrittweise verallgemeinert, wodurch die Zusammenfassung an sich immer abstrakter wird. Im Gegensatz zur *deduktiven Kategoriendefinition*, bei der theoretische Überlegungen das Auswertungsinstrument bestimmen, werden bei der *induktiven Kategoriendefinition*, welche hier angewandt wurde, keine im Voraus formulierten Theoriekonzepte einbezogen. Die Kategorien entstehen also rein aus dem Ausgangsmaterial, um alle individuell relevanten Inhalte einzubeziehen.

Abweichungen von Mayrings Form der Zusammenfassung und induktiven Kategorienbildung werden im späteren Verlauf, unter 3.3 “Vorgehen bei der Erhebung der Daten”, beschrieben. An dieser Stelle soll nun vorerst Mayrings **Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse** beschrieben werden.

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring verläuft in sieben aufeinanderfolgenden Schritten. Bei großen Textmengen können jedoch die Schritte zwei bis fünf in einem Schritt zusammengefasst werden. Die sieben Schritte werden nun etwas genauer erörtert:

(1) Bestimmung der Analyseeinheiten

Im ersten Schritt der Analyse sollen die Analyseeinheiten an sich bestimmt werden. Unter einer Analyseeinheit ist eine relevante Texteinheit zu verstehen, die im späteren Verlauf analysiert werden soll. Bei der Bestimmung dieser Analyseeinheiten gibt es drei Begriffe die es zu klären, beziehungsweise festzulegen gilt: Die **Kodiereinheit**, welche festhält welches der minimale Materialbestandteil ist der ausgewertet werden, beziehungsweise unter eine Kategorie fallen kann. Dies kann beispielsweise eine Proposition sein. Des Weiteren soll die **Kontexteinheit** bestimmt werden, welche im Gegensatz zur Kodiereinheit den maximalen Textbestandteil festlegt, der unter eine Kategorie fallen kann, also beispielsweise alles Material eines Interviews. Zuletzt ist die **Auswertungseinheit** zu nennen, welche festlegt, welche Textteile nacheinander ausgewertet werden. Beispielsweise könnte man hier den jeweiligen Zeitpunkt der Datenerhebung wählen (Mayring, 2015).

(2) Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen

Im zweiten Schritt soll der Inhalt des Transkripts nun auf eine einheitliche Form umgeschrieben, also paraphrasiert, werden. Hierbei werden irrelevante, sich wiederholende oder ausschmückende Worte oder Textstellen innerhalb der Analyseeinheiten weggelassen. Die Einheiten werden in diesem Schritt außerdem in eine grammatikalische Kurzform gebracht um die Lesbarkeit zu vereinfachen (Mayring, 2015).

(3) Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau

Im dritten Schritt soll zunächst das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion bestimmt werden. Als Abstraktionsniveau bezeichnet man "eine Ebene im Prozess der Begriffsbildung. Je höher das Abstraktionsniveau, desto allgemeiner ist ein Begriff, je niedriger, desto spezieller ist ein Begriff" (Stangl, 2019). Es bietet sich an, für die erste Reduktion ein möglichst geringes Niveau zu wählen, um im späteren Verlauf der Analyse das Abstraktionsniveau zu steigern. Durch die Festlegung verschiedener Abstraktionsniveaus im Verlauf der Analyse entsteht der oben bereits genannte induktive Prozess der Kategorienbildung, welcher vom Speziellen immer weiter hin zum Allgemeinen führt. Ist das Abstraktionsniveau für die erste Reduktion bestimmt, so können die Gegenstände der Paraphrasen auf das definierte Abstraktionsniveau generalisiert werden, sodass die alten Gegenstände in den Neu Formulierten impliziert sind. Prädikate werden auf gleiche Weise generalisiert und Paraphrasen, welche über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen, werden belassen (Mayring, 2015).

(4) Erste Reduktion durch Selektion, Streichen unbedeutender Paraphrasen
Als Schritt vier wird nun die erste Reduktion beschrieben, die Reduktion durch Selektion. In diesem Analyseschritt sollen bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten gestrichen werden, ebenso jene, die als nicht inhaltstragend erachtet werden. Paraphrasen, welche jedoch als zentral inhaltstragend gesehen werden, bleiben erhalten. Kommt es hier zu Unklarheiten oder Zweifelsfällen bei einzelnen Auswertungseinheiten, so können theoretische Vorannahmen zur Hilfe genommen werden (Mayring, 2015).

(4) Erste Reduktion durch Selektion, Streichen unbedeutender Paraphrasen

Im Anschluss an die Selektion folgt die Reduktion durch Bündelung. Hierbei sollen mehrere, sich aufeinander beziehende oder häufig vorkommende Paraphrasen zusammengefasst werden. Des Weiteren können Paraphrasen, welche mehrere Aussagen beinhalten, zu einem Gegenstand komprimiert werden. Paraphrasen mit „ähnlichem Gegenstand und

verschiedener Aussage“ (Mayring, 2015, S.72) sollen in einer Paraphrase zusammengefasst werden.

(6) Zusammenstellung neuer Aussagen als Kategoriensystem

Im Anschluss an die zweite Reduktion (Reduktion durch Bündelung) können die Aussagen in Kategorien zusammengefasst werden. Das Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse dar und ermöglicht anderen, die Analyse nachzuvollziehen. In den Kategorien sollen nach Möglichkeit die Ziele der Analyse konkretisiert werden (Mayring, 2015).

(7) Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Zuletzt muss das entstandene Kategoriensystem selbstverständlich am Ausgangsmaterial rück überprüft werden, um sicher zu stellen, dass die Kategorien auch den ursprünglichen Aussagen der Interviewteilnehmer entsprechen (Mayring, 2015).

Nachdem die Rücküberprüfung der Kategorien am Ausgangsmaterial erfolgreich stattgefunden hat, können die Ergebnisse hinsichtlich der Hauptfragestellungen interpretiert und weiter analysiert werden. Häufig aber ist das nun zugrunde liegende Kategoriensystem noch immer zu groß. Ist dies der Fall, so kann eine weitere Zusammenfassung stattfinden, indem ein höheres Abstraktionsniveau bestimmt und die nachfolgenden Schritte erneut durchlaufen werden. Dieser Prozess kann wieder und wieder durchlaufen werden, bis das Material ausreichend reduziert wurde (Mayring, 2015).

3.3 Vorgehen bei der Erhebung und Analyse der Daten

In diesem Kapitel soll das genaue Vorgehen im tatsächlichen Forschungsprozess beschrieben werden. Dazu zählt die “Rekrutierung der Teilnehmenden”, welche im Folgenden beschrieben wird. Außerdem wird die im Anschluss daran stattfindende “Planung und Durchführung der Interviews” unter 3.3.2 behandelt. Um alle Informationen des Interviews zu erfassen und in Schriftform zu bringen, folgt im Anschluss an die Durchführung der Interviews eine Transkription. Welche Regeln hierbei zu beachten sind und wie diese im Rahmen dieser Studie umgesetzt wurden, ist in Kapitel 3.3.3 zu lesen. Wie bereits im vorhergegangenen Kapitel theoretisch beschrieben, fand die Analyse der Daten angelehnt an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring statt. Wie genau der Analyseprozess dieser Studie ablief und welche Abweichungen von der Theorie stattfanden, wird unter 3.3.4 schrittweise erläutert.

3.3.1 Rekrutierung der Teilnehmenden

Um an der Studie teilzunehmen mussten die Teilnehmenden folgenden **Kriterien** entsprechen: sie sollten mindestens 18 Jahre alt sein, wenn möglich älter und die ergotherapeutische Behandlung sollte nicht mehr als drei Jahre zurückliegen.

Um potentielle Teilnehmende für die Studie zu rekrutieren, kontaktierten die Forscherinnen Autismus-Zentren in ganz Nordrhein-Westfalen. Außerdem wurden über Autismus-Foren, Selbsthilfegruppen und Ergotherapie-Foren Aufrufe gestartet. Leider konnten über diese Kanäle keine Teilnehmenden gefunden werden.

Drei Teilnehmende konnten schließlich durch Aufrufe in sozialen Netzwerken (Facebook) gefunden werden. Fünf weitere Personen, die den Kriterien entsprachen, meldeten sich auf einen Aufruf, der von "Heureka", dem partizipativen Autismusforschungsforum der LMU München weitergeleitet wurde, jedoch nahmen nur vier davon tatsächlich an der Studie teil.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und es wurde den Teilnehmenden freigestellt, ob das Interview in Form eines persönlichen Treffens, via Skype oder telefonisch durchgeführt werden sollte. Ein schriftlicher Austausch war nicht möglich, da dies nicht der gewählten Methode entsprochen und somit die Ergebnisse verfälscht hätte. Die Teilnehmenden wurden bereits im Erstkontakt per Mail darüber informiert, dass die Interviews aufgezeichnet und analysiert werden würden. Eine schriftliche Einverständniserklärung wurde per Mail und auf den Wunsch hin auch per Postweg an die Teilnehmenden versendet (Informed Consent). Für die Teilnehmenden bestand zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, die Teilnahme, oder das Interview zu beenden. Für Fragen standen die Forscherinnen jederzeit per Mail für die Teilnehmenden zur Verfügung, sowohl vor, als auch nach der Durchführung der Interviews.

3.3.2 Planung und Durchführung der Interviews

Um den **Interviewleitfaden** zu erstellen wurden vorerst Themengebiete festgelegt, welche erfragt werden sollten. Im Anschluss daran wurden Fragen gebildet, welche den jeweiligen Themen zugeordnet werden konnten (siehe Tabelle 6). Der vollständige Interviewleitfaden ist in Anlage I. zu finden.

Relevante Bereiche	Fragen
Bekanntheit der Ergotherapie	2, 4,
Transparenz	9, 10

Therapieinhalt	6, 7, 8, 13
Mehrwert / Erfolge / Effizienz	11, 12
Kontext	3, 5, 13
Kontakt / Beziehung	12, 14
Sonstiges	1, 15

Tabelle 6: Einordnung der Fragen des Interviewleitfadens in die relevanten Bereiche

Vor der Durchführung der Interviews wurde ein **Pre-Test** durchgeführt, um vermeintliche Fehler frühzeitig zu erkennen und die Fragen entsprechend anzupassen. Der Pre-Test wurde mit einer nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Testperson durchgeführt, damit sichergestellt werden konnte, dass die Fragen für Menschen mit ASS und den daraus entstehenden typischen Kommunikationsschwierigkeiten verständlich sind.

Demnach reflektierten die Forscherinnen nach Beendigung des Pre-Tests die Interviewsituation und den Interviewleitfaden. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Antworten der Testperson zu den in Tabelle 6 aufgeführten Themen passten, woraus geschlossen wurde, dass die Wahl und Formulierung der Fragen angemessen ist. Bei der Reihenfolge der Fragen wurden geringfügige Änderungen vorgenommen. Außerdem konnte für die weiteren Interviews mitgenommen werden, dass auf eine gewisse Begrenzung der Antworten geachtet werden muss und die Teilnehmenden gegebenenfalls auf den Fokus der Frage zurückgeführt werden müssen.

Um die Daten zu erfassen wurden sieben **semistrukturierte Interviews** geführt. Diese Form der Befragung wurde gewählt, da die interviewten Personen so die Möglichkeit haben, auf (Teil-)Fragen strukturiert zu antworten und dennoch genauer auf Fragen eingehen zu können, die ihnen wichtig erscheinen. Im Anschluss an die gestellten Fragen hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, weitere Aspekte, die ihnen wichtig erscheinen, einzubringen. Es fiel auf, dass, trotz der Durchführung des Pre-Tests, immer wieder Fragen individuell umformuliert werden mussten. Nach der Durchführung der ersten Interviews wurden daher verschiedene Versionen einer Frage niedergeschrieben, um im weiteren Verlauf ein Stocken des Gesprächs zu verhindern und bei Unverständnis der Frage auf eine alternative Formulierung zurückgreifen zu können.

Die Interviews wurden via Skype (ohne Bildübertragung) und in Form von Telefonaten geführt. Dies hat den Hintergrund, dass den Teilnehmenden frei gestellt wurde, ob die Interviews persönlich, telefonisch oder via Skype stattfinden sollen und sich den Wünschen der Teilnehmenden angepasst wurde. Dem Wunsch potentieller Teilnehmenden, die

Beantwortung der Fragen schriftlich durchzuführen, konnte leider nicht leider nicht zugestimmt werden, da dies zu einer Verfälschung der Forschungsergebnisse geführt hätte. Mit Einverständnis der Teilnehmenden wurden die Gespräche aufgezeichnet, um den Forscherinnen die Möglichkeit zu geben, diese zu transkribieren und zu analysieren.

3.3.3 Transkription der Daten

Transkription meint im folgenden Zusammenhang die Übertragung von gesprochener Sprache in eine schriftliche Fassung. So muss das mit einer Tonaufnahme aufgezeichnete Interviewmaterial zunächst wörtlich verschriftlicht werden, bevor es in den nächsten Schritten analysiert und ausgewertet werden kann (Mayring, 2016). Da in dieser Forschung die Teilnehmenden als Expertinnen und Experten für die Ergotherapieerfahrung bei erwachsenen Menschen mit ASS auftreten, steht hier die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund (Mayring, 2016). Bei der Transkription wurde sich daher, mit dem Ziel der besseren Lesbarkeit, für eine etwas vereinfachte Vorgehensweise entschieden, bei der die Übertragung größtenteils ins normale Schriftdeutsch stattfand. So wurden beispielsweise Füllworte wie „ähm“ oder „also“ sowie Wortdopplungen bewusst ausgelassen. Dialekte und Satzbaufehler wurden zum Teil bereinigt, da diese für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht relevant sind. Die Transkripte wurden zum Teil mit Unterstützung von Transkriptionssoftwares wie „Otranscribe“ erstellt. Daraufhin wurden sie kontrolliert, korrigiert und mit Zeilennummerierungen versehen.

3.3.4 Analyse der Daten

Wie bereits erwähnt, erfolgte die Analyse der Daten in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung, sodass das gesamte Material berücksichtigt wurde (Mayring, 2011). In diesem Kapitel soll nun das genaue Vorgehen bei der Analyse der Daten, die in den Interviews gesammelt wurden, dargelegt werden. Hierfür werden die sieben Schritte der Analyse nach Mayring erwähnt und eventuelle Abweichungen im Vorgehen beschrieben. Die Schritte eins bis sieben wurden für jedes Interview individuell durchgeführt. Erst im Anschluss an die Rücküberprüfung (7) fand eine weitere Zusammenfassung des Kategoriensystems unter Betrachtung aller Interviews statt.

(1) Bestimmung der Analyseeinheiten

Wie in Mayrings zusammenfassender Inhaltsanalyse üblich, wurden nachdem die Interviews geführt und transkribiert wurden, die Analyseeinheiten von der Forschungsgruppe gemeinsam festgelegt. Als **Kodiereinheit** wurden signifikante Worte festgelegt, da teilweise

bereits einzelne Worte eine enorme Bedeutung in sich tragen. Als **Kontexteinheit** wurden ganze Abschnitte des Transkripts eines Interviews gewählt und als **Auswertungseinheit** der jeweilige Erhebungszeitpunkt der Textstellen, der innerhalb der Experteninterviews Relevanz hatte.

Um, nach der Festlegung der Analyseeinheiten, prägnante Textstellen festzustellen, die im Anschluss paraphrasiert werden sollten, markierte jeweils die Forscherin entsprechende Textstellen, die das Interview zuvor transkribierte. Im Anschluss daran wurden die **Markierungen** von einer weiteren Forscherin überprüft. Auf diese Weise konnten Uneinigkeiten in der Relevanz von Analyseeinheiten bereits zu einem frühen Zeitpunkt festgestellt und geklärt werden.

(2) Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen

Im Anschluss an das Markieren der Textstellen wurde für das jeweilige Interview eine Tabelle erstellt. Auf der linken Seite wurden die Zitate aus dem Transkript sowie die Zeilennummerierung eingefügt und auf der rechten Seite fand die Paraphrase der jeweiligen Analyseeinheit Platz. Bei den ersten zwei Interviews fand die Paraphrasierung in der Gruppe der Forscherinnen statt. Jede relevante Textstelle wurde gemeinsam paraphrasiert und es wurde über die genaue Formulierung der einzelnen Paraphrasen gesprochen. Bei der Paraphrasierung der Analyseeinheiten wurde darauf geachtet, überflüssige Satzbausteine und starke Ausschmückungen wegzulassen. Beispielhaft ist eine solche Tabelle mit zwei Paraphrasen von TN6 hier abgebildet:

Zeile	Zitat	Paraphrase
28ff	Dann bin ich halt auch irgendwann...das ist ja auch mein Spezialinteresse geworden, Asperger. Ich war da auch wie besessen. Und dann hab ich irgendwann mal für Ergotherapie sozusagen erkundigt. Bei zwei verschiedenen Ergotherapeuten dann, auch so Stunden genommen oder wie sagt man, Einheiten gehabt.	Asperger als Spezialinteresse, hat sich daher über Ergotherapie informiert und dann Einheiten eingefordert
84ff	B: Achso ja da hab ich gedacht, jetzt mach ich doch mal ET, hab mich auch erkundigt im Internet. Also meine Ansprechpartner ist das Internet, also da hole ich meine Informationen.	Hat sich im Internet über Ergotherapie erkundigt und anschließend von Hausarzt und Psychiater Ergotherapie

	I: Das heißt da sind Sie in dem Fall selbst darauf gekommen, also selbst recherchiert und dann hat Ihr Arzt Ihnen das verordnet? B: Genau. Erst mein Hausarzt und dann mein Psychiater.	Verordnungen bekommen
--	---	-----------------------

Tabelle 7: Analyseschritt (2) - TN6 (B = befragte Person, I = Interviewende Person)

Da es bei der Paraphrasierung der Textstellen kaum zu Uneinigkeiten im Team kam, wurden die weiteren Interviews aus Gründen der Zeitersparnis von jeweils nur einer Forscherin durchgeführt. Im Anschluss daran kontrollierte die Forschungsgruppe die Paraphrasen und Änderungsvorschläge wurden eingebracht. Wenn es bezüglich der Paraphrase eines Satzes zu Uneinigkeiten kam, fand bereits hier eine Rücküberprüfung am Ursprungsmaterial, also dem Transkript, statt. Dies traf vor Allem dann zu, wenn Sätze unterbrochen und neue Sätze begonnen wurden. Im Anschluss an die Rücküberprüfung konnte gemeinsam eine Paraphrase gefunden werden, die den Inhalt möglichst genau wiedergibt.

(3) Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau

Sowohl die Bestimmung des Abstraktionsniveaus, als auch alle darauf folgenden Schritte wurden in der Forschungsgruppe gemeinsam bearbeitet. Bei der *Triangulation* der Forscherinnen im Rahmen der gemeinsamen Datenanalyse, sowie bei der anschließende Diskussion der Datenanalyse und der Ergebnisse, handelt es sich um eine Strategie zur Erreichung der Gütekriterien Glaubwürdigkeit (credibility) und Nachvollziehbarkeit (confirmability) (Höhl, 2016)

Das angestrebte **Abstraktionsniveau** für die erste Reduktion wurde wie folgt festgelegt: “Die individuelle Wahrnehmung der Therapie soll, auch in Hinsicht auf den Kontext in dem sie stattfand, von allen Teilnehmenden separat erfasst werden”.

Hinsichtlich des Abstraktionsniveaus wurden Paraphrasen mit ähnlichem Inhalt oder Thema zunächst in der ersten Tabelle farblich markiert, um anschließend entsprechend der Farben in eine zweite Tabelle kopiert zu werden. Ein Beispiel für die farbliche Markierung von Paraphrasen mit ähnlichem Thema ist in Tabelle 8 zu sehen:

Zeile	Zitat	Paraphrase
130f	Ergotherapie gegangen sind, diese Struktur im Alltag zu finden oder sich die zu schaffen.	besuchte ET, um Struktur im Alltag zu finden / sich diese zu erarbeiten
133f	meine Freundin die Macht immer Druck. Die war auch mal mit beim Ergotherapeuten, weil sie leidet da mehr drunter als ich.	Freundin war mit in ET, da diese mehr unter den Schwierigkeiten leidet als er selbst
148ff	B: Ja also die soziale Umgebung. Das wollt ich halt vor allen Dingen. Also, dass ich Pläne umsetzen kann. Erstmal Pläne entwickle und sie dann auch umsetzte und das dann auch kontinuierlich und das dann auch mit einem guten Gefühl. Also mit Erfolg. Das war so meine Zielsetzung in der ET	Ziel für die ET: Pläne entwickeln und umsetzen → vor allem hinsichtlich sozialem Kontext
156ff	weil der erste, den möchte ich gerne ausblenden, wenn das für Sie ok ist, weil da bin ich gar nicht zufrieden gewesen. Da habe ich nur so eine Art Gespräch und ich hatte da auch nicht groß Vertrauen in ihn. Oder habe ihn nicht so ernst nehmen können. Ich habe mich dann nur nicht früh genug lösen können, sonst hätte ich mich schon früher von ihm verabschiedet gehabt.	war mit erstem ET nicht zufrieden; hier fanden nur Gespräche statt; Vertrauen fehlte

Tabelle 8: Analyseschritt (3) - TN6

Eine **Generalisierung** in Mayrings Sinne fand nicht statt, vielmehr eine Zusammenstellung des Inhalts in Kombination mit den Schritten vier und fünf.

(4) Erste Reduktion durch Selektion, Streichen unbedeutender Paraphrasen

Wie bereits erwähnt fand dieser Schritt im Analyseprozess in engem Zusammenhang mit Schritt drei, der Generalisierung, und fünf, der Bündelung, statt. An dieser Stelle kommt die Spalte "Inhalt", der in (3) genannten Tabelle ins Spiel, welche in Schritt (5) auszugsweise dargestellt ist.

Wenige, für die zentrale Forschungsfrage irrelevante, Paraphrasen wurden gestrichen, zentral deutlich inhaltstragende Paraphrasen wurden direkt in die zweite Spalte "Inhalt" kopiert. Da das Transkript bereits bei der Markierung der relevanten Textstellen hinsichtlich der zentralen Fragestellung und der Kernfragen bearbeitet wurde, mussten an dieser Stelle nur wenige Paraphrasen gestrichen werden.

(5) Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau

In der Zusammenfassung der Analyseeinheiten war diese zweite Reduktion sicherlich zielbringender, als die Reduktion durch Selektion. Wie bereits erwähnt wurden zentral inhaltstragende Textstellen teilweise bereits im vorigen Schritt in die Spalte "Inhalt" kopiert. Im Rahmen der zweiten Reduktion wurde nun darauf geachtet, dass sich die Inhalte der weiteren Paraphrasen nicht wiederholen. In den meisten Fällen wurden sie daher gebündelt oder in einer neuen Paraphrase zusammengefasst. Die Bündelung, Konstruktion und Integration der ursprünglichen Paraphrasen zu neuen, zusammenfassenden Paraphrasen, welche in die Spalte "Inhalt" eingefügt wurden, sind hier beispielhaft anhand eines Auszuges der Analyse von TN6 zu sehen:

Paraphrase	Inhalt
- Asperger als Spezialinteresse, daher hat er sich über ET informiert und dann Einheiten eingefordert - hat sich im Internet über ET erkundigt und anschließend von Hausarzt und Psychiater ET Verordnungen bekommen	- Spezialinteresse Asperger - viel Internetrecherche (auch über ET) - Nachfrage beim Psychiater

Tabelle 9: Analyseschritt (5) - TN6

(6) Zusammenstellung neuer Aussagen als Kategoriensystem

Dieser Schritt fand in Form der Spalte "Kategorie" der zweiten Tabelle statt. Hinsichtlich des Inhalts der verschiedenen Paraphrasen wurden zunächst individuelle Kategorien für jedes Interview erstellt. Beispielhaft ist hier die Fortführung der vorigen Tabelle zu sehen:

Paraphrase	Inhalt	Kategorie
- Asperger als Spezialinteresse, daher hat er sich über ET informiert und dann Einheiten eingefordert - hat sich im Internet über ET erkundigt und anschließend von Hausarzt und Psychiater ET Verordnungen bekommen	- Spezialinteresse Asperger, - viel Internetrecherche (auch über ET) - Nachfrage beim Psychiater	Zugang 28ff, 84ff

Tabelle 10: Analyseschritt (6) - TN6

(7) Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Zuletzt wurden die entstandenen Kategorien eines jeden Interviews am Ausgangsmaterial rück überprüft. Aufgrund der stets präsenten Zeilennummerierungen konnte dieser Schritt problemlos stattfinden. Zeilen im Ausgangsmaterial, die in einer Kategorie deutlich werden, stehen daher stets in Klammern.

Nachdem die sieben Analyseschritte für jedes der sieben Interviews einzeln durchgeführt wurden, entstanden aus den Analysen der Interviews insgesamt 61 Kategorien. Um eine weitere Zusammenfassung dieser Kategorien zu erlangen wurden die Analyseschritte drei bis sieben wiederholt, bis der Inhalt der Interviews ausreichend zusammengefasst werden konnte.

Bevor jedoch ein neues Abstraktionsniveau bestimmt wurde, wurden zunächst die Kategorien, die bei mehreren Interviews entstanden, wie beispielsweise die Kategorien "Therapieinhalt" und "Kontext", inklusive der Paraphrasen, zusammengefügt. Kategorien mit ähnlichem Inhalt wurden ebenso zusammengeführt. Sie sollten im späteren Verlauf neu benannt werden. Nach Durchführung dieser Schritte blieben elf Kategorien übrig: Verständnis von Ergotherapie; Positive Erfahrungen; Negative Erfahrungen; Wünsche auf

Mikro-, Meso- und Makroebene; Zusätzliche Therapien; Alltagsschwierigkeiten; Beziehung; Anliegen / Ziele; Zugang; Therapieinhalte; Kontext.

Im Anschluss an das Zusammenfügen der Kategorien wurde das neue Abstraktionsniveau für die **weitere Zusammenfassung** bestimmt, welches wie folgt lautet: "Die Paraphrasen sollen einer weit umfassenden Beantwortung der Leitfragen dienen".

Mit der Betrachtung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau, wurde eine bestehende Kategorie ("Verständnis von Ergotherapie") gestrichen, da sie wenig Aussagekraft zur Beantwortung der Leitfragen hat und lediglich aus Paraphrasen eines Interviews bestand.

Die Paraphrasen der weiteren Kategorien wurden bei gleicher Bedeutung oder wenig Aussagekraft hinsichtlich des Abstraktionsniveaus gestrichen, bedeutende Paraphrasen wurden übernommen (Schritt 4: Selektion). Für Paraphrasen mit gleicher Bedeutung wurden neue Paraphrasen gebildet (Schritt 5: Bündelung).

Im Anschluss an die neue Paraphrasierung konnte eine deutliche Verbindung zwischen den Kategorien "Alltagsschwierigkeiten" und "Anliegen / Ziele" festgestellt werden, weshalb diese zur Kategorie "Anliegen und Ziele für die Ergotherapie" gebündelt werden konnten.

In der Kategorie "Therapieinhalte" hingegen wurde deutlich, dass es einen klaren Unterschied zwischen positiv erlebten und negativ erlebten Inhalten gab. Einige Paraphrasen der Kategorien "Positive Erfahrungen" und "Negative Erfahrungen" konnten nun den jeweiligen Therapieinhalten zugeordnet werden. Des Weiteren fielen Aspekte auf, die zu einer positiven Klient-Therapeut-Beziehung beitragen oder auch zu einer negativen Beziehung führen. Daher konnten auch in die Kategorie "Beziehung" Paraphrasen aus den Kategorien "Positive Erfahrungen" und "Negative Erfahrungen" eingeordnet werden.

Durch das Streichen, Bündeln und Zusammenfassen entstanden letztendlich sieben Kategorien, welche teilweise erneut, entsprechend der Paraphrasen und des Abstraktionsniveaus, umbenannt und am Ausgangsmaterial rück überprüft wurden. Um welche Kategorien es sich hierbei handelt und was diese unterscheidet wird im folgenden Kapitel genauer erläutert.

4 Resultate

Im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2011) konnte das Interviewmaterial in sieben Kategorien zusammengefasst werden.

Der Inhalt der jeweiligen Kategorien wird nachfolgend genauer erläutert. Hierbei wird Bezug auf das Datenmaterial der Interviews genommen. Auszugsweise werden Stellen der Zusammenfassung mit Zitaten untermauert. Diese werden als "TN" (Teilnehmende Person) bezeichnet, mit Zahlen von 1-7 versehen sowie mit der jeweiligen Zeilennummerierung des Transkriptes gekennzeichnet. Die Transkripte werden auf Anfrage zur Verfügung gestellt.



Abbildung 8: Das Kategoriensystem

(1) Zugang zur Ergotherapie

Diese Kategorie beinhaltet, wie die Teilnehmenden mit der ergotherapeutischen Behandlung in Kontakt kamen, bzw. von wem diese initiiert wurde.

Da eine Verordnung für die ergotherapeutische Behandlung für diese Klientel nur selten von ärztlicher Seite angesprochen und empfohlen wird, bei vielen Interviewteilnehmenden Eigeninitiative notwendig (TN7, Z.79f). Auf Grundlage von beruflichem medizinischen Hintergrund oder intensiver Auseinandersetzung mit der eigenen Diagnose, wurden die Teilnehmenden auf die Ergotherapie aufmerksam und forderten diese ein (TN1, Z.33; TN2, Z.30; TN6, Z.28ff). Einige Personen wurden durch Empfehlung anderer Instanzen des Gesundheitssystems oder durch das persönliche Umfeld auf diese Möglichkeit der therapeutischen Unterstützung hingewiesen (TN4, Z.39f, 63; TN5, Z.28ff).

Eine psychotherapeutische Behandlung, welche die meisten Teilnehmenden in Anspruch nehmen, wird nur in einem sehr begrenzten Rahmen von den Krankenkassen unterstützt. Auch dies ist ein Grund, weshalb sich einige Personen auf die Suche nach einer engmaschigen therapeutischen Begleitung machen und diese in der Ergotherapie finden (TN2, Z.331ff; TN4, Z.177f). "[Man] hat mit der Ergotherapie [...] zumindest eine Möglichkeit [...] als Autist mit den Beschränkungen dieses Gesundheitssystems umzugehen und trotzdem eine therapeutische Unterstützung zu erhalten, auch wenn die Krankenkassen eben leider [...] diese dringend notwendige Psychotherapie nur alle zwei Jahre wieder bewilligt" (TN2, Z.331ff).

Eine teilnehmende Person, welche die ASS Diagnose bereits im Kindesalter erhielt, wusste aufgrund von Behandlungen im Kindesalter, um die Möglichkeiten der ergotherapeutischen Unterstützung und forderte dies ebenfalls eigeninitiativ bei entsprechenden Schwierigkeiten ein (TN5, Z.43f).

(2) Anliegen und Ziele für die Ergotherapie

Die Teilnehmenden benannten in den Interviews viele Schwierigkeiten, die ihnen in ihrem alltäglichen Leben begegnen. Einige dieser Schwierigkeiten wurden von verschiedenen Personen immer wieder benannt und gehen oftmals mit den Symptomen einer Autismus-Spektrum-Störung einher. Unter anderem wurden Probleme in der Wahrnehmung und dem Ausdrücken der eigenen Gefühle genannt sowie Schwierigkeiten in der Körperkoordination und in der Wahrnehmung des eigenen Körpers (TN1, Z.18;19; 36f; TN7, Z.187f). Als weiteres Themenfeld wurden Einschränkungen in der sozialen Interaktion benannt (TN1, Z.77f; TN4, Z.55), welche sich teilweise in der Angst äußern, überhaupt das Haus zu verlassen: „Ich hab halt auch Ängste alleine nach draußen zu gehen“ (TN4, Z.55). Außerdem wurde eine Schwäche im Reizfiltervermögen, welche bei einigen Teilnehmenden zu *Overloads* führt, als besondere Einschränkung im Alltag dargestellt (TN1, Z.146f; TN7,

Z.200f). All diese Aspekte führen somit zu einem „[...] Spagat - und den muss man lösen [...]. Wenn ich mich für meine Welt entscheide, dann muss ich auf Kontakt und Zugehörigkeit verzichten [...]. Auf der anderen Seite [...] zähle [ich] mehr zu den Autisten, die sehr wohl in eine Gemeinschaft [...] wollen. Dann muss ich mich komplett [...] selbst verleugnen und das hält man auch nicht durch.“ (TN7, Z.248ff).

Genau diese problematischen Aspekte im Alltag der Teilnehmenden stellen auch einen Teil der Anliegen dar, welche sie in der ergotherapeutischen Behandlung angehen wollen: Die Förderung der Selbstwahrnehmung, der sozialen Interaktion und der Körperkoordination. Ebenso wurden einige weitere Anliegen und Ziele benannt. Dazu zählen die Verbesserung der Freizeitgestaltung (TN7, Z.399), die Förderung der Selbstständigkeit im Alltag (TN3, Z.121; TN7, Z.236) und der Wunsch nach Unterstützung im Kontext Arbeit (TN7, Z.301). Viele der Teilnehmenden wünschen sich eine Verbesserung der sozialen Interaktionsfähigkeiten und würden in diesem Zuge auch gerne Angehörige und Bezugspersonen in die ergotherapeutische Behandlung miteinbeziehen (TN1, Z.473ff; TN4, Z.144). Durch diesen Einbezug wünschen sich die Teilnehmenden ebenso, dass in ihrem Umfeld das Verständnis und die Akzeptanz für ihre Situation wächst. Zuletzt nannten die Teilnehmenden noch das Bedürfnis nach einer engmaschigen Betreuung in Form von Gesprächen und Austausch, die sie sich durch die ergotherapeutischen Behandlung wünschen (TN2, Z.331ff; TN4, Z.177f).

(3) Therapieinhalte

Diese Kategorie ist aufgeteilt in positive und negative Ergotherapieerfahrungen in den Kontexten Praxis und Klinik, von denen die Teilnehmenden im Rahmen der Interviews berichteten.

Ein ausführliches Vor- oder Aufnahmegespräch, eine anfängliche Testungen sowie das darauffolgende gemeinsame Entwickeln einer Zielsetzung benannten einige Teilnehmende als einen positiv empfundenen Start in die Behandlung (TN2, Z.140ff; TN4, Z.85; TN5, Z.113f).

Während des Therapieprozesses sei das Entwickeln von Checklisten und Plänen sowie einer kleinschrittigen Planung zur Erreichung konkreter alltäglicher Ziele mit einer anschließenden Reflektion sehr effektiv gewesen, um diese im Alltag umzusetzen (TN2, Z.180ff, TN6, Z.240ff). Für diesen Alltagstransfer erachten es einige Teilnehmende als hilfreich, wenn bei betätigungsbasierten Zielen Personen des sozialen Umfelds, wie z.B. die Ehepartnerin oder der Ehepartner oder ein Elternteil theoretisch oder tatsächlich mit in die Therapie einbezogen werden (TN2, Z.300ff; TN6, Z.133, 196ff). So berichtet TN6 bei der die Partnerin, eine Person des täglichen sozialen Umfeldes, stark in die Therapie miteinbezogen

wurde: „Die war auch mit beim Ergotherapeuten, weil sie leidet da mehr drunter als ich.“ (TN6, Z.133f).

Erfolgversprechend stellten sich auch das gemeinsame Erarbeiten von (Lösungs-)Strategien zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Reizminderung sowie der sozialen Interaktion dar. Hierzu zählten beispielsweise meditative Techniken, Yoga und Entspannungsübungen. Auch Neuro- und Biofeedback wurde in dieser Hinsicht von einigen Teilnehmenden als sehr förderlich beschrieben (TN4, Z.62, 69; TN6, Z. 228).

Einige Teilnehmende benannten eine Förderung der motorischen Funktionen sowie Alltagstipps und eine Hilfsmittelversorgung als besonders hilfreich (TN1, Z.150, 412f, 426f). Therapeutische Gespräche, welche im Rahmen der Behandlung stattfanden, wurden von allen Interviewteilnehmenden, beispielsweise hinsichtlich der Erarbeitung von Zielen, als konstruktiv empfunden (TN2: Z.131f, 331ff). Einige Teilnehmende berichten, dass Gespräche über alltägliche problematische Themen geführt wurden, während beispielsweise einer handwerklichen Tätigkeit nachgegangen wurde. Dies ermöglichte den therapeutischen Raum zu verlassen und auf Augenhöhe zu kommunizieren (TN5, Z.121ff; TN6, Z.376ff).

Als negative Inhalte der ergotherapeutischen Behandlung wurden fremdgesteuerte Aufträge empfunden, welche nicht mit der jeweiligen Klientin bzw. dem jeweiligen Klienten abgestimmt wurden (TN2, Z.77). Auch wurde berichtet, dass zwar das Entwickeln von Plänen in der Therapie als positiv erlebt wurde, jedoch die Umsetzung dieser im häuslichen Umfeld, aufgrund von fehlender intrinsischer Motivation und Gewohnheiten, häufig schwer fällt (TN6: Z.285ff, 309ff).

Ein weiterer negativ empfundener Aspekt war die Fokussierung der Therapeutinnen und Therapeuten auf handwerkliche Tätigkeiten. Dies wurde vor allem aus dem Klinikkontext berichtet (TN3, Z.36).

(4) Voraussetzungen für eine positive Klient-Therapeut-Beziehung

Eine positiv erlebte Klient-Therapeut-Beziehung ist laut den Interviewteilnehmenden eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der ergotherapeutischen Behandlung und dem Erarbeiten der persönlich festgelegten Ziele. Dabei sei ein freundliches und humorvolles Verhältnis (TN5, Z. 191f, 192f) auf Vertrauensbasis (TN5, Z. 191f, 192f; TN6, Z. 156ff, 201ff, 350f) und besonders auch auf Augenhöhe wichtig. So äußerte TN 6:

„ich hatte ja nur so Psychotherapieerfahrung, da gehen ja die Therapeuten immer so mit spitzen Fingern so mit einem um und das war ja da nicht so in der Ergotherapie. Da konnte man ja auch sozusagen den therapeutischen Raum so ein bisschen verlassen“ (TN6, Z. 376ff).

Allerdings sollte hier eine professionelle Distanz zwischen Therapeutin bzw. Therapeut und Klientin bzw. Klient gewahrt werden. „Ich weiß, dass ich immer [...] aufpassen muss, dass ich die Dinge nicht durcheinander bringe, dass nicht jemand der nett mit mir spricht, dann deswegen mein Freund ist. Also das ist meine Ergotherapeutin“ (TN2, Z. 308ff).

Des Weiteren sei den Interviewteilnehmenden eine gute und klare Kommunikation sowie eine strukturierte und enge Begleitung im Therapieprozess wichtig, was somit ebenfalls zu einer positiv erlebten Klient-Therapeut-Beziehung beiträgt.

Die Interviewergebnisse ergaben außerdem, dass die Therapien, in denen die Therapierenden die Klientin bzw. den Klienten als Individuum betrachtet und ressourcenorientiert vorgehen, als positiv und gewinnbringend erlebt wurden. Dabei sollte die Therapeutin bzw. der Therapeut flexibel und individuell auf den Klienten und seine aktuelle Situation eingehen (TN3, Z.120ff; TN6, Z.351f).

„Ich bin gern hingegangen ich hatte auch immer Lust irgendwas Neues zu erleben. Konnte mich auch drauf verlassen, dass er Ideen hatte, dass er sich Gedanken macht, dass er was entwickelt, dass er [...] wenn das eine nicht so läuft, [...] ne andere Geschichte da hat. Also ich hab auch gemerkt, dass es ihm Spaß macht, also das war mich auch wichtig“ (TN6, Z. 372ff)

(5) Langfristig erreichte Ziele

Innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung konnten die Teilnehmenden verschiedene Ziele erreichen und die gewonnen Kenntnisse nachhaltig im Alltag implementieren. Besonders häufig wurden dabei Verbesserungen im Bereich der Selbstwahrnehmung genannt, welche durch Alltagstipps und Strategieentwicklungen erreicht wurden: „[...] nehmen Sie doch ein schweres Armband. Bin ich selber nicht darauf gekommen aber deshalb war ich ja in der Ergotherapie“ (TN1, Z.411ff). Ebenso wurde eine Steigerung der sozialen Interaktionsfähigkeit wahrgenommen, welche allerdings nur durch den direkten Einbezug der Bezugspersonen erreicht werden konnte. Einige Teilnehmende nannten als erreichtes Ziel auch eine Verbesserung der Selbstversorgung im alltäglichen Leben (TN7, Z.65, 441f). All diese Faktoren führten dazu, dass die Teilnehmenden ihr Selbstvertrauen weiter aufbauen und eine Stressreduktion in ihrem Alltag wahrnehmen konnten (TN4, Z.42; 122f; 126f).

Neben diesen Zielen, welche die Teilnehmenden erreichen konnten, sprachen fast alle Personen davon, dass eine kombinierte ergotherapeutische und psychotherapeutische Behandlung als besonders zielführend sei. Die Ergotherapie stelle, im Gegensatz zur Psychotherapie, hierbei häufig eine engmaschige Betreuung dar (TN1, Z.119; TN4, Z.44ff; 177f; TN7, Z.147f).

(6) Kontext

Diese Kategorie beschreibt, in welchem Rahmen die ergotherapeutische Behandlung stattfand. Hierbei handelt es sich bei den meisten Interviewteilnehmenden um den Kontext der Ergotherapiepraxis, in dem die Behandlung meist ein- bis zweimal pro Woche stattfindet (TN2, Z.55f; TN4, Z.55; TN5, Z.70f, 128; TN6, Z.101ff). Auch im Kontext Arbeit wurden Ergotherapieerfahrungen gesammelt (TN7, Z.74f). Einige Teilnehmende lernten die Ergotherapie jedoch auch schon im Klinikkontext kennen, häufig im Rahmen der Behandlung von Komorbiditäten. In diesem Kontext fand die Behandlung oft in Gruppen statt, was als weniger zielbringend erlebt wurde (TN2, Z.62ff). TN3 erzählte hierzu: “[Die] Massenabfertigung in Kliniken, die ist [...], gerade für Autisten, total kontraproduktiv” (TN3: 249ff).

Die Dauer der ergotherapeutischen Behandlung der Teilnehmenden variiert stark. Teilweise wurden nur 10 Wochen Ergotherapie erlebt, bei anderen dagegen erstreckte sich die Therapiedauer über mehrere Jahre. Einige Interviewteilnehmende äußerten außerdem den Wunsch lebenslang ergotherapeutische Unterstützung zu erhalten (TN2, Z.154ff). Viele der Teilnehmenden befinden sich parallel zur Ergotherapie auch in psychotherapeutischer Behandlung oder haben mit dieser Kombination bereits positive Erfahrungen gesammelt (TN2, Z.31ff; TN6, Z.376ff).

Bei einigen Teilnehmenden wurden, im ambulanten Setting, Personen des persönlichen Umfelds theoretisch mit einbezogen, was als wichtig erachtet wurde. Der direkte Einbezug von Partnern wurde besonders positiv erlebt (TN2, Z.300ff; TN5, Z.173f; TN6, Z.133f, 196ff). Es wird deutlich, dass eine partnerschaftliche Klient-Therapeut-Beziehung sowie eine Transparenz in der Behandlung und eine klientenzentrierte Herangehensweise als bedeutungsvoll erlebt wurden. Auch die Spezialisierung der Therapeutin oder des Therapeuten, auf das Themengebiet ASS, wurde von den Teilnehmenden besonders geschätzt (TN4, Z.135, 149,150; TN5, Z.136; TN6, Z.364ff).

(7) Wünsche an die Gesellschaft und weitere Instanzen

Während der Interviews wurde deutlich, dass die Teilnehmenden nicht nur persönliche Ziele und Anliegen haben, sondern auch Veränderungswünsche an die Gesellschaft, damit ihnen die *Partizipation* im alltäglichen Leben besser gelingt. Somit wünschen sich einige Teilnehmende eine autistische Kultur, in der sie als Person von der Bevölkerung und der Politik besser verstanden, akzeptiert und unterstützt werden (TN7, Z.543f). Damit geht auch der Wunsch nach mehr Unterstützung und Möglichkeiten für Menschen mit ASS auf dem ersten Arbeitsmarkt einher (TN7, Z.40, 386ff). Viele der Teilnehmenden hätten sich gewünscht, bereits im Kindesalter eine frühe individuelle Förderung zu erhalten. Vom

Gesundheitssystem wünschen sich die Teilnehmenden, dass der Zugang zur ergotherapeutischen Behandlung erleichtert wird, die Bekanntheit steigt und Menschen mit ASS die Möglichkeit haben eine dauerhafte therapeutische Unterstützung zu erhalten. So äußerte TN2: „ich bräuchte eigentlich ne lebenslange Assistenz die mir die Welt übersetzt. [...]. Psychotherapie ist halt auch leider keine Dauerlösung, also hab ich mir dann gedacht, ist es vielleicht ne Ergotherapie“ (TN2:153f) und TN5 äußerte hierzu: „dass so viele Autisten sowas gar nicht haben und total abgehen und wo ich mir denke [...], die müssten sowas haben. Die haben die Möglichkeiten teilweise gar nicht“ (TN5, Z.205).

5 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit den zuvor dargestellten Inhalten des theoretischen Hintergrundes zusammengeführt und diskutiert. Dies geschieht hinsichtlich der drei Leitfragen, die in Kapitel 1.2 “Fragestellung und Zielsetzung” dargestellt wurden und teilt sich somit auf in die Unterkapitel “Mehrwert der Ergotherapie”, “Interventionen”, “Klient-Therapeut-Beziehung” sowie “Zusätzlich gewonnene Informationen”.

Neben Autorinnen und Autoren von ergotherapeutischen und medizinischen Werken wird in diesem Kapitel auch auf Aussagen der Interviewteilnehmenden verwiesen. Diese werden mit “TN1” bis “TN7” sowie der jeweiligen Zeilennummerierung des Transkriptes gekennzeichnet.

5.1 Mehrwert der Ergotherapie

Um zu erkennen, welchen Mehrwert die Interviewteilnehmenden aus der ergotherapeutischen Behandlung ziehen konnten, ist zunächst kurz auszuführen, mit welchen Anliegen beziehungsweise mit welchen Zielen sie in die Behandlung kamen. Häufig handelte es sich hierbei um Herausforderungen, welche aus den bereits im theoretischen Hintergrund festgehaltenen Symptomen resultieren (DIMDI, 2018.; ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2019). Schwierigkeiten der Interviewteilnehmenden liegen beispielsweise darin, Emotionen wahrzunehmen und zu äußern (TN1, Z.18) sowie in der verbalen und nonverbalen sozialen Interaktion (TN1, Z.77f). Auch werden Probleme benannt, die durch ein reduziertes Reizfiltervermögen entstehen. Die Herausforderung, eine passende Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden, in welcher die Anforderungen angemessen - also weder unterfordernd, noch aufgrund der Arbeitsumstände überfordernd - wurde von einigen Teilnehmenden als weiteres Anliegen für die ergotherapeutische Behandlung benannt (TN2, Z.71ff; TN7, Z.40, 281f, 288ff).

Einige Teilnehmende berichteten davon, dass in der Therapie an konkreten selbst gesetzten Zielen, wie beispielsweise dem Verfassen von E-Mails, gearbeitet wurde. Dieses Top-Down-Vorgehen (Fisher & Dehnhardt, 2014) stellte im Alltag bei vielen Teilnehmenden eine Erleichterung dar. “So schreib ich jetzt auch meine E-Mails” (TN2, Z. 173ff) kommentierte TN2 die Frage nach der **Implementierung in den Alltag**. Das Erstellen von Checklisten oder Plänen, um die *Performanz* bei der Durchführung bestimmter Tätigkeiten zu verbessern, wurde von vielen Teilnehmenden als Inhalt der Therapieeinheiten genannt und als hilfreich erlebt. Jedoch wurde auch deutlich, dass aufgrund von jahrelanger *Habitation*

die Umsetzung dieser Pläne im häuslichen Umfeld schwer ist (TN6, Z. 287f, 309ff). Schaut man in diesem Bezug auf die *sechs Säulen der Ergotherapie* (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Saenger, 2017), so werden hier vor allem die betätigungsbasierte und klientenzentrierte Säule deutlich.

Doch auch weniger betätigungsorientierte *Interventionen* und ein Bottom-Up-Vorgehen der Therapeutinnen und Therapeuten wurden im Alltag als lohnend erlebt. So erzählte eine teilnehmende Person beispielsweise davon, dass sie Entspannungsübungen gut in ihrem Alltag implementieren und daher besser mit stressigen Situationen umgehen kann (TN4, Z.105f). Auch Übungen und Hilfsmittelberatung zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und -funktionen seien nützlich (TN1, Z.143f).

Langfristig erreicht und als sinnvoll erlebt wurden Ziele, die als betätigungsorientiert bezeichnet werden können, orientiert an den *AOTA-Leitlinien* (2016) also bezüglich des Themenbereichs I. (Freizeit, Kommunikation) und des Themenbereichs III. (ADL, IADL). Aber auch wahrnehmungsbasierte Ziele des Themenbereichs II. (Sensorische Integration) wurden erreicht. Eine genauere Betrachtung und Diskussion der erlebten Interventionsmethoden, vor Allem hinsichtlich des zeitgenössischen Paradigmas, findet im weiteren Verlauf statt.

Als deutlicher Mehrwert wurde der **Einbezug des unmittelbaren sozialen Umfelds** geschildert. Hierbei handelt es sich sowohl um den direkten Einbezug von Partnerinnen und Partnern in Form der *Klientenkonstellation* (Fisher & Dehnhardt, 2014), als auch um den theoretischen Einbezug des sozialen Umfeldes, welches bei der Erreichung von Zielen und der Verbesserung des *Performanzvermögens* unterstützend sein kann. Auch Teilnehmende, bei denen das soziale Umfeld nicht in die Behandlung einbezogen wurde, äußerten auf Nachfrage, dass sie sich diese Vorgehensweise hilfreich und wünschenswert vorstellen. Die lokalen und sozialen Anteile des Umfelds, die im MOHO beschrieben werden, fanden bei den Interviewteilnehmenden keinen Raum im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung.

Teilweise wurde die Therapie als alternative Behandlungsmöglichkeit zur Psychotherapie gesehen, da die Gespräche “[...] sich eigentlich qualitativ überhaupt nicht von den Gesprächen bei dem Psychotherapeuten [unterscheiden]” (TN2, Z.131f). Einige Teilnehmende berichteten, dass sie sich im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung eine dauerhafte Begleitung wünschen.

Insgesamt berichteten die Teilnehmenden häufig davon, dass sie die Begegnung auf Augenhöhe im Kontakt mit der behandelnden Ergotherapeutin oder dem behandelnden -therapeuten als sehr positiv erleben (TN2: Z.131f, 331ff; TN5, Z.121ff; TN6, Z.376ff). Einige berichteten, dass das so entwickelte Vertrauen eine gute Basis für ein gemeinsames Erarbeiten der Ziele darstellt. Ausführlich diskutiert wird die Klient-Therapeut-Beziehung in Kapitel 5.3.

5.2 Die Interventionen und das zeitgenössische Paradigma

Durch die Analyse des Datenmaterials konnte festgestellt werden, dass einige erwachsene Personen mit ASS eine ergotherapeutische Behandlung einfordern und sich das Wissen, um ihren Anspruch darauf, selbst aneignen. Die Klientin bzw. der Klient ist also sehr eigenverantwortlich und ergreift selbst die Initiative. Dies spiegelt die gesellschaftlich erkennbare **Empowerment-Bewegung** wieder. Die Klientel übernimmt selbst Verantwortung und verlässt sich nicht allein auf die Meinung der Fachkundigen. Auch wird hier das power-sharing der Ärztinnen und Ärzte deutlich, welche sich somit darauf verlassen, dass die Menschen selbst Expertin oder Experte ihrer selbst sind und zu einem gewissen Maße wissen und einfordern, welche Therapiemöglichkeiten für sie am besten sind.

Wie bereits beschrieben, konnten bezüglich der Alltagsschwierigkeiten und den daraus resultierenden Anliegen und Ziele für die Ergotherapie viele Aspekte dessen wiedergefunden werden, was durch den theoretischen Hintergrund bereits an Symptomen und Schwierigkeiten dieser Klientel herausgearbeitet wurde. Auch in der AOTA-Leitlinie (2016) werden bereits viele dieser Anliegen benannt: Fähigkeiten der sozialen Interaktion, *Partizipation* am Arbeitsplatz, fein- und grobmotorische Fertigkeiten sowie die sensorische Verarbeitung. Aspekte wie die bessere Akzeptanz der eigenen Person im persönlichen Umfeld und die Stressreduktion wurden in dieser *Leitlinie* allerdings nicht beschrieben, konnten bei erwachsenen Menschen mit ASS aber als wichtiges Themengebiet herausgestellt werden. Insbesondere die Akzeptanz der eigenen Person im persönlichen Umfeld ist ein sehr aktuelles Thema, wie es sich auch an der *Autistic Pride* Bewegung erkennen lässt (Awareness Days, 2018). Menschen mit ASS stellen somit ihre Ressourcen in den Vordergrund und möchte dies auch nach außen tragen. Auch das MOHO beschreibt die Kraft der Umwelt und die gegenseitige Beeinflussung dieser mit dem Menschen, seiner *Volition*, *Habitation* und *Performanzvermögen* (Lee & Kielhofner, 2017). Bezogen auf die ergotherapeutische Behandlung beschrieben die Teilnehmenden diesbezüglich jedoch keine

Interventionen, was bedeutet, dass die Säule der *Populationsbasierung* bei der Behandlung dieser Teilnehmenden keinen Anklang gefunden hat.

Bezüglich der Therapieinhalte wurde festgestellt, dass die Teilnehmenden eine große Bandbreite an **unterschiedlichen Interventionserfahrungen** mitbringen und sich diese im Laufe der Behandlung einer Person immer wieder verändern. Als besonders positiv wurden dabei verschiedene Interventionsmöglichkeiten beschrieben, in denen sehr klientenzentriert vorgegangen wird. Dies führte bei den Teilnehmenden zu dem Gefühl besonders gut verstanden zu werden und Unterstützung in ihren Anliegen zu bekommen. Die Bedeutsamkeit einer guten Klient-Therapeut-Beziehung wird im nachfolgenden Abschnitt vertiefend thematisiert.

Viele Teilnehmende berichteten, dass innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung **Pläne und Checklisten** erarbeitet wurden, anhand welcher die Person einen besseren Überblick über die Schwierigkeiten und die Schritte der Problemlösung erlangt (TN2, Z.300ff; TN6, Z.133, 196ff). Diese Art der *Intervention* fällt in den der AOTA *Leitlinie* (2016) beschriebenen Bereich der *Interventionen* für die „*Performanz* von ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens), IADLs (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) und Arbeit“ und wurde von den Teilnehmenden als sehr positiv und hilfreich wahrgenommen (TN2, Z.180ff). In diesem Themenbereich der *Leitlinien* wird der *CO-OP* Ansatz genannt, welcher eben diese Strategie verfolgt: Ein Ziel zu setzen, den Lösungsweg zu planen, ihn durchzuführen und zu überprüfen (Polatajko & Mandich, 2008). Der *CO-OP* Ansatz wurde von keinem der Teilnehmenden als genutzte Interventionsmethode innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung beschrieben. Somit werden zwar die Inhalte des *CO-OP* Ansatzes, jedoch in abgewandelter Form, angewandt. Auf die Anwendung dieses konkreten Ansatzes wird allerdings verzichtet. Trotzdem konnten ausschließlich Erfahrungen erfasst werden, die als hilfreich zur Zielerreichung aufgefasst wurden: „[...] da hab ich dann immer mit ihm abgemacht [...] was dann jetzt passieren soll [...]. Und das hat er dann immer kontrolliert, also abgefragt. Und naja also so ganz gut lief es dann nicht. Also was mich betrifft. Also das Einhalten von diesen ganzen Plänen da betrifft. Aber wir haben das dann halt so immer wieder besprochen. [...] Es war immer ein wichtiges Thema. [...] Wo fang ich an, was ist das Wesentliche? Halt Schritte. Das war schon also immer Thema.“ (TN6, Z.238ff). An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die Anwendung des evidenzbasierten *CO-OP* Ansatzes eine Fortbildung des therapeutischen Fachpersonals erfordert und somit natürlich auch einen wirtschaftlichen Aufwand darstellt. Sowohl das Vorgehen nach *CO-OP*, als auch das freie Erstellen von Plänen, kann nach dem OTIPM als *betätigungsfokussiertes* Vorgehen bezeichnet werden und behandelt die Betätigung auf theoretischer Ebene (Fisher, 2014).

Einige Anliegen der Teilnehmenden waren außerdem bezogen auf die Verbesserung der **Selbstwahrnehmung** und der **Reizverarbeitung**. Diese Anliegen befinden sich eher auf der

Körperfunktions- als auf der Partizipationsebene und wurden auch auf dieser Ebene bearbeitet (TN4, Z.62, 69; TN6, Z. 228). Dies widerspricht dem zeitgenössischen Paradigma zwar in dem Punkt der Betätigungsorientierung, spiegelt jedoch die *Klientenzentrierung* wieder. In diesen Bereichen wurde, angelehnt an das MOHO, dennoch die *Performanzvermögen* beeinflusst und verbessert, sodass die Teilnehmenden in einigen Bereichen ihres Alltags Veränderungen wahrnehmen konnten (Lee & Kielhofner, 2017). Die Teilnehmenden schätzten und wünschten in diesem Fall das Bottom-Up Vorgehen (Fisher & Dehnhardt, 2014), welches bei den Körperfunktionen beginnt, um dann zu der Betätigung und der *Partizipation* zu gelangen.

Einen anderen Teil der ergotherapeutischen Behandlung stellte für einige Teilnehmende eine **Hilfsmittelberatung** sowie –versorgung dar (TN1, Z.150, 412f, 426f). Im Rahmen dieser wurden, unerwarteter Weise, lediglich analoge Hilfsmittel verwendet. Mit *immersiver Technik* hatte niemand der Teilnehmenden Erfahrungen gesammelt, was zeigt, dass die Säule der *Technologiebasierung* noch viel Potential bietet, die Therapieinterventionen zeitgenössischer zu gestalten. Dennoch konnten die Teilnehmenden aus den beschriebenen Hilfsmitteln einen Mehrwert ziehen.

Als der wohl wichtigste und am meist beschriebene Teil der ergotherapeutischen Behandlung stellten sich **Gespräche** heraus, bei denen die Klientel auf Augenhöhe ihren Alltag und ihre Probleme besprechen können (TN2: Z.131f, 331ff; TN5, Z.121ff; TN6, Z.376ff). Diese Art der *Intervention* ist zwar nicht betätigungszentriert, dennoch aber sehr klientenzentriert und wichtig, um eine gute Therapeut-Klient Beziehung zu schaffen. Der genutzte *Bezugsrahmen* in dieser *Intervention* ist der psychosoziale (Hagedorn, 2001). Es geht darum auf kognitiver und emotionaler Ebene Alltagsprobleme zu bearbeiten und zu besprechen. Für besonders viele der Teilnehmenden stellte dies einen Ersatz für die psychotherapeutische Betreuung dar, welche nur selten in Anspruch genommen werden kann.

Der **Einbezug des sozialen Umfelds** wurde von einigen Teilnehmenden beschrieben, allerdings meist auf einer theoretischen Ebene. Dass diese Personen auch wirklich in den Therapieeinheiten anwesend waren, wurde zwar als Wunsch beschrieben, jedoch nur bei einem der Teilnehmenden umgesetzt. Es wird somit versucht die Säule der *Kontextbasierung* einzubeziehen und umzusetzen. Da der Wunsch der Teilnehmenden zu diesem Schritt geäußert wurde, sollte dies ebenso im Rahmen der *Klientenzentrierung* Raum innerhalb der Therapie finden.

Neben all diesen positiven und hilfreichen Erfahrungen schilderten die Teilnehmenden allerdings auch einige **negative Erfahrungen** innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung. Hierbei wurden Dinge genannt, wie fremdgesteuerte Aufträge (TN2, Z.77) und die starke Fokussierung auf handwerkliche Tätigkeiten (TN3, Z.190). Diese Erfahrungen

widersprechen stark dem zeitgenössischen Paradigma mit seinen Schwerpunkten der *Klientenzentrierung* und *Betätigungsbasierung*. Die Teilnehmenden fühlten sich innerhalb dieser therapeutischen Settings nicht gut verstanden und konnten keinen Mehrwert für ihren Alltag erkennen. Auch die Aspekte des MOHO, die *Volition*, *Habitation* und *Performanzvermögen*, wurden hier außer Acht gelassen (Lee & Kielhofner, 2017).

Es lässt sich festhalten, dass die Teilnehmenden eine Vielzahl an unterschiedlichen Therapieerfahrungen gesammelt haben, wobei jede, beziehungsweise jeder von ihnen unterschiedliche Schwerpunkte und Anliegen äußerte. Viele der gesammelten Erfahrungen waren für die Menschen hilfreich und positiv. Zwar lassen sich nicht in jeder der beschriebenen Erfahrung alle Aspekte des zeitgenössischen Paradigmas der Ergotherapie wiederfinden, doch aber ist in jeder positiven Erfahrung ein gewisser Anteil des aktuellen Paradigmas zu sehen. Als besonders wichtiger und auch stark vorherrschender Punkt stellte sich die **Klientenzentrierung** heraus. Die negativen Erlebnisse innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung ließen alle auf eine fehlende *Klientenzentrierung* schließen und demnach fühlten sich die Teilnehmenden in diesen Situationen nicht verstanden und konnten keine Ziele erreichen.

5.3 Die Klient-Therapeut-Beziehung

Die ergotherapeutische Säule der **Klientenzentrierung** spielt auch in der Klient-Therapeut-Beziehung eine wichtige Rolle um Vertrauen und Wohlbefinden in der Therapie zu erreichen. Der Klient fühlt sich dadurch wertgeschätzt und in seinen Problemen ernst genommen. Nur mit einer positiven Klient-Therapeut-Beziehung als Basis lässt sich gemeinsam an Inhalten und Zielen der Ergotherapie arbeiten. Für eine positiv empfundene Klient-Therapeut-Beziehung ist es wichtig, dass die Therapeutin oder der Therapeut die Klientel nicht verallgemeinert. Insbesondere durch die unterschiedlichen Symptome, Ausprägungen und Schweregrade im Autismus Spektrum, lässt sich die Gruppe an Menschen mit ASS nicht pauschalisieren. Es ist daher wichtig, dass die Klientin oder der Klient als Individuum betrachtet wird und in seinen **individuellen Ressourcen** gestärkt wird. Dabei kann z.B. eine Betrachtung durch die MOHO Brille hilfreich sein, womit das ergotherapeutische Fachpersonal die Klientel als Individuum mit persönlichen Eigenschaften in *Volition*, *Habitation*, *Performanzvermögen* und in seiner Umwelt sieht (Lee & Kielhofner, 2017).

Die Interviewresultate zeigen, dass Therapiesituationen, in denen individuell auf die Bedürfnisse, Wünsche und Eigenschaften der Klientel eingegangen wird, zu einer positiven Bewertung der Klient-Therapeut-Beziehung beiträgt und die Klientel somit gerne und motiviert an der Therapie teilnimmt. Dazu gehört auch ein freundlicher, humorvoller (TN5, Z. 191f, 192f) und wertschätzender Umgang auf Augenhöhe (TN2: Z.131f, 331ff; TN5, Z.121ff;

TN6, Z.376ff). Diesen Umgang schätzt die Klientel sehr, da auf dieser Ebene eine **Vertrauensbasis** geschaffen werden kann, die für den Erfolg der Therapie eine große Rolle spielt (TN5, Z. 191f, 192f; TN6, Z. 156ff, 201ff, 350f).

Eine Begegnung auf Augenhöhe ermöglicht zudem eine Therapie im Sinne des **Empowerments**, bei der sich das therapeutische Fachpersonal und die Klientel die Verantwortung für die medizinischen Versorgung bzw. für den ergotherapeutischen Prozess gleichermaßen teilen (CAOT, 2002). In den Interviews wurde deutlich, dass Ergotherapieerfahrungen als negativ bewertet wurden, wenn dieser *Empowerment*-Gedanke keine Rolle spielte indem die das ergotherapeutische Personal entweder alleiniger Wortführer über Therapieinhalt und -prozess war, oder wenn die Verantwortung komplett der Klientel überlassen wurde. In beiden Fällen fühlten sich die Personen unwohl und überfordert, was zu einem frühzeitigen Therapieabbruch führte und zum Teil Angst vor weiteren Therapien hervorrief (TN2, Z.77; TN5, Z.121ff).

Daher kann festgestellt werden, dass Menschen mit ASS eine klare Struktur und eine enge Begleitung in der Therapie benötigen, sie allerdings auch die Freiheit haben müssen die eigenen Wünsche und Anliegen auszudrücken und in den Fokus zu rücken. Die Erfahrungen dieser Teilnehmenden zeigen, dass dies in Einzeltherapie besser umgesetzt wird als in Gruppentherapie.

Mitbestimmen sollte die Klientel zudem den Umfang sowie Art und Weise der zwischenmenschlichen Beziehung. Dies spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle in der Therapiezufriedenheit. Während viele Interviewteilnehmende einen fast freundschaftlichen Umgang als sehr wertvoll erachteten, schilderten andere Teilnehmer, dass es ihnen lieber sei, wenn eine gewisse Distanz beibehalten wird (TN2, Z. 308ff).

Auf Basis der in den DSM-V und ICD-10 beschriebenen Schwierigkeiten für Menschen mit ASS in der sozialen Interaktion und dem Deuten von menschlichem Verhalten (Swedo, 2013; DIMDI, 2018), haben sich einige Menschen mit ASS eingeprägt einen freundlichen Umgang vorsichtig zu interpretieren und haben gelernt, „dass nicht jemand der nett mit mir spricht, dann deswegen mein Freund ist“ (TN2, Z. 308ff). Somit sollte das ergotherapeutische Fachpersonal auf eine professionelle Beziehung und ein **angemessenes Nähe-Distanz-Verhältnis** achten.

Zudem stellte sich heraus, dass viele der Teilnehmenden die Klient-Therapeut-Beziehung als positiv bewerteten, wenn ihre Therapeutin oder ihr Therapeut auf das Autismus Spektrum spezialisiert war und bereits Erfahrungen mit dieser Personengruppe hatte. Bezüglich der Menschen mit ASS die in der Gesellschaft häufig auf Unverständnis, Missverständnis und Vorurteile stoßen, ist es nachvollziehbar, dass sie es als angenehm und hilfreich empfinden, wenn sie auf therapeutische Unterstützung stoßen, welche sich mit den typischen Besonderheiten und Schwierigkeiten einer Autismus-Spektrum-Störung auskennt. So

können die Kenntnisse einer **Spezialisierung** auch beispielsweise zu einer besseren Kommunikation beitragen, da das therapeutische Personal darauf achtet Aussagen so präzise wie möglich zu formulieren und doppeldeutige, sarkastische oder ironische Bemerkungen zu vermeiden.

5.4 Zusätzlich gewonnene Informationen

Viele der Teilnehmenden beschrieben im Hinblick auf den Zugang zur ergotherapeutischen Behandlung, dass sehr viel **Eigeninitiative** notwendig war, um diese zu erhalten und von ihrer Ärztin oder von ihrem Arzt verordnet zu bekommen (TN1; Z.33; TN2, Z.30). Nur selten wurde diese Art der Unterstützung von ärztlicher Seite empfohlen, allein eine Person, welche bereits seit dem Kindesalter in ergotherapeutischer Behandlung ist, berichtete hiervon (TN5, Z.43f). Dies macht deutlich, weshalb viele der erwachsenen Menschen mit ASS keine ergotherapeutische Unterstützung erhalten. Allerdings wirft es auch die Frage auf, warum Ergotherapie von ärztlicher Seite nicht häufiger empfohlen wird, obwohl die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass erwachsene Menschen mit ASS von dieser Unterstützung profitieren. Diese Resultate können auch als Aufforderung an die ergotherapeutische Profession gesehen werden, die ergotherapeutische Arbeit publikler zu machen, sowohl bei Personen im ärztlichen Dienst, als auch in der Gesellschaft.

Neben den Ergebnisse, die zur Beantwortung der Forschungsfrage gewonnen wurden, sollten die Teilnehmenden außerdem die Möglichkeit erhalten noch weitere, für sie relevante Aspekte, anzumerken. Durch diese sehr offene Aufforderung vertieften einige Teilnehmende nochmals bereits angesprochene Thematiken, einige andere hingegen äußerten weitere **Wünsche** an die Gesellschaft oder das Gesundheitssystem. Viele der Teilnehmenden thematisierten den Wunsch nach einer Unterstützung, welche die individuelle Ebene (Mikroebene) übersteigt. Dieser Wunsch reichte von mehr Unterstützung am Arbeitsplatz, bzw. im Kontext Arbeit (TN7, Z.40, 386ff), bis hin zu einer Unterstützung auf gesellschaftlicher Ebene (TN1, Z.480f). Diese Wünsche der Teilnehmenden richteten sich zwar nicht konkret an die Ergotherapie, könnten aber in diesem Rahmen einen Platz finden. In den *Säulen der Ergotherapie* wird in dieser Hinsicht sowohl die *Kontextbasierung*, als auch die *Populationsbasierung* beschrieben (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Saenger, 2017).

6 Schlussfolgerung

Abschließend werden die diskutierten Ergebnisse auf die ergotherapeutische Praxis übertragen und Stärken sowie Limitationen dieser Forschungsarbeit werden aufgezeigt.

6.1 Theorie-Praxis-Transfer

Erwachsene Menschen mit ASS begegnen in ihrem Alltag verschiedenen herausfordernden Situationen und Betätigungen. Eine klientenzentrierte ergotherapeutische Behandlung kann für diese *Klientengruppe* hilfreich sein und dabei unterstützen, den Alltag zufriedenstellend zu meistern.

Verschiedene Aspekte des zeitgenössischen ergotherapeutischen Paradigmas werden in den positiven Erfahrungen der Interviewteilnehmenden dieser Studie deutlich. So wurde beispielsweise häufig ein *betätigungsfokussiertes* Vorgehen beschrieben, welches im Alltag eine Struktur bietet, um an herausfordernde Aufgaben heranzugehen.

Auch weniger betätigungsorientierte Herangehensweisen, die etwa eine Verbesserung der sensorische Integration oder der Körperfunktionen ansprechen, werden als hilfreich erlebt, wenn eine Übertragung in den Alltag stattfindet. Wichtig ist jedoch auch hierbei, nicht den **Klientenzentrierten Bezugsrahmen** zu verlassen.

Eine fehlende *Klientenzentrierung*, *Ressourcenorientierung* und individuelle Betrachtung der Klientel wird in verschiedenen **Negativ-Erfahrungen** deutlich und sorgte mehrfach zum Abbruch der Therapie.

Negativ und ohne ersichtlichen Mehrwert im Alltag erlebt wird außerdem eine starke Fokussierung auf handwerkliche Tätigkeiten. Zwar kann das Handwerk, je nach Vorliebe von Klientin oder Klient, eine angenehme Begleitung für therapeutische Gespräche sein, oder dabei helfen den therapeutischen Rahmen zu verlassen, jedoch sollte der Fokus der Therapeutin bzw. des Therapeuten auf das eigentliche Thema nicht verloren gehen.

Die Begegnung auf Augenhöhe scheint ein Aspekt zu sein, in dem sich die Ergotherapie positiv von **Klient-Therapeut-Beziehungen** anderer Berufsgruppen abhebt. Eine freundliche und partnerschaftliche Beziehung hat, auch in Hinsicht auf das gemeinsame Erarbeiten von Zielen, einen hohen Wert.

Der direkte Einbezug des sozialen Umfeldes (z.B. Partnerin und Partner), in Form einer *Klientenkonstellation*, konnte als sinnvoll und im Alltag gewinnbringend identifiziert werden, scheint, auf Grundlage der Befragung, jedoch bisher eher unüblich zu sein. Teilweise findet

bereits ein theoretischer Einbezug der Bezugspersonen statt, doch es macht den Anschein, dass auch dies bisher selten vorkommt.

Für die ergotherapeutische Praxis ist festzuhalten, dass in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit ASS zwar nicht zwingend alle *sechs Säulen der Ergotherapie* in die Behandlung einfließen müssen, doch zumindest die Säule der *Klientenzentrierung*, beziehungsweise ein klientenzentrierter *Bezugsrahmen*, für eine gelingende *Intervention* essenziell ist. Hierzu ist eine individuelle Betrachtung der Klientel sowie eine ressourcenorientierte Herangehensweise grundlegend.

6.2 Stärken und Limitationen

Die **persönliche Kommunikation**, die im Rahmen eines Interviews notwendig ist, stellt für viele Menschen mit ASS eine unangenehme Situation dar, welche von dieser Zielgruppe häufig vermieden wird. Daher musste davon ausgegangen werden, dass lediglich eine geringe Anzahl an Interviewteilnehmenden rekrutiert werden kann. Im Gegensatz dazu hätte ein Fragebogen als Datenerhebungsmethode gegebenenfalls zu mehr Rücklauf geführt. Dennoch überwogen zur Beantwortung der Forschungsfrage die Vorteile eines semistrukturierten Interviews. Diese liegen darin, dass die Teilnehmenden die Möglichkeit haben, offen über ihre Erfahrungen mit der Ergotherapie zu berichten. Sie gibt ihnen Raum über Themen zu sprechen, die Ihnen wichtig erscheinen. Daraus resultieren interessante und relevante Interviewdaten, die über die Erwartungen der Forscherinnen hinaus gehen. Es ist außerdem zu beachten, dass Informationen die aus Selbstberichten, wie Interviews und Fragebögen gewonnen werden, nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Interpretation der Ergebnisse von der subjektiven Lebenswelt der Forscherinnen beeinflusst wurde und somit wenig objektiv sein können.

Im Hinblick auf die Gütekriterien für qualitative Forschung nach Cope (2014) und Lincoln und Guba (1985) wurden in dieser Studie verschiedene Kriterien erfüllt. So konnte die **Authentizität** („authenticity“) erreicht werden, da das genaue Vorgehen bei der Studie beschrieben und der Prozess reflektiert wurde. Auch belegen Zitate die Beschreibung der Wahrnehmung und Gefühle der Studienteilnehmenden.

Eine Strategie zur Erreichung des Gütekriteriums **Glaubwürdigkeit** („credibility“) war die Forschertriangulation sowie eine Überprüfung durch Studienteilnehmende („member-checking“). Damit wurde die Korrektheit der Ergebnisse aus Sicht der Studienteilnehmenden sichergestellt. Eine Sättigung („saturation“) konnte innerhalb der sieben Interviews nicht erreicht werden und auch eine Negativfallanalyse sowie eine längerfristige Beschäftigung („prolonged engagement“) wurden nicht durchgeführt. Mittels der oben genannten Strategie

der Forschertriangulation konnte auch das Gütekriterium der **Nachvollziehbarkeit** („confirmability“) erreicht werden und somit eine Gewissheit, dass die Daten den Antworten der Studienteilnehmenden entsprechen. Ein Forschungstagebuch wurde nicht geführt, es wurde lediglich eine genaue Beschreibung des Prozesses vorgenommen. Des Weiteren können alle Interviewtranskriptionen auf Wunsch eingesehen werden.

Das Gütekriterium der **Zuverlässigkeit** („dependability“), welche die Konstanz der Daten bei ähnlichen Bedingungen meint, wurde im Rahmen dieser Studie nicht erreicht, da keine Untersuchungsrevision durch eine externe begutachtende Person stattgefunden hat.

Zuletzt definiert die Möglichkeit die Ergebnisse in anderen Situationen oder mit anderen Menschen anzuwenden, das Gütekriterium der **Übertragbarkeit** („transferability“). Eine Strategie zur Erreichung dieses Gütekriteriums war die genaue Beschreibung des Vorgehens innerhalb der Studie. Die Reflexion und Überprüfung der oben genannten Gütekriterien zeigt, dass sieben Teilnehmende nicht zu einer Sättigung der Daten führen und die Ergebnisse somit nur eine geringe Übertragbarkeit haben.

Im Rahmen dieser Arbeit war es nicht möglich eine breitere Studie durchzuführen und eine größere Anzahl an Interviews zu erheben, auf Grund dessen stellen die Ergebnisse der sieben Interviews lediglich eine Stichprobe der Ergotherapieerfahrungen erwachsener Menschen mit ASS dar und können nicht auf die deutschlandweite Situation übertragen werden. Für den weiteren Forschungsbedarf ist es daher empfehlenswert, eine ähnliche, größere Studie durchzuführen, um ein breites, repräsentatives Ergebnis zu erhalten. Dabei gilt es ein besonderes Augenmerk auf die *Interventionen* bei Erwachsenen zu legen da sich bisherige Studien hauptsächlich auf Kinder und Jugendliche konzentrieren.

Die vorliegende Forschungsarbeit hat ergeben, dass Ergotherapie für erwachsene Menschen mit ASS eine **gewinnbringende Alltagsunterstützung** darstellen kann, die dennoch relativ selten ist.

Es muss angemerkt werden, dass sich diese Forschung ausschließlich auf die persönlichen Erfahrungen von erwachsenen Menschen mit ASS konzentriert, die momentan in ergotherapeutischer Behandlung sind oder innerhalb der letzten drei Jahre waren, und somit bereits den Zugang zur Ergotherapie gefunden haben. Daraus ergibt sich für die weitere Forschung die fortführende Frage, warum so wenige erwachsene Menschen mit ASS in ergotherapeutischer Behandlung sind und wie der Zugang für diese Klientel verbessert werden kann.

Literaturverzeichnis

- Agree, E.M., (2014). The potential for technology to enhance independence for those aging with a disability. *Disability and Health Journal*, 7, 33-39.
- Anderson, L., Wilson, J., & Williams, G. (2016). Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) as group therapy for children living with motor coordination difficulties: An integrated literature review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(2), 170–184. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12333>
- American Occupation Therapy Association (AOTA). (2010). Standards of practice for occupation therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(Suppl.), 106-111. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2010.64S106>
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd. ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68. 1-48.
- Aran, O. T., Şahin, S., Torpil, B., Demirok, T., & Kayıhan, H. (2017). Virtual Reality and Occupational Therapy. *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.68799>
- Aspiesforfreedom's Blog. (o.D.). Aspies for Freedom. Abgerufen am 15.Juli 2019 von: <https://aspiesforfreedom.wordpress.com/about/>
- Aspies e.V. Selbsthilfeforum. (2018). Ergotherapie für erwachsene Autisten...?! Abgerufen am 11. Mai 2019 von: <https://aspies.de/selbsthilfeforum/index.php?thread/7104-ergotherapie-für-erwachsene-autisten/>
- Auticon. (2019). Was heißt hier Autismus? Abgerufen am 14.Juli 2019 von: <https://auticon.de/autismus/>
- Autism Acceptance Month. (o.D.). Autistic Pride Day | Autism Acceptance Month. Abgerufen am 29. August 2019 von <https://www.autismacceptancemonth.com/resources/101x/autism-acceptance/autistic-culture/autistic-pride/autistic-pride-day/>
- Autismus Deutschland e.V.. (2019, 14. Juni). Newsletter von autismus Deutschland e.V. *autismus Deutschland e.V.*. 1–2.
- Awareness Days. International Awareness Events Calendar. (2018). Autistic Pride Day 2018. Abgerufen am 15. Juli 2019 von: <https://www.awarenessdays.com/awareness-days-calendar/autistic-pride-day-2018-2/>
- AWMF online. (2016). *Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Teil 1: Diagnostik*. Abgerufen am 18. Juli 2019 von: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf

- Ayres, J. (1979). *Sensory Integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Backman, A., Mellblom, A., Norman-Claesson, E., Keith-Bodros, G., Frostvittra, M., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2018). Internet-delivered psychoeducation for older adolescents and young adults with autism spectrum disorder (SCOPE): An open feasibility study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, 51–64. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.07.001>
- Bahrani, F., Movahedi, A., Marandi, S.M. & Abedi, A. (2012). Kata techniques training consistently decreases stereotypy in children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1183-1193.
- Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Robinson, J.; Woodbury-Smith, M. (2005): The Adult Asperger Assessment (AAA): a diagnostic method. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 35 (6), 807–819. DOI: 10.1007/s10803-005-0026-5.
- Baumgartner, F., Dalferth, M. & Vogel, H. (2009). *Berufliche Teilhabe für Menschen aus dem autistischen Spektrum (ASD)*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Bekavac, B. et al. (2013). Schweizer Portal für Recherche im Internet (SPRINT). Chur: Hochschule für Technik und Wirtschaft HTW Chur. Abgerufen am 30. August 2019 von <http://sprint.informationwissenschaft.ch/allgemeine-suche/suchstrategie/such-operatoren/#c2984>
- Bennett, S. & Bennett, J.W. (2000). The process of evidence-based-practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 171-180.
- Bereznak, S., Ayres, K. M., Mechling, L. C., & Alexander, J. L. (2012). Video Self-Prompting and Mobile Technology to Increase Daily Living and Vocational Independence for Students with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(3), 269–285.
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geißler, D., Dückting, M., Kahrs, A., Kasper, N., Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide - Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2(2), 56–63. <https://doi.org/10.1055/s-2007-963004>
- Borgetto, B., Spitzer, L., & Pfingsten, A. (2016). Die Forschungspyramide Evidenz für die logopädische Praxis brauchbar machen. *Forum Logopädie*, 30(1), 24–28.
- Borgetto, B., Tomlin, G. S., Max, S., Brinkmann, M., Spitzer, L., & Pfingsten, A. (2018). Evidenz in der Gesundheitsversorgung: Die Forschungspyramide. *Gesundheitswissenschaften*, 1–13. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54179-1_58-1

- Borgetto, B., Tomlin, G., Trickett, C., Max, S. & Pflingsten, A. (2015). Die Forschungspyramide – Evidenz für die ergotherapeutische Praxis. Ein Update. *Ergoscience*, 10 (1), 35-40.
- Bölte, S. (2009). Diagnostik. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus: Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 155–170). Mannheim, Deutschland: Huber.
- Bölte, S., & Poustka, F. (2004). Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS): Erste Ergebnisse zur Zuverlässigkeit und Gültigkeit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(1), 45–50. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.32.1.45>
- Boesch, M. C., Wendt, O., Subramanian, A., & Hsu, N. (2013). Comparative Efficacy of the Picture Exchange Communication System (PECS) versus a Speech-Generating Device: Effects on Social-communicative Skills and Speech Development. *Augmentative and Alternative Communication*, 29(3), 197–209. <https://doi.org/10.3109/07434618.2013.818059>
- Boyd Schell, B.A. & Gillen, G. (2018). Glossary. In B.A. Boyd Schell, & G. Gillen (Hrsg.): *Willard and Spackman (13th ed.)* (S. 1191-1215). Philadelphia: Wolters & Kluwer.
- Boyd Schell, B.A., Gillen, G., Coppola, S. (2019). Contemporary Occupational Therapy Practice. In B.A. Boyd Schell & G. Gillen (Hrsg.) *Willard and Spackman (13th ed.)* (S. 56-70). Philadelphia: Wolters & Kluwer.
- Bundy, A. C., Söchting, E., Lane, S. J., & Murray, E. A. (2006). *Sensorische Integrationstherapie: Theorie und Praxis*. Berlin, Deutschland: Springer.
- Burke, R.V., Bowen, S.L., Allen, K.D., Howard, M.R., Downey, D. & Matz, M.G. (2013). Tablet-based video modelling and prompting in the workplace for individuals with autism. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 38, 1-14
- Burke, S. L., Bresnahan, T., Li, T., Epnere, K., Rizzo, A., Partin, M., . . . & Trimmer, M. (2017). Using Virtual Interactive Training Agents (ViTA) with Adults with Autism and Other Developmental Disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(3), 905–912. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3374-z>
- Brownson, C.A. (2001). Program development for community health: Planning, implementation and evaluation strategies. In M. Scaffa (Hrsg.) *Occupational Therapy in community-based practice settings* (S. 95-118). Philadelphia: PA: F. A. Davis.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2016). What is Occupational Therapy - Canadian Association of Occupational Therapists | Association canadienne des ergothérapeutes. Abgerufen am 9. August 2019 von <https://www.caot.ca/site/aboutot/whatisot?nav=sidebar>
- CAOT (2002) Enabling Occupation: An occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Chien, M., Jheng, C., Lin, N., Tang, H., Taelle, P., Tseng, W., & Chen, M. Y. (2015). iCAN: A tablet-based pedagogical system for improving communication skills of children with autism. *International Journal of Human-Computer Studies*, 73, 79–90. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2014.06.001>
- Cochrane Deutschland. (o.D.). Leitlinien. Abgerufen am 29. August 2019 von: <https://www.cochrane.de/de/leitlinien>
- Cook, A.M. & Polgar, J.M. (2015). *Cook and Hussey's assistive technologies: Principles and Practice (4th ed.)*. St. Louis, MO: Elsevier / Mosby.
- Cope, D.G. (2014) Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Journal* 41 (1): 89–91
- Cup, E., van Hartingsveldt, M., de Vries-Uiterweerd, A., & Saenger, S. (2017). Hoofdstuk 8 – Ergotherapeut. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, A. Kinébanian. *Grondslagen van de Ergotherapie (5th ed.)* (S. 166-170). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Czmowski, G. M., Nielsen, S. K. (2014). Addressing social, emotional, and organizational goals for a child with an autism spectrum disorder (ASD) using the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach. *JOSEA* .3(1)
- Dehnhardt, B. (2018). Glossar. In S.D. Tomchek & K.P. Koenig (Hrsg.): *Leitlinien der Ergotherapie. Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung*. Berlin: Hogrefe
- Dennison, A., Hall, S. P., Leal, J., & Madres, D. A. (2018). ASD or ELL? Distinguishing Differences in Patterns of Communication and Behavior. *Contemporary School Psychology*, 23(1), 57–67. <https://doi.org/10.1007/s40688-018-0206-x>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2018). ICD-10-GM. Abgerufen am 12. Juli 2019 von: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten. (2017) *Erwachsene mit Autismus aus dem Abseits holen*. Abgerufen am 15. Mai 2019 von: <https://dve.info/resources/pdf/service/presse/2882-112-autismus-im-erwachsenenalter-final/file>
- Duden. (2019). Duden | Forschung | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft. Abgerufen am 2. August 2019 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Forschung>
- Fisher, A.G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same same or different?. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 20(3), 162-173
- Fisher, A.G. & Dehnhardt, B. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner.

- Fisher, A.G. & Griswold, L.A. (2014). Performance skills: Implementing performance analyses to evaluate quality of occupational performance. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen & M. Scaffa (Hrsg.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy. 12th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams.
- Fisher, G., Parkinson, S., Haglund, L., (2017). The Environment and Human Occupation. In R.R. Taylor (Hrsg.), *Kielhofner's model of human occupation: Theory and application (5th ed.)* (S.91-105). Philadelphia: Wolters & Kluwer
- Flick, U. (2007). *Designing Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Flippin, M., Reszka, S., & Watson, L. R. (2010). Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on Communication and Speech for Children With Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19(2), 178–195.
- Forsyth, K., Taylor, R.R., Kramer, J.M., Prior, S., Ritchie, L. & Melton, J. (2019). The Model of Human Occupation. In B.A. Boyt Schell & G. Gillen (Hrsg.) *Willard and Spackman (13th. ed.)* (S. 601-621). Philadelphia: Wolters & Kluwer
- Franke, F., Kempe, H., Klein, A., Rumpf, L., & Schüller-Zwierlein, A. (2016). Schlüsselkompetenzen: Literatur recherchieren in Bibliotheken und Internet. (2. aktualis. u. erw. Aufl.) Berlin: Springer-Verlag. DOI: 10-1007/978-3-476-01248-7
- Freitag, Christine M. (2008): *Autismus-Spektrum-Störungen*. München u.a: Reinhardt.
- FridaysForFuture. (o.D.). FridaysForFuture. Abgerufen am 10. August 2019 von <https://www.fridaysforfuture.org/>
- Fu, Y., Li, R., Huang, T., & Danielsen, M. (2008). Real-Time Multimodal Human–Avatar Interaction. *IEEE Transactions on Circuits and Systems for Video Technology*, 18(4), 467–477. <https://doi.org/10.1109/tcsvt.2008.918441>
- Ganz, J. B., Davis, J. L., Lund, E. M., Goodwyn, F. D., & Simpson, R. L. (2012). Meta-analysis of PECS with individuals with ASD: Investigation of targeted versus non-targeted outcomes, participant characteristics, and implementation phase. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 406–418.
- Gentry, T., Lau, S., Molinelli, A., Fallen, A., Kriner, R. (2012). The Apple iPod Touch as a vocational support aid for adults with autism: Three case studies. *Journal of vocational Rehabilitation*, 37, 75-86.
- Gille, G. (2019). Occupational Therapy Interventions for Individuals. In B.A. Boyt Schell & G. Gillen. (Hrsg.) *Willard and Spackman (13th. ed.)*, S. 413-435. Philadelphia: Wolters & Kluwer.
- Glaser, B., Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago, Aldine.

- Gray, Kylie M.; Tonge, Bruce J.; Sweeney, Deborah J. (2008): Using the Autism Diagnostic Interview-Revised and the Autism Diagnostic Observation Schedule with Young Children with Developmental Delay: Evaluating Diagnostic Validity. *Journal of Autism Developmental Disorders* 38(4), S. 657–667. DOI: 10.1007/s10803-007-0432-y.
- Grossack, M. & Gardner, H. (1979). *Man and men: Social psychology as social science*. Scranton: International textbook.
- Hammel, K. (2016). Empowerment and occupation: A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 83 (5), 281-287.
- Häußler, A. (o.D.). Strukturierung als Hilfe zum Verstehen und Handeln: Die Förderung von Menschen mit Autismus nach dem Vorbild des TEACCH-Ansatzes. Abgerufen am 01. Juli 2019 von <http://www.autismus-in-berlin.de/Teacch-AnneHaeussler.pdf>
- Hagedorn, R. (2001). *Foundations for Practice in Occupational Therapy. 3rd edition*. London: Churchill Livingstone.
- Halton, J. (2008). Virtual rehabilitation with video games: A new frontier for occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 9(6), 12-14.
- Harter, S. & Connel, J.P. (1984). A model of relationships among children's academic achievement and self-perceptions of competence, control and motivation. In J. Nicholls (Hrsg.) *The development of achievement motivation*. Greenwich: JAI.
- Hoefert, H.W., Klotter, C. (2011) *Wandel der Patientenrolle –Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Hopkins, I. M., Gower, M. W., Perez, T. A., Smith, D. S., Amthor, F. R., Casey Wimsatt, F., & Biasini, F. J. (2011). Avatar Assistant: Improving Social Skills in Students with an ASD through a Computer-Based Intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(11), 1543–1555.
- Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In Ritschl, V., Weigl, R. & Stamm, T. (Hrsg.): *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. S.127-130. Berlin Heidelberg: Springer.
- Hyland, M., & Polatajko, H. (2012). Enabling children with Developmental Coordination Disorder to self-regulate through the use of Dynamic Performance Analysis: Evidence from the CO-OP approach. *Human Movement Science*, 31(4), 987 -998. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2011.09.003>
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (2019, April). ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. Abgerufen am 12. Juli 2019 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Ingersoll, B. (2011). Brief Report: Effect of a Focused Imitation Intervention on Social Functioning in Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(8)

- Ingersoll, B. (2010). Brief Report: Pilot Randomized Controlled Trial of Reciprocal Imitation Training for Teaching Elicited and Spontaneous Imitation to Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1154–1160.
- Ikuta, N., Iwanaga, R., Tokunaga, A., Nakane, H., Tanaka, K., & Tanaka, G. (2016). Effectiveness of Earmuffs and Noise-cancelling Headphones for Coping with Hyper-reactivity to Auditory Stimuli in Children with Autism Spectrum Disorder: A Preliminary Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 28(1), 24–32.
<https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2016.09.001>
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln, REHADAT. (2018, 11. Juli). Produkte |REHADAT-Hilfsmittel. Abgerufen 15. Juli, 2019 von <https://www.rehadat-hilfsmittel.de/de/produkte/?infobox=/infobox1.html>
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln, REHADAT. (2019, 10. April). Produkte |REHADAT-Hilfsmittel. Abgerufen am 15. Juli 2019 von <https://www.rehadat-hilfsmittel.de/de/produkte/?infobox=/infobox1.html>
- Johnson, K.R. & Dickie, V. (2019). What is Occupation? In B.A. Boyt Schell & G. Gillen (Hrsg.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy. 13th edition*. S. 2-10. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Joswig, K. D. (2010). EBP Datenbank - 'Ressourcenorientierung' - zum Begriffsverständnis für die Ergotherapie - Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V.. Abgerufen am 29. August 2019 von <https://dve.info/ebp-datenbank/6416-ressourcenorientierung-zum-begriffsverstaendnis-fuer-die-ergotherapie>
- Julai (2018). *Erfahrungen mit Therapie-/ Gewichtsdecken*. Abgerufen am 6. Juli 2019 von: <https://aspies.de/selbsthilfeforum/index.php?thread/7881-erfahrungen-mit-therapie-gewichtsdecken/&postID=798754&highlight=gewichtsdecken#post798754>
- Kaale, A., Smith, L., & Sponheim, E. (2011). A randomized controlled trial of preschool-based joint attention intervention for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 97–105.
- Kasari, C., Gulsrud, A. C., Wong, C., Kwon, S., & Locke, J. (2010). Randomized Controlled Caregiver Mediated Joint Engagement Intervention for Toddlers with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1045–1056.
<https://doi.org/10.1007/s10803-010-0955-5>
- Kielhofner, G. (1995). A meditation on the use of hands. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2, 153-166
- Kielhofner, G. & Burke, J.P. (1977). Occupational Therapy after 60 years: An account of changing identity and knowledge. *American Journal of Occupational Therapy*, 31, 675-689.

- Klauck, S. (2009). Verhaltensgenetik, Molekulargenetik und Tiermodelle. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus: Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 87–107). Mannheim: Huber.
- Knight, Z. G. (2017). A proposed model of psychodynamic psychotherapy linked to Erik Erikson's eight stages of psychosocial development. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1047–1058. <https://doi.org/10.1002/cpp.2066>
- Kok, G., Gottlieb, N., Commers, M., Smerecnik, C. (2008). The ecological approach in health promotion programs: A decade later. *American Journal of Health Promotion*, 22, 437-442.
- Koelkebeck, K.; Riedel, A.; Ohrmann, P.; Biscaldi, M.; Tebartz van Elst, L. (2014): Autismspektrumstörungen mit hohem Funktionsniveau im Erwachsenenalter. *Nervenarzt*, 85 (7), S. 891–902. DOI: 10.1007/s00115-014-4050-6.
- Kuhnert, B., & Gross, A. (2019). Aktuelle Zahlen, Daten und Fakten (Teil 1). *Ergotherapie und Rehabilitation*, 58(7), 28–31.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London, Großbritannien: SAGE Publications.
- Lahiri, U., Bekele, E., Dohrmann, E., Warren, Z. & Sarkar, N. (2013). Design of a virtual reality based adaptive response technology for children with autism. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, 21(1), 55-64
- Law, M. (2015). The environment determinants of occupation. In McColl, M.A., Law, M.C. & Steward, D. (Hrsg.) *Theoretical basis of occupational therapy (3rd. ed.)* S. 113-122. Thorofare: Slack
- Le Couteur, A.; Haden, G.; Hammal, D.; McConachie, H. (2008): Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Pre-school Children Using Two Standardised Assessment Instruments: The ADI-R and the ADOS. In *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38 (2), S. 362–372. DOI: 10.1007/s10803-007-0403-3.
- Lee, L.C.; Zachary, A.A.; Leffell, M S; Newschaffer, C.J.; Matteson, K.J.; Tyler, J.D.; Zimmerman, A.W. (2006): HLA-DR4 in families with autism. *Pediatr Neurol* 35 (5), S. 303–307.
- Lee, S.W. & Kielhofner, G. (2017). Habituation: Patterns of Daily Occupation. In R.R. Taylor (Hrsg.), *Kielhofner's model of human occupation: Theory and application (5th ed.)* (S.57-71) Philadelphia: Wolters & Kluwer
- Lee, S.W. & Kielhofner, G. (2017). Volition. In Taylor, R.R. (Hrsg.), *Kielhofner's model of human occupation: Theory and application (5th ed.)* (S 38-54) Philadelphia: Wolters & Kluwer.
- Lefcourt, H. (1981). *Research with the focus of control construct. (Vol. 1: Assessment and methods)*. New York: Academic Press.

- Le Granse, M., Kinébanian, A., van Hartingsveldt, M. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme
- Lin, S.H., Murphy, S.L., Robinson, J.C. (2010). Facilitating evidence-based-practice: Progress, strategies and resources. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 164-171.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage, Thousand Oaks
- Lorenzo, G., Lledó, A., Arráez-Vera, G., & Lorenzo-Lledó, A. (2018). The application of immersive virtual reality for students with ASD: A review between 1990–2017. *Education and Information Technologies*, 24(1), 127–151.
<https://doi.org/10.1007/s10639-018-9766-7>
- Losinski, M., Cook, K., Hirsch, S., & Sanders, S. (2017). The Effects of Deep Pressure Therapies and Antecedent Exercise on Stereotypical Behaviors of Students With Autism Spectrum Disorders. *Behavioral Disorders*, 42(4), 196–208.
<https://doi.org/10.1177/0198742917715873>
- Maasz, M. S. (2016). Case study. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 88–93). Berlin: Springer.
- Marasinghe, K.M. (2016). Assistive technologies in reducing caregiver burden among informal caregivers of older adults: A systematic review. *Disability and rehabilitation*, 11, 353-360.
- Maxwell, J. A. (2009). Designing a qualitative study. In L. Bickman, & D. J. Rog (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Applied Social Research Methods* (S. 214–254). Thousand Oaks: SAGE.
- May-Benson, T. A., & Koomar, J. A. (2010). Systematic Review of the Research Evidence Examining the Effectiveness of Interventions Using a Sensory Integrative Approach for Children. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 403–414.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2010.09071>
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayer, D. (2010). *Essential evidence-based-medicine (2nd. ed.)*. New York: Cambridge University Press
- Mayring, P. (2010) *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*, 11. Auflage.
- Mayring, P. (2007). Designs in qualitativ orientierter Forschung. *Journal für Psychologie*, 15(2), 1–10.

- Mayring, P. (2002). Verfahren Qualitativer Analyse. In P. Mayring (Hrsg.), *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken* S. 65–135. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2).
- Mazefsky, C. A.; Oswald, D. P. (2006): The discriminative ability and diagnostic utility of the ADOS-G, ADI-R, and GARS for children in a clinical setting. *Autism* 10 (6), 533–549. DOI: 10.1177/1362361306068505.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.. (2009). *Grundlagen Klinischer Studien*. Abgerufen am 10. Juli 2019 von https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Methodik/Grundlagen_klinischer_Studien.pdf
- Mehrholz, J., Elsner, B., & Thomas, S. (2017). Virtuelle Realität: Was ist im Einsatz? *neuroreha*, 09(01), 9–14. <https://doi.org/10.1055/s-0042-124244>
- Merklein de Freitas, C. (2016). Bezugsrahmen in der Pädiatrie. In A. Baumgarten & H. Strebel, (Hrsg.) *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (S. 183-194). Idstein: Schulz Kirchner Verlag
- Mewes, J. S. (2016). Ethnographie. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 86–88). Berlin: Springer.
- Mitzner, T.L., Boron, J.B., Fausset, C.B., Adams, A.E., Charness, N., Czaja, S.J., ... & Sharit, J. (2010). *Older adults talk technology: Technology usage and attitudes. Computers in Human Behaviour*. 26, 1710-1721.
- Mohr, B. (2019, 19. August). GOOGLE SCHOLAR – Überblick, Anleitung & Profi-Tricks. Abgerufen am 29. August 2019 von: <https://www.bachelorprint.de/google-scholar/>
- Müller, L. (o.D.a) Asperger im Erwachsenenalter. Autismus-Kultur. Glücklich leben im Autismus-Spektrum. Abgerufen am 10.Juni 2019 von: <https://autismus-kultur.de/autismus/asperger-syndrom-bei-erwachsenen.html>
- Müller, L. (o.D.b). Bin ich Autist? Habe ich Asperger? Autismus-Kultur. Glücklich leben im Autismus-Spektrum. Abgerufen am 17. Juni 2019 von: <https://autismus-kultur.de/autismus/autipedia/bin-ich-autistisch.html>
- National Autistic Society. (2016). Sensory differences - National Autistic Society. Abgerufen am 30. August 2019 von: <https://www.autism.org.uk/about/behaviour/sensory-world.aspx>
- Occupational Performance Model (Australia). (2014). Definitions | Occupational Performance Model - OPM Australia. Abgerufen am 30. August 2019 von: <http://www.occupationalperformance.com/definitions/>

- Orphanet. (2011). Mikroduplikationssyndrom 22q11. Abgerufen am 4. Juni 2019 von:
https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=DE
- Owen, A., Adams, F., & Fanszen, D. (2014). Factors influencing model use in occupational therapy. *South African Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 41–47.
- Perkhofer, S. (2016). Was ist Quantitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S.138). Berlin, Deutschland: Springer.
- Perkhofer, S., Gebhard, V., & Tucek, G. (2016). Was ist Qualitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 68–69). Berlin, Deutschland: Springer.
- Perkhofer, S., Gebhart, V., Tucek, G., Wertz, F. J., Weigl, R., Ritschl, V., . . . & Heimerl, K. (2016). Qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 68–130). Berlin, Deutschland: Springer.
- Polatajko, H., Mandich, A. & McEwen, S.E. (2011). Cognitive Orientation to Daily Occupational performance (CO-OP): A cognitive-based intervention for children and adults. In N. Katz (Hrsg.): *Cognition, occupation and participation across the life span: Neuroscience, neurorehabilitation and models of intervention in occupational therapy* (3rd ed.) (S.299-321). Bethesda: AOTA Press.
- Polatajko, H. & Mandich, A. (2008). Ergotherapie bei Kindern mit Koordinationsstörungen – der CO-OP-Ansatz. Stuttgart: Thieme Verlag
- Preißmann, Dr. C. (2016). *Psychotherapie und Asperger Autismus (Dr. Christine Preißmann)* [Videodatei]. Abgerufen am 04. Juni 2019 von:
<https://www.youtube.com/watch?v=8Je8aLLzpyl>
- Proft, J., Schoofs, T., Krämer, K., Vogeley, K. (2017). *Autismus im Beruf: Coaching-Manual*. Weinheim Basel: Beltz Verlag
- Quirnbach, L. M., Lincoln, A. J., Feinberg-Gizzo, M. J., Ingersoll, B. R., & Andrews, S. M. (2008). Social Stories: Mechanisms of Effectiveness in Increasing Game Play Skills in Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder Using a Pretest Posttest Repeated Measures. Randomized Control Group Design. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(2), 299–321. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0628-9>
- Remschmidt, H.t; Kamp-Becker, I. (2006): Asperger-Syndrom. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rigby, P.J., Trentham, B., Letts, L. (2019). Modifying Performance Contexts. In: B.A. Boyt Schell & G. Gillen (Hrsg.): *Willard and Spackman's Occupational Therapy. 13th edition*. S.460-479. Philadelphia: Wolters Kluwer
- Ritschl, V., Moser, E., Ritschl, U., Stamm, T., Becker, H., & Sturma, A. (2016). Themenfindung und Recherche. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.),

Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben (S. 270–278). Berlin, Deutschland: Springer.

Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger, B., & Stamm, T. (2016). Qualitative Datensammlung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 119–127). Berlin Heidelberg: Springer

Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Inhaltsanalyse. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 93–98). Berlin: Springer.

Ritschl, V., Stamm, T. & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaftlich Praktisch - evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 291–306). Berlin Heidelberg: Springer

Rodger, S. (2017). Using the CO-OP Approach: Autism Spectrum Disorder. In D.R.Dawson, S.E. McEwen & H.J. Pojatajko. (2017). *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance in Occupational Therapy. Using the CO-OP Approach to Enable Participation Across the Lifespan*. S.59-73. Bethesda: AOTA Press.

Rodger, S., & Brandenburg, J. (2009). Cognitive Orientation to (daily) Occupational Performance (CO-OP) with children with Asperger's syndrome who have motor-based occupational performance goals. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46 41–50.

Rodger, S., Ireland, S., Vun, M. (2008). Can Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) help Children with Asperger's Syndrome to Master Social and Organisational Goals? *British Journal of Occupational Therapy* 71(1) 23-32

Rodger, S., Springfield, E., Polatajko, H. (2007). Cognitive Orientation for Daily Occupational Performance Approach for Children with Asperger's Syndrome: A Case Report *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(4), 7-22

Rodger, S., Pham, C., & Mitchell, S. (2008). Cognitive strategy use by children with Asperger's syndrome during intervention for motor-based goals. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2), 103–111. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00719.x>

Rogers, C.R. (1951). *Client-centred therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Grann, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence-Based-Medicine. What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Salomone, E., Beranová, Š., Bonnet-Brilhault, F., Lauritsen, M. B., Budisteanu, M., Buitelaar, J. & Fuentes, J. (2015). Use of early intervention for young children with autism spectrum disorder across Europe. *Autism*, 20(2), 233-49

- Scaffa, M.E. (2019). Occupational Therapy Interventions for Groups, Communities and Populations In: B.A. Boyt Schell. & G. Gillen (Hrsg.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy. 13th edition*. S. 434-447. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sinzig, J. (2011): *Frühkindlicher Autismus*. Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin, Heidelberg: Imprint: Springer
- Schneider, Dr. D. (2015). *Diagnostische Kriterien und Standards bei Autismus-Spektrum-Störungen*. Heruntergeladen am 10. August 2019 von: http://www.autismus.uni-jena.de/wpcontent/uploads/2015/05/DSM5DiagnoseKriterien_Schleiz2015_DanaSchneider.pdf
- Schön, D. (1987). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books
- Schuh, D. (2006). Der Kreisprozess von "bottom-up" und "top-down" in der Sensorischen Integrationstherapie (SI). In E. Söchting (Hrsg.), *Sensorische Integration: original - heute* (S. 47–55). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner.
- Schwartz, K.B. (2003). History of occupation. In Kramer, P., Hinojosa, J. & Royeen, C.B. (Hrsg.) *Perspectives in human occupation: Participation in life* (S. 18-31). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Slater, C. L. (2003). Generativity Versus Stagnation: An Elaboration of Erikson's Adult Stage of Human Development linked to Erik Erikson's eight stages of psychosocial development. *Journal of Adult Development*, 10(1), 53–65.
- Smith Roley, S. (2006). Ayres' Sensorische Integration – Das Original aus heutiger Sicht. In E. Söchting (Hrsg.), *Sensorische Integration Original - Heute* (S. 13–19). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag.
- Söchting, E. (2006) Sensorische Integration Original - Heute. In E. Söchting (Hrsg.), *Sensorische Integration Original - Heute* (S. 13–19). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Stangl, W. (2019). Stichwort: 'Abstraktionsniveau'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Abgerufen am 06. August 2019, von: <https://lexikon.stangl.eu/6911/abstraktionsniveau/>
- Stearns, D. N. (2017). Chromosomal Aberration - an overview | ScienceDirect Topics. Abgerufen am 4. Juni 2019 von: <https://www.sciencedirect.com/topics/biochemistry-genetics-and-molecular-biology/chromosomal-aberration>
- Strauss, A. (2015). Practical Considerations for Getting Started. In J. Corbin, & A. Strauss (Hrsg.), *Basics of Qualitative Research* (S. 31–56). Thousand Oaks: SAGE.

- Swedo, S. E. M.D.. (2013). Neurodevelopmental Disorders. In American Psychiatric Association (Hrsg.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. Aufl., S. 50–59). Arlington: American Psychiatric Association.
- Taylor, R.R. (2017). *Kielhofner's research in Occupational Therapy (2nd. ed.)*. Philadelphia: F.A. Davis
- Tebartz van Elst, L. (Hg.) (2013): *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter. Und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen. Unter Mitarbeit von M. Biscaldi. 1. Auflage*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Tham, K., Erikson, A., Fallaphour, M., Taylor, R.R., & Kielhofner, G., (2017) Performance Capacity and the Lived Body. In Taylor, R.R. (Hrsg.), *Kielhofner's model of human occupation: Theory and application (5th ed.)* (S. 74-89) Philadelphia: Wolters & Kluwer
- Tomchek, S. D., & Koenig, K. P. (2017). *Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung*. Bern: Hogrefe
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189–196. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828>
- Townsend, E., Polatajko, H. & Canadian Association of Occupational Therapists. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*.
- Trombly, C.A. & Radomski, M.V. (2001). *Occupational Therapy for physical dysfunction (5th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Turner-Brown, L. M., Perry, T. D., Dichter, G. S., Bodfish, J. W., & Penn, D. L. (2008). Brief Report: Feasibility of Social Cognition and Interaction Training for Adults with High Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1777–1784. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0545-y>
- US National Library of Medicine National Institutes of Health. (o.D.). Home - PubMed -NCBI. Abgerufen am 30. August 2019 von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Valentijn P., Schepman, S., Opheij, W., Bruinzeels, M. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13 (1), 655-679
- Van Kampen, S. (2016). Kindern Erfolg ermöglichen: Der CO-OP Approach In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie- klientenzentriert- betätigungsorientiert-evidenzbasiert* (S.195-206). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Virues-Ortega, J., Julio, F. M., & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 940–953. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.005>

- Vogeley, K. (2012): *Anders sein. Asperger-Syndrom und Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter ein Ratgeber. 1. Auflage.* Weinheim u.a: Beltz.
- Walliman, N. (2011). Quantitative Data Analysis. In N. Walliman (Hrsg.), *Research Methods the basics* (S. 113–145). New York: Routledge.
- Wang, M. & Anagnostou, E. (2014). Virtual reality as treatment tool for children with autism. In V.B. Patel, V. R. Preedy & C. R. Martin (Hrsg.), *Comprehensive guide to autism* (pp. 2125-2141). New York: Springer.
- Ward, D. M., Dill-Shackleford, K. E., & Mazurek, M. O. (2018). Social Media Use and Happiness in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(3), 205–209. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0331>
- Watling, R., & Hauer, S. (2015). Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and Sensory-Based Interventions for People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5).
- Weigl, R. (2016). Grounded Theory. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 81-86). Berlin: Springer.
- Weiss, P., Kizony, R., Feintuch, U. et al. (2014) Virtual reality applications in neurorehabilitation. In: Selzer M, Clarke S, Cohen L. et al. *Textbook of Neural Repair and Rehabilitation*. (S. 198-219). New York: Cambridge University Press
- Wertz, F. J., & Weigl, R. (2016). Phänomenologie. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 69–78). Berlin: Springer.
- Whitaker, K. J., Vértes, P. E., Romero-Garcia, R., Váša, F., Moutoussis, M., Prabhu, G. & Bullmore, E. T. (2016). Adolescence is associated with genomically patterned consolidation of the hubs of the human brain connectome. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(32), 9105–9110. <https://doi.org/10.1073/pnas.1601745113>
- Wilson, J., Mandich, A. (2018). Concept Mapping and the CO-OP Approach with Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Exploring Participant Experiences. *The Open Journal of Occupational Therapy*. Vol.6(4).
- World Health Organisation. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion (First International Conference on Health Promotion, Ottawa)*. Abgerufen am 15. Juli 2019 von <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of functioning, disability and health: ICF*. Genf
- Wübbenhorst, K. (2018). *Definition: Validität*. Abgerufen am 8. August 2019 von: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/validitaet-49676>

Xu, G.; Jing, J.; Bowers, K.; Liu, B.; Bao, W. (2014): Maternal Diabetes and the Risk of Autism Spectrum Disorders in the Offspring: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 44 (4), 766–775.

Youngstrom, M.J., & Brown, C. (2005). Categories and Principles of Interventions. In C.H. Christiansen, C.M. Baum & J. Bass-Haugen (Hrsg.), *Occupational Therapy: Performance, participation and well-being* (3rd ed.). (S.396-419). Thorofare: SLACK.

Youthpolicy. (o.D.). Factsheets. Abgerufen am 27. August 2019 von:
<http://www.youthpolicy.org/factsheets/>

Zimmerman, K. N., Ledford, J. R., & Severini, K. E. (2018). Brief Report: The Effects of a Weighted Blanket on Engagement for a Student With ASD. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 34(1), 15–19. <https://doi.org/10.1177/1088357618794911>

Zweites Deutsches Fernsehen. (6. Februar 2019). "Ohne Asperger wäre das hier nicht möglich". Abgerufen am 10. August 2019 von
<https://www.zdf.de/nachrichten/heute/greta-thunberg-interview-auslandsjournal-100.html>

Glossar

<i>Assessments</i>	“Spezielle Werkzeuge oder Instrumente, die im Evaluationsprozess eingesetzt werden (American Occupational Therapy Association” [AOTA], 2010 S.107)
<i>Auticon GmbH</i>	2007 gegründetes IT Unternehmen, welches sich auf die Beschäftigung von Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung spezialisiert (Auticon, 2019)
<i>Autistic Pride Day</i>	Der Autistic Pride Day findet weltweit seit 2005 jährlich am 18. Juni statt und steht für die Wertschätzung einer autistischen Identität, Gemeinschaft und Kultur (Autism Acceptance Month, o.D.)
<i>Aspies for freedom</i>	Solidaritäts- und Kampagnengruppe, die darauf abzielt, die Öffentlichkeit für die Bewegung für Autismusrechte zu sensibilisieren (Aspiesforfreedom’s Blog, o.D.)
<i>Betätigungsbasierung</i>	In der betätigungsbasierten Arbeit findet die tatsächliche Ausführung einer bedeutungsvollen Betätigung statt (Fisher, 2013)
<i>Betätigungsfokussierung</i>	In der betätigungsfokussierten Arbeit wird die Betätigung auf theoretischer Ebene behandelt (Fisher, 2013)
<i>Betätigungsprofil</i>	Dient der Erfassung der Betätigungsvorgeschichte, also typischer Routinen, Interessen und Motivationen des Klienten oder der Klientin (Tomchek & Koenig, 2016)
<i>Betätigungszentrierung</i>	Zu jedem Schritt der Therapie steht die Betätigung im Fokus und alles dreht sich um diese (Fisher, 2013)
<i>Betätigungsperformanz</i>	“Der Akt des Tuns und Ausführens einer ausgewählten Aktion (Performanzfertigkeit), Aktivität oder Betätigung (Fisher, 2009; Fisher & Griswold, 2014; Kielhofner, 2008), der aus der dynamischen Transaktion zwischen [Klientel] Kontext und Aktivität resultiert” (Dehnhardt, 2018, S.196)
<i>Bezugsrahmen / Frames of reference</i>	Wissensbestand aus Fakten und Theorien dar, welcher Aspekte von Körperfunktionen und Verhalten betrifft (Hagedorn, 2001)

<i>Boolesche Operatoren</i>	Boolesche Operatoren sind logische Verknüpfungen von Suchbegriffen (AND, OR und NOT) (Bekavac, Bernard et al. (2013).
<i>Case Study / Fallstudie</i>	Qualitativer Forschungsansatz bei dem ein Gegenstand oder ein (Einzel-)Fall aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet wird (Maasz, 2016)
<i>CINAHL</i>	“Diese Datenbank bietet vor allem Literatur für therapeutische Berufe wie Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Pflegewissenschaft” (Ritschl, Stamm, Unterhumer, 2016, S.295)
<i>Cochrane Library</i>	“Hier findet man [...] Literaturevaluationen und Metaanalysen (Reviews) zu bestimmten Themengebieten der Medizin und den nicht ärztlichen Gesundheitswissenschaften. Die Suchergebnisse sind meist geringer in der Anzahl, die verfügbaren Ergebnisse jedoch von hoher Qualität.” (Ritschl, Stamm, Unterhumer, 2016, S.295)
<i>contemporary paradigm / zeitgenössisches Paradigma</i>	Zeitgenössisches ergotherapeutisches Paradigma, in dem mehr und mehr eine Rückführung der Betätigung als zentrales Thema stattfand (Schwartz, 2003; Hagedorn, 2001)
<i>CO-OP</i>	“CO-OP versteht sich als eine klientenzentrierte Problemlösungsmethode, in der kognitive Strategien und begleitete Entdeckung eingesetzt werden, um den Erwerb spezifischer Fertigkeiten zu ermöglichen“ (Van Kampen, 2016, S.196).
<i>Deduktive Kategoriendefinition</i>	Vorgehensweise bei der Analyse von Interviewdaten: theoretische Überlegungen bestimmen das Auswertungsinstrument (Mayring, 2015)
<i>Ethnographie</i>	“[...] zentrale Sammlung qualitativ-empirischer Datenerhebungsmethoden zur Erforschung sozialer Lebenswelten” (Mewes, 2016, S.86)
<i>Empowerment</i>	Prozess, indem Menschen mehr Kontrolle über Entscheidungen bezüglich ihrer medizinischen Versorgung bekommen (WHO, 1998)
<i>Eriksons Stufenmodell</i>	Entwicklungspsychologisches Modell des Psychoanalytikers Erik H. Erikson, in dem die psychosoziale Entwicklung des Menschen in acht Stufen verläuft (Slater, 2017)
<i>Evidence-Based Practice</i>	Anforderung an die Therapeutinnen und Therapeuten

<i>Evidenzbasierung</i>	sich immer wieder mit der aktuellsten Literatur und den neuesten Entwicklungen auseinanderzusetzen und die beste Evidenz in der alltäglichen Arbeit anzuwenden (Boyt Schell, Gillen & Coppola, 2019; Sackett, Rosenberg, Muir Granny & Haynes 2011)
<i>Google Scholar</i>	Die Expertise der Klientinnen und Klienten, der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie wissenschaftliche Erkenntnisse werden in der Praxis so integriert, dass der Klientin/ dem Klienten die effektivste und geeignetste Intervention zuteil wird (Townsend et al. 2013c).
<i>Grounded theory</i>	Suchmaschine für wissenschaftliche Literatur (Mohr, 2019)
<i>Habitation</i>	“Induktive Forschungsmethode, deren Ziel es ist, eine (formale) Theorie aus den im Forschungsprozess gewonnenen Daten heraus zu generieren.” (Weigl, 2016, S.81)
<i>Immersion, Immersion</i>	Ist einer der vier zentralen Aspekte des MOHO und drückt sowohl Gewohnheiten als auch verinnerlichte Rollen aus (Lee & Kielhofner, 2017)
<i>Induktive Kategoriendefinition</i>	Die Immersion bedeutet in der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) das eintauchen in eine virtuelle Umgebung (Mehrholz, Elsner & Thomas, 2017)
<i>Inhaltsanalyse</i>	Vorgehensweise bei der Analyse von Interviewdaten: im Voraus formulierten Theoriekonzepte werden nicht in die Kategoriendefinition einbezogen (Mayring, 2015)
<i>Inhaltsmodelle</i>	“[...] systematische, regelgeleitete und theoriegeleitete Analyse von Datenmaterial und Texten” (Ritschl & Stamm, 2016, S.93)
<i>Intervention</i>	Dienen der Erklärung von Betätigungs- und Performanzschwierigkeiten der Klientel und stellen einen Transfer der Ergotherapeutischen Theorie in den Alltag dar. Aufgekommen sind Inhaltsmodelle um die Wirksamkeit der Ergotherapie zu belegen (Owen, Adams & Fanszen, 2014)
	“Gemeinsamer Prozess und praktische Aktionen von Ergotherapeuten und Klienten, um das Beteiligten an Betätigung in Bezug auf Gesundheit und Partizipation anzubahnen. Eingeschlossen darin sind der Plan,

	dessen Umsetzung und Überprüfung" (AOTA, 2010, S. 107)
<i>Klientengruppe</i>	Gruppe von Menschen, die ähnliche Schwierigkeiten bei der Ausführung von Betätigungen haben, jedoch nicht in Verbindung zueinander stehen (Fisher, 2014)
<i>Klientenkonstellation</i>	Meint sowohl die Person selbst, als auch weitere Personen, die in enger Verbindung mit ihr stehen. (Fisher, 2014)
<i>Klientenzentrierung / client-centred therapy</i>	Diese besagt, dass die Klientel selbst Verantwortung und Kontrolle über den Therapieverlauf nehmen und diesen maßgeblich leitet (Hagedorn, 2001)
<i>Kontextbasierung</i>	Eine Säule der Ergotherapie bei der "der Kontext die Summe aller Phänomene und Zustände [ist], die eine Person umgeben und ihre Existenz, ihr Handeln und ihre Entwicklung beeinflussen" (le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 200)
<i>Leitlinie</i>	"[...] systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitssystem tätigen Personen und Patienten. Das Ziel ist eine angemessene gesundheitsbezogene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen" (Cochrane Deutschland, o.D.)
<i>mechanistic paradigm / mechanistisches Paradigma</i>	Ergotherapie wurde mehr und mehr zur medizinischen Profession, sehr medizinische Betrachtungsweise der Klientel; ca. 1930-1970 (Johnson & Dickie, 2019)
<i>Overloads</i>	Zu viele Informationen können Stress, Angstzustände und möglicherweise körperliche Schmerzen verursachen. Dies kann zu Rückzug, herausforderndem Verhalten oder Zusammenbruch führen (National Autistic Society, 2016)
<i>paradigm of occupation</i>	Fokussierte Personen und ihre Gesundheit in ihrem Kontext mitsamt ihren alltäglichen Betätigungen; Anfang des 20. Jahrhunderts (Kielhofner & Burke, 1977)
<i>Partizipation</i>	"Eingebunden-sein in eine Lebenssituation" (WHO, 2001, S.10)
<i>Performanz</i>	Die Fähigkeit Rollen, Routinen und Aufgaben zu erkennen, planen und durchzuführen (Occupational Performance Model (Australia), 2014)

<i>Performanzfertigkeiten</i>	“Zielgerichtete Aktionen, die als kleine Einheiten der Ausführung von Beteiligung an alltäglichen Betätigungen beobachtbar sind. Sie werden im Laufe der Zeit erlernt und entwickelt und gehören in bestimmte Kontexte oder Umwelten” (Fisher & Griswold, 2014)
<i>Performanzvermögen</i>	= Leistungsfähigkeit; ist die Fähigkeit, Dinge zu tun; Die Leistungsfähigkeit beinhaltet also sowohl objektive als auch subjektive Komponenten (Tham, Erikson, Fallaphour, Taylor & Kliehofner, 2017)
<i>person-centred therapy</i>	siehe “Klientenzentrierung”
<i>persönliche Leistungsfähigkeit (personal capacity)</i>	Selbsteinschätzung der persönlichen physischen, intellektuellen und sozialen Fertigkeiten (Harter & Connel, 1984)
<i>Phänomenologie</i>	Eine wissenschaftliche Methode, die das menschliche Erleben erforscht. Hierbei werden konkrete Beispiele untersucht, der Fokus der Analyse liegt auf dem Erleben (Wertz & Weigl, 2016)
<i>Populationsbasierung</i>	Die populationsbasierte Behandlung richtet sich an eine Klientengruppe. Ergotherapie kann hier als Unterstützung für die Teilhabe einer vulnerablen Personengruppe gesehen werden (Townsend et. al., 2013)
<i>Prozessmodelle</i>	Ein Prozessmodell ist die schematische Darstellung eines Prozesses oder Prozesssystems und dient zur sinnvollen Ergänzung von Prozessbeschreibungen (Durst, Hertkorn, Eisner & Schweisser, o.D.). In der Ergotherapie gibt es verschiedene Prozessmodelle die den ergotherapeutischen Prozess beschreiben.
<i>PubMed</i>	Datenbank für wissenschaftliche medizinische Literatur (US National Library of Medicine National Institutes of Health, o.D.)
<i>Reasoning</i>	Reasoning oder professional reasoning in der Ergotherapie beschreibt kritisches Reflektieren und Handeln im Umgang mit verschiedenen Klientinnen und Klienten in unterschiedlichen Kontexten (Schön, 1983; Townsend & Polatajko, 2013)
<i>Ressourcenorientierung</i>	Als ressourcenorientiert wird eine ergotherapeutische Intervention definiert, die klientenzentriert persönliche Kompetenzen nutzt und erweitert, Ressourcen des sozialen Umfeldes fördert und zu einer

<i>sechs Säulen der Ergotherapie</i>	Symptomreduzierung beiträgt (Joswig, 2010). Aspekte, die in der ergotherapeutischen Behandlung beachtet werden müssen, um eine Therapie nach dem zeitgenössischen Paradigma zu gewährleisten (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Saenger, 2017)
<i>Selbstwirksamkeit (self-efficacy)</i>	Bezieht sich darauf, wie effektiv persönliche Fähigkeiten genutzt werden können, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen (Lefcourt, 1981)
<i>Smart Technologies</i>	= intelligente Technologien; handelsübliche Smartphones, Tablets, etc., die bei der Durchführung täglicher Betätigungen unterstützen oder als Übungsobjekt für zu Hause dienen können (Rigby, Trentham & Letts, 2019)
<i>Technologiebasierung</i>	Eine der sechs Säulen der Ergotherapie (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Saenger, 2017). Beschreibt den Einbezug von assistiven Technologien oder Smart Technologies in die ergotherapeutische Behandlung (Rigby, Trentham & Letts, 2019)
<i>Tiefgreifende Entwicklungsstörungen</i>	ICD-10 Kategorie, bei der es sich um eine Gruppe von Störungen handelt, die durch qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten gekennzeichnet ist. (DIMDI, 2018)
<i>Triangulation</i>	Verschiedene Datenerhebungsstrategien und Datenquellen werden eingesetzt, um mögliche Schwächen auszugleichen. Es wird ein Dreieck zwischen Untersuchungsgegenstand und Forscher gebildet (Höhl, 2016)
<i>Trunkierungszeichen</i>	Bezeichnet in der Datenbankrecherche einen Platzhalter, der beliebig andere Zeichen ersetzt. Der Platzhalter stellt meist ein Sternchen (*) dar (Franke, Kempe, Klein, Rumpf & Schüller-Zwierlein, 2016).
<i>Virtuelle Rehabilitation</i>	Gebrauch der Virtueller Realität in der Rehabilitation (Halton, 2008)
<i>Volition</i>	Motivation eines Menschen, eine Betätigung auszuführen (Lee & Kielhofner, 2017)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung	Titel	Seite
Abbildung 1	Fallbeispiel Peter betrachtet unter dem Model of Human Occupation	
Abbildung 2	Der Top-Down & Bottom-Up Ansatz	
Abbildung 3	Die sieben Hauptmerkmale des CO-OP Ansatzes	
Abbildung 4	Die Ebenen der Sensorischen Wahrnehmung	
Abbildung 5	Screeningprozess & Suchresultate	
Abbildung 6	Selbst erstellte Abbildung der Forschungspyramide nach Tomlin & Borgetto (2011)	
Abbildung 7	Das PICO-Modell	
Abbildung 8	Das Kategoriensystem	

-

Tabelle	Titel	Seite
Tabelle 1	Schlüsselworte und Keywords	
Tabelle 2	Ein- und Ausschlusskriterien "Ergotherapie im zeitgenössischen Paradigma"	
Tabelle 3	Ein- und Ausschlusskriterien "ASS in der Gesellschaft"	
Tabelle 4	Ein- und Ausschlusskriterien "ASS aus medizinischer Sicht"	
Tabelle 5	Ein- und Ausschlusskriterien "Ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit ASS"	
Tabelle 6	Einordnung der Fragen des Interviewleitfadens in die relevanten Bereiche	
Tabelle 7	Analyseschritt (2) - TN6 (B = befragte Person, I = Interviewende Person)	
Tabelle 8	Analyseschritt (3) - TN6	
Tabelle 9	Analyseschritt (5) - TN6	
Tabelle 10	Analyseschritt (6) - TN6	

Anlagen

I. Interviewleitfaden

1. Möchten sie sich kurz vorstellen?
 - a. Würden Sie uns Ihr Alter nennen und etwas zu ihrer Wohn- und Lebenssituation sagen?
 - b. Sollten wir etwas in dem Interview mit Ihnen beachten?
 - c. Möchten sie vorab noch etwas sagen?
2. Wie sind sie zur Ergotherapie gekommen?
 - a. Wurde die Behandlung von ihrem Arzt vorgeschlagen / verordnet?
3. Wie lange waren/ sind sie in der ergotherapeutischer Behandlung?
4. Was verstehen Sie unter Ergotherapie?
5. In welchem Rahmen fand die ergotherapeutische Behandlung statt?
→ Zuhause, Klinik, Arbeitsplatz, Praxis...
6. Was waren ihre Anliegen in der Ergotherapie?/ Was sind ihre Ziele in der Ergotherapie?
 - a. Hatten sie Anliegen oder Wünsche?
7. Wie wurde in die Therapie gestartet? Wie liefen die ersten Treffen ab?
8. Was wurde innerhalb der Einheiten gemacht?
9. Wurde gemeinsam festgelegt, was die Ziele der Therapieeinheiten ist?
10. War ihnen klar, warum bestimmte Dinge gemacht wurden?
 - a. hat der Therapeut begründet was gemacht wird
11. Haben Sie ihre Ziele erreicht?
 - a. Was hat sich durch die Behandlung in Ihrem Alltag verändert?
 - b. War diese Veränderung nachhaltig?
12. Wie wurde die Therapie erlebt?
13. Wurden Personen ihres persönlichen Umfeldes mit einbezogen?
 - a. In welchem Rahmen?
 - b. Hätten sie sich das gewünscht?
14. Wie haben sie die Beziehung zu ihrem Therapeuten oder ihrer Therapeutin erlebt?
→ positiv / negativ, partnerschaftlich?
15. Welche weiteren Eindrücke oder Erfahrungen möchten sie mit uns teilen?

II. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erklären wir, dass wir die vorliegenden Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht haben. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.



Heerlen, den 30. August 2019



Heerlen, den 30. August 2019



Heerlen, den 30. August 2019