

Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung

Ergotherapie aus Familiensicht

Welche Erfahrung haben in Deutschland
lebende Familien mit Kindern mit einer
Autismus-Spektrum-Störung mit
Ergotherapie gemacht?



Behn, Kathinka Sophie (1874381)

Gerasch, Leonie (1874446)

NOVEMBER 2020

ZUYD HOGESCHOOL



Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung

Ergotherapie aus Familiensicht

Welche Erfahrung haben in Deutschland lebende Familien mit Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung mit Ergotherapie gemacht?

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool
HS2

November 2020

Verfasserinnen:

Kathinka Sophie Behn (1874381)

Leonie Gerasch (1874446)

Begleitende Dozentin:

Tanja Klein

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei all denjenigen bedanken, die uns während der Anfertigung unserer Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben.

Ein besonderer Dank gilt all unseren Teilnehmer*innen. Ohne Ihre Informations- und Hilfsbereitschaft wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

Besonders bedanken möchten wir uns außerdem bei unserer begleitenden Dozentin Tanja Klein, für deine fachlichen Ratschläge, für die individuelle Unterstützung unserer Persönlichkeiten und für deine beruhigenden Worte in den richtigen Momenten!

Ebenfalls möchten wir uns bei den Korrekturleser*innen bedanken. Vielen Dank für Eure Zeit, Mühe und eure wertvollen Anmerkungen.

Wir bedanken uns ebenfalls bei Personen, Verbänden, Foren und Gruppen innerhalb sozialer Medien, die unseren Studienaufruf verbreitet und somit für eine höhere Reichweite gesorgt haben.

Abschließend möchten wir unseren Familien und Partnern ein herzliches Dankeschön aussprechen. Ihr habt uns während des gesamten Prozesses mit viel Motivation und Geduld zur Seite gestanden.

Corona-Passus

Im März 2020 brach in Deutschland und den Niederlanden der COVID-19 Virus aus. Dies hatte auch Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht mehr möglich und erforderte Anpassungen in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Planung und Umsetzung, die bereits in vollem Gang war. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung notwendige Norm (anstatt „face-to-face Kontakt“) und in einigen Fällen musste auf andere Zielgruppen oder Literaturstudien zurückgegriffen werden, weil der direkte Kontakt mit Klient*innen und Professionals nicht möglich war. Alle methodischen Veränderungen sind mit dem*der Begleiter*in der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggeber*innen abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation während des Entstehungsprozesses nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Lesehinweise

Personenbezeichnungen

- In dieser Arbeit werden geschlechtsneutrale oder gender-inkludierende Formen verwendet, um einen Beitrag zur Gleichbehandlung von Frauen, Männern und diversen Menschen zu gewährleisten. Als Technik wurde sich für die Verwendung des „Gendersternchens“ entschieden. Das Gender* ist als Platzhalter anzusehen, um auch diejenigen zu berücksichtigen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen. Zur besseren Lesbarkeit werden Doppelsternchen vermieden (Bsp. Expert*innen*en/Expert*innen).
- Um alle Formen des Autismus mit einem Begriff zusammenfassen zu können und keine der Formen auszuschließen, wird in dieser Arbeit, angelehnt an den DSM V, der Begriff der Autismus-Spektrum-Störung (ASS) verwendet.
- Der Begriff Eltern umfasst in diesem Zusammenhang auch andere mögliche Erziehungsberichtigte von Kindern. Dies können zum Beispiel Großeltern, andere Verwandte oder neue Partner*innen eines Elternteils sein.
- Für die Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe „Verfasserinnen“, „Forscherinnen“ und „Interviewerinnen“ verwendet.
- Die Schriftsteller*innen der verwendeten Literatur werden mit dem Begriff „Autor*innen“ benannt.
- Für die befragten Teilnehmer*innen der durchgeführten Studie stehen die Bezeichnungen „Teilnehmer*innen“, „Interviewteilnehmer*innen“, „Interviewpartner*innen“ und „Befragte“. Um die Teilnehmer*innen weiter zu anonymisieren, werden die Abkürzungen T1 bis T6 verwendet.

Querverweise

Im Text werden Querverweise zu anderen Textstellen hergestellt, um es dem*der Leser*in zu erleichtern, Zusammenhänge nachzuvollziehen. Diese werden in Klammern mit einem Pfeil gekennzeichnet.

- Kapitelverweis: (→Zahlenkombination)
- Anlagenverzeichnis: (→A.+Zahl)
- Abbildungsverzeichnis: (→Abb.+Zahl)
- Tabellenverzeichnis: (→Tab.+Zahl)
- Glossarverweis: (→G)

Englische Literatur

Englischsprachige Textstellen werden bei indirekter Zitation im Text von den Verfasserinnen in eigenen Worten wiedergegeben und in die deutsche Sprache übersetzt. Bei direkter Zitation englischsprachiger Textquellen wird die Originalsprache beibehalten.

Fachterminologie

Diese Bachelorarbeit richtet sich vorrangig an andere Ergotherapeut*innen und ist inhaltlich sowie sprachlich an die Fachkenntnisse dieser Zielgruppe angepasst. Ergotherapeutische Fachbegriffe werden *kursiv* geschrieben.

Abbildungen, Tabellen und Abkürzungen

Zur besseren Orientierung enthält diese Arbeit ein Abbildungs-, Tabellen- und ein Abkürzungsverzeichnis. Verwendete Abkürzungen werden bei ihrer Erstnennung ausgeschrieben. Die Abkürzung wird dabei in der folgenden Klammer genannt. Bei weiteren Nennungen im Textverlauf wird lediglich die Abkürzung genannt. Alle Abkürzungen werden im Abkürzungsverzeichnis in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt. Das Abkürzungsverzeichnis umfasst fachspezifische Terminologien, gebräuchliche Abkürzungen der deutschen Sprache werden nicht mit aufgeführt.

Zitation

Verwendete Literatur wird gemäß den APA6-Richtlinien zitiert.

Die wichtigsten Kennzeichnungen im Überblick:

- Wörtliche Zitate werden in Anführungsstrichen wiedergegeben
- Wörtliche Zitate mit mehr als 40 Wörtern werden ohne Anführungsstriche als freie Textblöcke wiedergegeben
- Auslassungen direkter Zitate werden durch drei freistehende Punkte gekennzeichnet und bei Ergänzungen innerhalb der Zitate wird das ergänzte Wort in eckigen Klammern eingefügt [Ergänzung].
- Genannte Autor*innen werden im Literaturverzeichnis mit der konkreten Bezeichnung des jeweiligen Werkes in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt

Glossar

Bei Wörtern, die nicht als allgemein bekannt oder verständlich erachtet werden, wird bei Erstnennung ein Querverweis zum Glossar hergestellt.

Anhang

Die Dokumente im Anhang sind relevante Auszüge aus den Studienunterlagen und tragen zur transparenten Darstellung der Vorgehensweise im Studienprozess bei.

Abkürzungsverzeichnis

A	Anlage
Abb.	Abbildung
APA	American Psychological Association
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
CO-OP	The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
CPPF	Canadian Practice Process Framework
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDi	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DiZ	Discover information sources Zuyd
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
EbM	Evidenz-basierte Medizin
EBP	Evidence-based-practice
et. al.	et alii/et aliae
FCC	Family-centered-care
G	Glossar
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 Revision, German-Modification
ICD-11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11 Revision
Kap.	Kapitel
OPC	Occupational Performance Coaching
Tab	Tabelle
TN	Teilnehmer*in
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Zusammenfassung

Der Anteil an Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung beträgt weltweit ca. 0,1 % der Bevölkerung. Ergotherapie ist deutschlandweit ein besonders häufig verschriebenes Heilmittel, obwohl Studien zur Wirkung bei der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen im nationalen Kontext kaum vorhanden sind. Die vorliegende Forschungsarbeit betrachtet die Ergotherapie aus der Perspektive der Eltern und untersucht, wie der ergotherapeutische Prozess wahrgenommen wurde.

Im Rahmen des qualitativen Forschungsprozesses nach Gläser und Laudel (2010), angelehnt an die Hermeneutik, wurden sechs Interviews mit Expert*innen geführt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Teilnehmer*innen insgesamt zufrieden mit der ergotherapeutischen Behandlung waren, es konnten keine konkreten Wünsche für eine zukünftige ergotherapeutische Behandlung geäußert werden. In der Therapie gelernte Strategien konnten häufig nicht in den Alltag übertragen werden. Positive Effekte wurden besonders im Bereich der Fein- und Graphomotorik benannt.

Deutlich wurde, dass besonders eine Verbesserung der Aspekte der Zielformulierung, Klientenzentrierung und Kontextbasierung zu einer größeren Zufriedenheit der Eltern führen würde.

Abstract

The proportion of people with an autism spectrum disorder is around 0.1% of the population worldwide. Occupational therapy is a frequently prescribed remedy throughout Germany, although studies on its effect in the treatment of autism spectrum disorders in the national context are rare.

The present research examines the occupational therapy process from the parents' perspective.

Six interviews with experts were conducted using a qualitative research design (Gläser and Laudel, 2010) based on hermeneutics.

The results of the study show that generally speaking the participants were satisfied with the occupational therapy treatment; no specific requests for future occupational therapy treatment were expressed. Strategies learned throughout therapy could often not be transferred to daily life. Positive effects were mentioned concerning fine motor skills and graphomotor skills.

It became clear that especially the aspects of goal formulation and client-centred and context-based interventions would lead to greater parental satisfaction.

Samenvatting

Het aandeel mensen met een autismespectrumstoornis bedraagt ongeveer 0,1% van de wereldbevolking. In Duitsland werd ergotherapie vaak toegepast, hoewel studies over het effect in de behandeling van autismespectrumstoornissen in de nationale context nauwelijks bestaan. Dit werkstuk onderzoekt ergotherapie vanuit het perspectief van de ouders en hoe zij het verloop ervaren. Op basis van het kwalitatief onderzoeksproces volgens Gläser en Laudel (2010) worden zes interviews met experts uitgevoerd. De resultaten van het onderzoek tonen dat de deelnemers in het geheel (Anmerkung: „im Großen und Ganzen“, so verstehe ich das. Passt das?) tevreden waren met de behandeling; er worden geen specifiek verzoeken voor toekomstige ergotherapiebehandelingen geuit. In de therapie geleerde strategieën konden vaak niet op het dagelijks leven toegepast worden. Vooral met betrekking tot fijne en grafomotorische vaardigheden werd een positief effect genoemd. Het werd duidelijk dat vooral de aspecten doelstelling, cliëntencentrering en contextgerichtheid tot grotere tevredenheid van ouders zouden leiden.

Informative Zusammenfassung

Der Anteil an Kindern, die eine Autismus-Spektrum-Störung haben ist seit den 80er Jahren gestiegen. Weltweit befindet sich ca. 0,1 % der Bevölkerung im Spektrum. Familien mit Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störungen stehen im Alltag vor besonderen Herausforderungen. Ergotherapie ist vorwiegend in Deutschland ein besonders häufig verschriebenes Heilmittel in der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen, obwohl Studien zur Wirkung von Ergotherapie im nationalen Kontext kaum vorhanden sind. Die vorliegende Forschungsarbeit betrachtet die ergotherapeutische Behandlung aus der Perspektive der Eltern und untersucht, wie die Eltern den ergotherapeutischen Prozess wahrgenommen haben, welche Wünsche sie an die Ergotherapeut*innen haben und ob die besonderen Herausforderungen ihres Alltags in der Therapie berücksichtigt wurden. Die Sicht der Eltern bietet gemäß des aktuellen Paradigmas eine klientenzentrierte Sicht auf die ergotherapeutische Behandlung.

Um die Forschungsfrage beantworten zu können wurde ein qualitatives Forschungsdesign, angelehnt an die Hermeneutik, gewählt. Es wurden sechs leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen geführt. Der gesamte Forschungsprozess wurde nach Gläser und Laudel (2010) strukturiert.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Familien mit einem Kind mit einer Autismus-Spektrum-Störung vor besonderen Herausforderungen im gemeinsamen Alltag stehen. Alle Familien beschreiben zur Bewältigung des Alltages die Wichtigkeit eines geregelten Tagesablaufes und deutliche Betätigungseinschränkungen in den Bereichen der Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit.

Die befragten Teilnehmer*innen zeigten sich insgesamt zufrieden mit der ergotherapeutischen Behandlung und konnten keine konkreten Wünsche für eine zukünftige ergotherapeutische Behandlung äußern. Trotzdem wurde deutlich, dass besonders die Aspekte der Zielformulierung, der Klientenzentrierung und der Kontextbasierung zu einer größeren Zufriedenheit der Eltern führen würden, da häufig kritisiert wurde, dass es keine Zielformulierung gab oder die vorgegebenen Ziele nicht passend waren. In der Therapie gelernte Strategien konnten außerdem häufig nicht in den Alltag übertragen werden. Positive Effekte wurden besonders im Bereich der Fein- und Graphomotorik benannt. Auch konkrete Alltagstipps und die Therapie im Setting Schule wurden als besonders hilfreich erlebt.

Insgesamt zeigte sich, dass der Einbezug der Eltern durch verschiedene Modelle, power-sharing und Empowerment im gesamten ergotherapeutischen Prozess eine entscheidende Rolle spielt. Eine klare Zielformulierung hilft die Ergebnisse der Therapie zu beurteilen. Das Arbeiten in der persönlichen Umwelt des Kindes kann die Übertragung in den Alltag gewährleisten. Inwieweit die Erkenntnisse aus internationalen Studien zu Modellen wie dem OPC in den nationalen Kontext übertragen werden können, muss in weiteren Studien untersucht werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ergotherapeutische Relevanz	1
1.2	Zielsetzung und zentrale Fragestellung	2
1.3	Aufbau der Forschungsarbeit	2
1.4	Überblick Literaturrecherche	3
2	Theoretischer Hintergrund.....	4
2.1	Krankheitsbild ASS.....	4
2.1.1	Klassifikation von Autismus	4
2.1.2	Symptomatik und Diagnostik.....	5
2.2	Alltag von Familien mit autistischen Kindern	7
2.3	Ergotherapie.....	8
2.3.1	Definition Ergotherapie	8
2.3.2	Die sechs Säulen der Ergotherapie	9
2.3.3	Ergotherapeutische Modelle	11
2.4	Die kanadische Modelltripleette	11
2.4.1	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement	11
2.4.2	The Canadian Model of Client-Centered Enablement	14
2.4.3	Canadian Practice Process Framework	16
2.5	Ergebnisse der Literaturrecherche zu ergotherapeutischen Interventionen bei ASS im internationalen Kontext	17
2.5.1	Occupational Performance Coaching	17
2.5.2	Sensorische Integrationstherapie.....	18
2.5.3	TEACCH-Ansatz.....	19
2.5.4	The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)	19
2.5.5	Family-centered care (FCC).....	20
2.6	Ergebnisse der Literaturrecherche zu ergotherapeutischen Interventionen bei ASS im nationalen Kontext.....	21
3	Methodisches Vorgehen	23
3.1	Forschungsdesign.....	23
3.1.1	Methodologische Prinzipien	24

3.2 Literaturrecherche.....	25
3.3 Das hypothetische Modell.....	25
3.4 Formulierung der Forschungsfrage	28
3.5 Datenerhebung durch Experteninterviews nach Gläser und Laudel	29
3.6 Forschungsethik	30
3.7 Gütekriterien qualitativer Forschung	30
4 Studiendurchführung / Forschungsprozess	32
4.1 Zeitplan	32
4.2 Beschreibung der Studienteilnehmer*innen.....	33
4.2.1 Einschlusskriterien.....	33
4.2.2 Ausschlusskriterien.....	33
4.3 Sampling/ Rekrutierung der Experten	33
4.4 Pretest.....	34
4.5 Durchführung der Interviews	34
4.6 Transkription	35
4.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel	36
4.6.2 Vorbereitung der Extraktion.....	36
4.6.3 Extraktion	38
4.7 Aufbereitung der Daten.....	38
5 Resultate	40
6 Diskussion.....	47
6.1 Wie lief der Prozess der ergotherapeutischen Behandlung ab?.....	47
6.2 Hatte die ergotherapeutische Behandlung Auswirkungen auf den Alltag der Familie?	51
6.3 Was hätten sich die Eltern noch von bzw. im Rahmen der Therapie gewünscht?.....	52
6.4 Stärken und Schwächen	54
6.4.1 Stärken der durchgeführten Studie	54
6.4.2 Schwächen der durchgeführten Studie	54
7 Schlussfolgerung	56
Literaturverzeichnis	58
Glossar	72
Abbildungsverzeichnis	74

Tabellenverzeichnis	74
Anlagenverzeichnis	75
Anlagen	76

1 Einleitung

„Gut fand ich auf jeden Fall, dass die Ergotherapeutin ... uns auch einen Weg gezeigt hat, wie es geht, ... da in seine kleine Welt mit reinzukommen.“ (TN4)

1.1 Ergotherapeutische Relevanz

In der S3-Leitlinie zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) (2016), die von der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde“ (DGPPN) und der „Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ (DGKJP) veröffentlicht wurde, wird ein stetiger Anstieg der Prävalenzrate (→G) von ASS seit dem Jahr 1980 beschrieben. Das Bundesumweltamt geht von einer weltweiten Prävalenzrate von 0,6 - 1% aus (Abelmann, 2018). Bölte (2009) beschreibt außerdem, dass eine deutlich höhere Prävalenz bei Jungen zu beobachten ist (Verhältnis 4:1). Kinder mit ASS gehören zur Zielgruppe der Ergotherapie (Baumgarten, 2016). Daher ist anzunehmen, dass auch eine Zunahme der Klienten mit ASS in der Ergotherapie zu erwarten ist. Um dem Anspruch einer evidenzbasierten Praxis (EBP) (→G) nachzukommen ist die Profession aufgefordert, sich mit evidenten (→G) Behandlungsmethoden wissenschaftlich auseinanderzusetzen (Hucke & Gans, 2009).

In einem Versorgungsreport von Klauber, Günster, Gerste, Robra und Schmacke (2016) wurde gezeigt, dass Ergotherapie nach Pharmakotherapie mit 24,9% die zweit häufigste verschriebene, von Krankenkassen finanzierte, Therapieform für Kinder mit ASS ist. Diese Zahl ist im internationalen Vergleich eine Besonderheit und nach Klauber et al. (2016) nicht gerechtfertigt, da Ergotherapie bei Kindern mit ASS nicht evident ist. Auch die Gesundheitswissenschaftlerin Höfer (2019) schreibt in ihrer Dissertation, dass Ergotherapie zwar häufig eingesetzt werde, wissenschaftlich aber nicht belegt sei.

In der S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN (2016) wird beschrieben, dass bei der Intervention von Kindern mit ASS sowohl die Lebensumwelt als auch die persönlichen und zeitlichen Ressourcen der Familie beachtet werden müssen. Im Ausland häufig angewendete Interventionsmethoden bei ASS, die diese Aspekte berücksichtigen und in internationalen Studien belegt werden können (→2.5) sind *The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)* (→2.5.4), *sensorische Integrations-therapie (SI)* (→2.5.2), *Occupational Performance Coaching (OPC)* (→2.5.1) etc.

Eine systematische Literaturrecherche (→3.2) nach nationaler Literatur zu ergotherapeutischen Interventionen bei ASS ergab, dass es derzeit noch keine hochwertige Evidenz (→2.6) gibt.

Der Vergleich von internationaler und nationaler Evidenz zeigt, dass in diesem Bereich weitere Forschung nötig ist, um den Einsatz von Ergotherapie bei ASS zu begründen.

In der vorliegenden Forschungsarbeit wird die ergotherapeutische Behandlung aus der Perspektive der Eltern betrachtet. Im aktuellen ergotherapeutischen Paradigma sollte der*die Klient*in mit seinen Wünschen im Zentrum der Behandlung stehen (Van der Hulst, Ollevier & Wouda, 2019). Aus diesem Grund entschieden die Forscherinnen die Elternperspektive in den Fokus der Forschungsarbeit zu stellen. So kann erfasst werden, inwieweit eine Verbesserung der aktuellen ergotherapeutischen Intervention in Zukunft aus Klientensicht notwendig ist und es kann eine Grundlage für weitere Forschung geschaffen werden, die den Einsatz von Ergotherapie bei ASS begründet.

1.2 Zielsetzung und zentrale Fragestellung

Wie in Kapitel 1.1 beschrieben, besteht eine Forschungslücke in Bezug auf die ergotherapeutische Intervention bei Kindern mit ASS in Deutschland. Deshalb ist das Ziel dieser Forschungsarbeit, die subjektiven Erfahrungen von in Deutschland lebenden Familien mit Kindern mit einer ASS in Bezug auf die ergotherapeutische Behandlung des Kindes zu ermitteln. Dabei liegt ein besonderes Interesse darin, ob die erprobte Behandlung auf den Alltag des Kindes bzw. der Familien abzielte, wie die Eltern den Therapieprozess erlebt haben und was für Wünsche sie in Bezug auf die Therapie noch gehabt hätten. Für diese Forschung wurde also die Klientenperspektive gewählt (→1.1).

Forschungsfrage:

Welche Erfahrung haben in Deutschland lebende Familien mit Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung mit Ergotherapie gemacht?

Leitfragen:

1. Wie lief der Prozess der ergotherapeutischen Behandlung ab?

2. Hatte die ergotherapeutische Behandlung Auswirkungen auf den Alltag der Familie?

3. Was hätten sich die Eltern noch von bzw. im Rahmen der Therapie gewünscht?

Die vorliegende Forschungsarbeit untersucht diese Fragen.

1.3 Aufbau der Forschungsarbeit

Diese Forschungsarbeit setzt sich aus insgesamt sieben Kapiteln zusammen. In Kapitel 2 wird zunächst der theoretische Hintergrund der Arbeit beschrieben. Dazu werden Informationen über die Klassifikation von Autismus (→2.1.1), Symptomatik und Diagnostik (→2.1.2) und dem Alltag mit einem Kind mit ASS (→2.2) gegeben. Anschließend werden die für die Arbeit relevanten Kernaspekte der Ergotherapie (→2.3) beschrieben. Im letzten Kapitel des theoretischen Hintergrundes werden sowohl internationale (→2.5) als auch nationale (→2.6) Interventionen für Kinder mit ASS dargestellt.

In Kapitel 3 wird das methodische Vorgehen innerhalb der Forschungsarbeit dargestellt. Hier werden neben dem Forschungsprozess (→3.2 - 3.5) auch das Forschungsdesign (→3.1), die Forschungsethik (→3.6) und die Gütekriterien (→3.7) beschrieben.

In Kapitel 4 steht die Durchführung der Forschung im Mittelpunkt. Der Zeitplan der Forschung (→4.1) wird vorgestellt, die Studienteilnehmer (→4.2) werden beschrieben und der Sampling-Prozess (→4.3) wird in diesem Kapitel dargestellt. Außerdem werden die Durchführung der Interviews (→4.5), die Transkription (→4.6) und die Datenauswertung (→4.7) aufgeführt.

In Kapitel 5 werden die Resultate der Forschung zusammengefasst.

In Kapitel 6 werden diese Resultate diskutiert (→6.1 – 6.3) und Stärken und Schwächen (→6.4) der Studie aufgezeigt. Im letzten Kapitel werden die Schlussfolgerungen dargestellt (→7).

1.4 Überblick Literaturrecherche

Der Forschungsprozess zeichnete sich durch eine umfangreiche nationale und internationale Literaturrecherche aus. Der Prozess der Literaturrecherche wird im Kapitel 3.2 genauer erläutert. Des Weiteren findet sich eine detaillierte Aufstellung der Datenbanken, der verwendeten Suchbegriffe sowie der Suchergebnisse in den Anlagen dieser Arbeit wieder (→A1).

Um die Qualität der Literatur zu gewährleisten und transparent darstellen zu können, wurden die verwendeten Studien, nach Möglichkeit unter der Bestimmung des Evidenzlevels nach Borgetto und Tomlin (2011), kritisch betrachtet (→A2).

2 Theoretischer Hintergrund

In den folgenden Kapiteln wird ein Überblick über das Krankheitsbild ASS und die Auswirkungen der Erkrankung auf den Alltag einer Familie gegeben. Außerdem werden die für die Arbeit relevanten ergotherapeutischen Grundlagen kurz beschrieben und die Studienlage zu internationalen und nationalen ergotherapeutischen Interventionen bei ASS wird zusammengefasst.

2.1 Krankheitsbild ASS

Das Krankheitsbild Autismus wurde im Wesentlichen von Leo Kanner (1894 – 1981) und Hans Asperger (1906 – 1980) geprägt; beide veröffentlichten im Jahr 1943 bzw. 1944 erste Beschreibungen der Erkrankung (Bölte, 2009). Diese dienten als Grundlage für die weitere Untersuchung der Erkrankung und für die Entwicklung von Diagnosekriterien, Versorgungsstrukturen etc. bis hin zur heutigen Klassifikation der Erkrankung (Bölte, 2009).

2.1.1 Klassifikation von Autismus

Autismus ist im „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10 Code) (→G) im Bereich der psychiatrischen Diagnosen, genauer im Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, wieder zu finden (F84.-) (WHO & DMDI, 2019).

Der ICD-10 Code nimmt eine Unterteilung in die Bereiche „frühkindlicher Autismus“ (F84.0), „atypischer Autismus“ (F84.1), „Rett-Syndrom“ (F84.2), „Asperger Syndrom“ (F84.5) und „sonstige und nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ (F84.8/F84.9) vor (WHO & DIMDI, 2019).

Seit 2015 gibt es die deutsche Übersetzung des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) in der 5. Überarbeitung (DGGPN & DGKJP, 2016). Der DSM ist das amerikanische Klassifikationssystem von psychischen Störungen (Bölte, 2009). Im DSM V wurden im Bereich des Autismus einige Änderungen vorgenommen. Die Unterteilung des Autismus in die verschiedenen Unterformen entfällt und alle autistischen Störungen werden zur Autismus-Spektrum-Störung zusammengefasst (DGKJP & DGPPN, 2016), da davon ausgegangen wird, dass alle autistischen Störungen grundlegend gleich sind und lediglich das Spektrum der Ausprägung sehr weit ist (Bölte, 2009). Auch die Einteilung der Symptombereiche wurde im DSM V verändert (→2.1.2) (DGPPN & DGKJP, 2016).

In Deutschland soll am 01. Januar 2022 der ICD-11 in Kraft treten. Dieser ist im Bereich des Autismus an den DSM V angeglichen (ICD-11 - 11. Revision der ICD der WHO, 2020).

Um alle Formen des Autismus mit einem Begriff zusammenfassen zu können und keine der Formen auszuschließen, wird in dieser Arbeit der Begriff der Autismus-Spektrum-Störung (ASS) verwendet.

2.1.2 Symptomatik und Diagnostik

Die Leitsymptomatik von ASS wird in drei Bereiche (Trias) gegliedert (Bölte, 2009).

Der erste Bereich ist die soziale Interaktion (DGPPN & DGKJP, 2016). Menschen mit ASS haben Schwierigkeiten in der Aufrechterhaltung und Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen (DGPPN & DGKJP, 2016). Mimik, Gestik, Blickkontakt, Empathie etc. sind häufig eingeschränkt. Durch das fehlende Verständnis für soziale Regeln gibt es ein großes Konfliktpotenzial (Bölte, 2009).

Der zweite Bereich ist die Kommunikation (DGPPN & DGKJP, 2016). Nach Bölte (2009) zeigen Kinder mit ASS häufig Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung und in der Sprechweise. Außerdem findet kaum oder keine nonverbale Kommunikation statt. Daraus ergibt sich, dass ein wechselseitiges Gespräch nicht möglich ist. Auch das fantasievolle Spielen ist fast immer eingeschränkt.

Den dritten Bereich stellen eingeschränkte repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten dar (DGPPN & DGKJP, 2016). Nach Bölte (2009) können bei vielen Menschen mit ASS sich wiederholende, ungewöhnliche Bewegungen beobachtet werden. Außerdem haben sie oft besonderes Interesse an speziellen Gerüchen, Geräuschen, Oberflächen etc. Auch Spezialinteressen, wie z.B. für Computer, Briefmarken oder Dinosaurier sind nicht selten. Gelegentlich kommt es auch zu einer starken Bindung an besondere Objekte wie Kuscheltiere (Bölte, 2009). Viele Kinder mit ASS brauchen außerdem ritualisierte Tagesabläufe und haben große Schwierigkeiten mit Veränderungen (DGPPN & DGKJP, 2016).

Die Ausprägung der Symptome verändert sich in den verschiedenen Lebensphasen und sie werden teilweise mit Kompensationsstrategien verdeckt, was die Diagnostik erschwert (DGPPN & DGKJP, 2016).

Nach der DGPPN und der DGKJP (2016) wurden im DSM V die Bereiche der sozialen Interaktion und der Kommunikation zu einem Bereich zusammengefasst und die stereotypen und repetitiven Verhaltensweisen bilden den zweiten Bereich. In Deutschland wird aktuell aber weiterhin nach dem ICD-10 und damit den drei Bereichen diagnostiziert. Neben der Leitsymptomatik gibt es häufig psychopathologische Begleitsymptome bei Menschen mit ASS (Lehnhardt et al., 2013).

TABELLE 1**Psychopathologische Begleitsymptome einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS)***

Bereich	Symptomatik	Häufigkeit	Quelle
Sensorik	Hyper-/Hyporeaktivität auf sensorische Einflüsse , z. B. intensive Wahrnehmung von Details, Abneigung gegenüber taktilen Reizen oder gegenüber Umwelteinflüssen (z. B. Geruch, Temperatur, Schmerz)	45–95 %	Crane et al. (2009) (e12), Ben-Sasson et al. (2009) (e13)
Schlaf	Schlafstörungen im Rahmen gestörter Schlafarchitektur, z. B. vermehrter REM-Schlaf	30–88 %	Godbout et al. (2000) (e14), Allik et al. (2006) (e15)
Aufmerksamkeit	Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen als mögliche Teilaspekte eines komorbiden AD(H)S	30–68 %	Yoshida et al. (2004) (e16), Lugnégård et al. (2011) (5)
Motorik	motorische Unbeholfenheit („motor clumsiness“), Manierismen, motorische Tics/Gilles-de-la-Tourette-Syndrom	11–20 %	Canitano et al. (2007) (e17), Jeste (2011) (e18)
Erleben	Halluzinationen und wahnhaftige Überzeugungen als meist flüchtige psychotische Symptome	6–15 %	Hofvander et al. (2009) (6), Skokauskas et al. (2010) (e19)
Essverhalten	eigentümliche Essensrituale, restriktives Essverhalten bis hin zur Anorexia nervosa	3–6 %	Zucker et al. (2007) (e20), Hofvander et al. (2009) (6)
Emotion	Emotionsregulationsstörungen , auto- und fremdaggressive bis hin zu delinquenten Verhaltensweisen	0–10 %	Anckarsäter et al. (2006) (e21), Newman et al. (2008) (e22)

*Angaben zur Häufigkeit bezogen auf die fett gesetzte Bedingung; AD(H)S, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom

Abbildung 1: Psychopathologische Begleitsymptome einer Autismus-Spektrum-Störung (Lehnhardt, 2013)

In Abbildung 1 sind die Hyper- und Hyporeaktivität auf sensorische Einflüsse sowie Schlafstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen als häufigste psychopathologische Begleiterscheinungen angegeben. Auch nach Häußler (2008) gehen ASS typischerweise mit einer Wahrnehmungsstörung einher: Bei betroffenen Kindern tritt häufig eine Hyper-, seltener auch eine Hyposensibilität gegenüber bestimmter Reize auf. Diese variieren von Kind zu Kind. Im auditiven System ist zu beachten, dass Kinder mit einer ASS Geräusche oft lauter wahrnehmen und Geräusche hören, die für andere Menschen kaum wahrnehmbar sind, wie z.B. die Geräusche ihres eigenen Herzschlags. Des Öfteren wird bei betroffenen Kindern außerdem eine Einschränkung im Richtungshören beobachtet. Eine verzerrte Wahrnehmung kann außerdem dazu führen, dass die Kinder Sprache nicht richtig verstehen und eine längere Verarbeitungszeit benötigen. Im visuellen Bereich haben die Kinder häufig die Fähigkeit winzige Details wahrzunehmen. Helles Licht und grelle Farben werden als unangenehm empfunden. Einschränkungen in der räumlichen Wahrnehmung können auch zu motorischer Ungeschicklichkeit führen (Häußler, 2008), was auch nach Lehnhardt et al. (2013) eine psychopathologische Begleiterscheinung von ASS darstellt.

Als Folge von Überempfindlichkeiten beim Riechen, Schmecken und Tasten kann es nach Häußler (2008) zu Vermeidungsverhalten kommen. Unterempfindlichkeiten haben ein erhöhtes Verletzungsrisiko im Alltag zur Folge.

Häußler (2008) führt auch die Einschränkungen in der Aufmerksamkeit (Lehnhardt et al., 2013) auf die Besonderheiten in der Wahrnehmung zurück. Intensive visuelle und auditive Reize können verhindern, dass das Kind sich auf Aufgaben fokussieren kann, weil unwichtige Reize nicht ausgeblendet werden können (Häußler, 2008).

Als eher selten vorkommende Begleitsymptome benennen Lehnhardt et al. (2013) Besonderheiten im Erleben, im Essverhalten und im Bereich der Emotionen.

2.2 Alltag von Familien mit autistischen Kindern

Die in Kapitel 2.1.2 beschriebenen Symptome von ASS wirken sich auch auf den Alltag und die Lebensqualität von Familien maßgeblich aus. Da jeder Mensch mit ASS anders ist, können auch die Herausforderungen des Alltags stark variieren (DGPPN & DGKJP, 2016).

Baumgarten (2016) beschreibt, dass Auffälligkeiten in den Bereichen „Theory of Mind“ (ToM) (\rightarrow G), der schwachen „zentralen Kohärenz“ (\rightarrow G) und in den „Exekutivfunktionen“ (\rightarrow G) zu Einschränkungen im Alltag der Kinder führen.

Die Beeinträchtigung im Bereich der ToM führt nach Baumgarten (2016) dazu, dass Kinder Gefühle und Gesten anderer nicht richtig erkennen können. Sie verstehen keine Ironie und sagen sehr direkt, was sie denken, weshalb sie von anderen oft als unhöflich wahrgenommen werden. Sie haben außerdem eine verlängerte Reaktionszeit, weil sie ihre Reaktion genau überdenken. Um im Alltag zurecht zu kommen und die Einschränkungen auszugleichen, wenden die Kinder häufig Strategien an, die ihnen dabei helfen, soziale Sachverhalte richtig einzuordnen. Dies erfordert eine große Anstrengung, weshalb das Kind schnell ermüdet (Baumgarten, 2016).

Die schwache „zentrale Kohärenz“ führt dazu, dass Kinder sowohl visuell als auch auditiv oft kleine Details wahrnehmen, den Gesamtzusammenhang aber nicht erfassen können. Sie haben Schwierigkeiten zu entscheiden, was in der jeweiligen Situation wichtig ist und verlieren sich oft in nicht relevanten Details (Baumgarten, 2016).

Einschränkungen in den „Exekutivfunktionen“ zeigen sich in einer geringen Impulskontrolle. Das Kind kann die Folgen seiner Handlungen nicht einschätzen. Oft sind auch Einschränkungen im Kurzzeitgedächtnis zu beobachten. Die Organisation von Aufgaben und Zeit fällt ihnen schwer. Außerdem können bestehende Strategien kaum verändert werden, was sich daran zeigt, dass die Kinder immer wieder dieselben Fehler machen (Baumgarten, 2016).

Diese Einschränkungen im Alltag werden auch durch interne Evidenzen (Holter, 2009; Bauerfeind, 2016) bestätigt.

Betroffene Familien schildern, dass sie im Alltag oft Probleme mit der Aggressivität des Kindes haben (Holter, 2009). Der Alltag muss sehr genau geplant werden und Abweichungen können von dem betroffenen Kind nur schwer akzeptiert werden (Bauerfeind, 2016).

Die in Kapitel 2.1.2 beschriebenen Einschränkungen in der sensorischen Wahrnehmung führen außerdem dazu, dass Ausflüge nur schwer möglich sind (Bauerfeind, 2016) und die Konzentration besonders in der Schule sehr eingeschränkt ist (Häußler, 2008).

Eine kanadische multiple Fallstudie (Jones, Bremer & Lloyd, 2017) untersuchte die Lebensqualität von Familien mit einem Kind mit ASS. Im Mittelpunkt der Untersuchung standen die Fragen, wie die Lebensqualität von Familien mit einem Kind mit ASS insgesamt ist und welche Aspekte des täglichen Lebens besonderen Einfluss auf die Lebensqualität haben. Die Studie bestätigte die Hypothese, dass Familien mit einem Kind mit ASS im Allgemeinen eine geringere Lebensqualität und das Gefühl, nicht genügend Unterstützung zu bekommen, haben. Außerdem wurde deutlich, dass Freizeit und Erholungshandlungen für den Großteil der Befragten eine wichtige Rolle spielen. Nur ein Drittel der Befragten gab an, das Kind mit ASS an den Freizeit- und Erholungshandlungen zu beteiligen.

Eine niederländische Vergleichsstudie (De Vries & Geurts, 2015) untersuchte den Einfluss von ASS-Merkmalen und exekutiven Funktionen auf die Lebensqualität des Kindes mit ASS. Als Vergleichsgruppe diente eine Gruppe von Kindern ohne eine medizinische Diagnose. Alle Kinder waren zwischen

acht und zwölf Jahre alt. Die Studie bestätigte, dass die Kinder mit ASS eine geringere Lebensqualität haben als die Kinder ohne Diagnose. Die Einschränkung der Lebensqualität hing zusätzlich von der Stärke der Ausprägung der ASS-spezifischen Merkmale und den Einschränkungen in den exekutiven Funktionen ab. Der IQ der Kinder, sowie die Beeinträchtigungen in der Sprache, hatten keinen Einfluss auf die Lebensqualität.

Eine Einzelfallstudie aus dem Iran von Salehi, Raji, Mahmoodian, Dadgar und Baghestani (2017) untersuchte die Lebensqualität von Müttern mit einem Kind mit ASS und den Zusammenhang mit dem Schweregrad der Symptome und dem Betätigungsverhalten des Kindes. In der Studie konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung der ASS und der Lebensqualität der Mütter festgestellt werden (Salehi et al., 2017). Es konnte außerdem ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebensqualität der Mutter und dem Betätigungsverhalten des Kindes gefunden werden. Die Autor*innen der Studie empfehlen, dass der Schweregrad der Symptome reduziert und das Betätigungsverhalten des Kindes gestärkt werden muss.

Die in diesem Kapitel aufgeführte Literatur zeigt, dass ein großer Unterstützungsbedarf besteht, da Kinder mit ASS, Eltern und Geschwister in ihren Betätigungen eingeschränkt sind und durch die Symptome der ASS eine geringere Lebensqualität haben.

2.3 Ergotherapie

Von Interesse in dieser Forschungsarbeit sind die Erfahrungen mit Ergotherapie von Familien mit Kindern mit ASS, weshalb in den folgenden Kapiteln die Definition des Berufes Ergotherapie (→2.3.1), Kernelemente der Ergotherapie (→2.3.2), ergotherapeutische Modelle (→2.3.3) und die kanadische Modelltriple (→2.4) theoretisch genauer beleuchtet werden.

2.3.1 Definition Ergotherapie

Die Definition der Ergotherapie dient dazu, den Beruf beschreiben zu können. Die Definition kann zu einer größeren Berufsidealität führen und einen gemeinsamen Ausgangspunkt darstellen (Miesen, Christopher & Mentrup, 2009). Die Kernpunkte des zeitgenössischen Paradigmas (→G) der Ergotherapie finden sich in der aktuellen Definition des Berufes wieder:

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. (DVE, 2007)

Die vorliegende Forschungsarbeit stützt sich auf diese Definition von Ergotherapie. Die genannten Aspekte werden im weiteren Verlauf der Arbeit in Bezug auf ASS näher betrachtet: Mögliche Einschränkungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit sind in Kapitel 2.2 näher beschrieben. Auch die persönliche Umwelt und die Stärkung dieser (in besonderem Maße der Eltern) finden in Kapitel 2.2 Beachtung. Spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung werden in

den Kapiteln 2.5 und 2.6 näher betrachtet. Der Prozess der ergotherapeutischen Behandlung und die Auswirkungen auf den Alltag, sowie Wünsche der Eltern an die Therapie werden in dieser Arbeit dargestellt (→5 - 7).

Die in der Definition genannten Bereiche der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit sind interessante Aspekte aus dem ergotherapeutischen Inhaltsmodell *The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP-E) (→2.4.1), welche im Verlauf vertiefend aufgegriffen werden.

2.3.2 Die sechs Säulen der Ergotherapie

Die sechs Säulen sind Grundannahmen oder Prinzipien, die in vielen Berufsprofilen als Basis und Handlungsorientierungen für Ergotherapeut*innen dienen (Cup & Van Hartingsveldt, 2019):

1. SÄULE	2. SÄULE	3. SÄULE	4. SÄULE	5. SÄULE	6. SÄULE
Klientenzentrierung (→2.3.2.1)	Betätigungsbasierung (→2.3.2.2)	Kontextbasierung (→2.3.2.3)	Evidenzbasierung (→A3)	Technologiebasierung (→A3)	Populationsbasierung (→A3)

Tabelle 1: Darstellung der 6 Säulen der Ergotherapie nach Cup und Van Hartingsveldt (2019)

Die ersten drei Säulen, welche auch in der Berufsdefinition vom DVE im Mittelpunkt stehen (→2.3.1), werden an dieser Stelle genauer erläutert, da sie Kernelemente dieser Arbeit sind.

2.3.2.1 Säule 1: Klientenzentrierung

Die *Klientenzentrierung* hat ihren Ursprung in der Arbeit von Carl Rogers in den 1950er Jahren und ist eine der Kerndomänen in der Ergotherapie (Polatajko & Townsend, 2013).

Schon im Jahr 1983 beschrieb der kanadische Berufsverband in seiner veröffentlichten Leitlinie die Ergotherapie als klientenzentriert (Townsend & Polatajko, 2013) und im Jahr 2010 positionierte sich auch die „World Federation of Occupational Therapists“ (WFOT) dahingehend, dass klientenzentriert gearbeitet werden soll.

Weiter beschreibt der WFOT (2010) die klientenzentrierte Arbeit: Der*die Ergotherapeut*in arbeitet mit den Klient*innen in dem Sinne zusammen, dass die Person mit ihren Bedürfnissen und Sichtweisen im Mittelpunkt der Behandlung steht. Fisher (2009) macht deutlich, dass die klientenzentrierte Arbeit für den*die Therapeut*in bedeutet, dass er sich bewusst auf den*die Klient*in mit seinen*ihren Bedürfnissen und Wünschen einlassen muss. Es ist fundamental, dass der*die Klient*in aktiv an Entscheidungen über Ziele und Art der Therapie beteiligt ist.

Klient*innen können einzelne Personen, Familien, Gruppen, Organisationen oder sogar Populationen sein (Townsend & Polatajko, 2013). In dieser Arbeit wird auch die Familie des Kindes mit ASS als Klient*in gesehen.

2.3.2.2 Säule 2: Betätigungsbasierung

Yerxa (1998) betonte in den 90er Jahren, dass der Begriff und die Idee der Betätigung eine philosophische Grundhaltung der Ergotherapie seien und dies die Ergotherapie von anderen Professionen bedeutend unterscheidet.

Der Begriff Betätigung wurde schon früher in verschiedener ergotherapeutischer Literatur erläutert und hat in der Entwicklung der ergotherapeutischen Profession einen bedeutenden Wandel durchlaufen (Polatajko & Townsend, 2013). Polatajko (2001) fasste zusammen, dass Betätigung in der Ergotherapie zunächst die Bereitstellung von Aktivitäten zur Ablenkung war, bis schließlich der therapeutische Nutzen von Betätigung erkannt wurde. Die „Canadian Association of Occupational Therapists“ (CAOT) definiert den Begriff Betätigung (engl. occupation) als Gruppe von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, die durch Individuen und deren Kultur an Wert und Bedeutung gewinnen (CAOT, 2002; CAOT & Townsend, 1997). Betätigung ist alles, was eine Person tut, um sich zu beschäftigen (Polatajko & Townsend, 2013). Das umschließt die Bereiche der Freizeit, Selbstversorgung und Produktivität eines Menschen (Polatajko & Townsend, 2013). Betätigung steht im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Denkweise und wird als therapeutisches Mittel eingesetzt (Polatajko & Townsend, 2013). Eine Betätigung eines Kindes mit ASS im Bereich Produktivität kann z.B. die Teilnahme am Morgenkreis in der Kita sein.

In Kielhofners *Model of Human Occupation* (Taylor, 2017) bedeutet *Betätigungsbasierung*, während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses die Betätigung in den Fokus zu setzen. Der*die Ergotherapeut*in muss sich bemühen den*die Klient*in im Licht seiner*ihrer Interessen, Gewohnheiten und der tatsächlichen Ausführung von spezifischen Betätigungen zu sehen. Das *Engagement* des*der Klient*in sollte im Kontext einer für ihn*sie bedeutsamen Betätigung untersucht werden.

Mit *Engagement* ist das an etwas beteiligt sein gemeint, das man selbst tut, das man gemeinsam mit anderen tut oder das jemand anderes tut und das Nachdenken darüber (Van Hartingsveldt & Piškur, 2019). Beteiligt sein reicht also über die tatsächliche Ausführung einer Aktivität hinaus (Van Hartingsveldt & Piškur, 2019). Es geht darum, die Person an für sie bedeutungsvollen Betätigungen zu beteiligen. Je nach Fähigkeiten der Person kann diese Beteiligung aktiv oder passiv sein (Townsend & Polatajko, 2013).

Im Fall des Kindes mit ASS könnte also die Ermöglichung der Teilnahme am Morgenkreis im Fokus der Therapie stehen, egal ob aktiv, in dem es sich einbringt, oder passiv, wenn es nur dabei sitzt.

2.3.2.3 Säule 3: Kontextbasierung

Cup & Hartingsveldt (2019) machen deutlich, dass ergotherapeutische Interventionen immer im Kontext des*der Klient*in stattfinden sollten, also in der persönlichen Umwelt. Wenn es nicht möglich ist, die ergotherapeutische Intervention im direkten Umfeld des*der Klient*in durchzuführen, sollte als Anhaltspunkt immer die Umwelt der Betätigungsfrage fokussiert werden (Cup & Hartingsveldt, 2019). An der Teilhabe des Kindes mit ASS im Morgenkreis sollte folglich direkt in der Kita gearbeitet werden. Wenn dies nicht möglich ist, sollten die Umweltbedingungen der Kita trotzdem, so gut wie möglich, in der Therapie berücksichtigt werden.

Umwelt und Betätigung haben eine wechselseitige Beziehung (Cup & Van Hartingsveldt, 2019). Die Umwelt hat somit einen Einfluss auf die Betätigung und umgekehrt (Manuel, 2003). Daher wird deutlich, dass neben der zuvor erläuterten *Betätigungsbasierung*, der Kontext des*der Klient*in, wie z.B. das häusliche Umfeld, die Schule oder der Kindergarten eines Kindes, eine ebenso große Rolle in der ergotherapeutischen Intervention spielt.

2.3.3 Ergotherapeutische Modelle

Um die Aspekte der *Klientenzentrierung*, der *Betätigungsbasierung* und der *Kontextbasierung* umsetzen zu können, nutzen viele Ergotherapeut*innen in ihrem Berufsalltag Inhalts- und Prozessmodelle. Der folgende Kapitelabschnitt bezieht sich auf die Beschreibung der Begriffe *Inhaltsmodell* und *Prozessmodell* nach Kinébanian & Logister-Proost (2019):

Ergotherapeutische *Inhaltsmodelle* geben eine Struktur und halten den Fokus des Therapeuten auf der Betätigung und der Betätigungsumwelt des*der Klient*in. Sie geben einen Gesamtüberblick über Klient*innen und die Betätigungswünsche.

In der Ergotherapie gibt es mehrere *Inhaltsmodelle*, sie werden auch als ergotherapeutische Brille bezeichnet, durch die geschaut wird, um gemeinsam mit dem*der Klient*in Informationen ordnen zu können (Kinébanian & Logister-Proost, 2019).

Prozessmodelle beschreiben die einzelnen Schritte, die der*die Therapeut*in und der*die Klient*in gemeinsam durchlaufen. Allgemein besteht ein *Prozessmodell* aus den Phasen: Kennenlernen, Inventarisieren, Zielsetzung, Ausführung des Plans und der Evaluation (Kinébanian & Logister-Proost, 2019).

2.4 Die kanadische Modelltriplette

In dieser Arbeit wird der*die Klient*in, ein Kind mit ASS und seine Familie, durch das kanadische *Inhaltsmodell CMOP-E* (→2.4.1) und dem dazugehörigen *Prozessmodell* dem *Canadian Practice Process Framework (CPPF)* (→2.4.3) betrachtet (Townsend & Polatajko, 2013), weshalb diese in den folgenden Kapiteln genauer erläutert werden.

Zur Triplette gehört außerdem das *Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)* (→2.4.2), welches die Kernkompetenzen der Ergotherapeut*innen darstellt (Townsend & Polatajko, 2013).

Zum *CMOP-E* zugehörig ist außerdem das *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*, ein Assessment (→G) zur Ermittlung von Betätigungsanliegen des*der Klient*in (Law et al., 2020). Auf dieses Assessment soll im weiteren Verlauf der Arbeit nicht näher eingegangen werden.

2.4.1 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Das *CMOP-E* ist aus einem Projekt zur Entwicklung von Leitlinien im Jahr 1997 entstanden (Van Hartingsveldt & Piškur, 2019). Ursprünglich war es das *Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)*. Im Jahr 2007 wurde das Modell überarbeitet und das *Engagement* (→2.3.2.2) wurde mit in das Modell aufgenommen (Van Hartingsveldt & Piškur, 2019).

Im Modell finden sich drei der sechs Säulen der Ergotherapie wieder (→2.3.2): Die *Klientenzentrierung*, die *Betätigungsbasierung* und die *Kontextbasierung* (Van Hartingsveldt & Piškur, 2019).

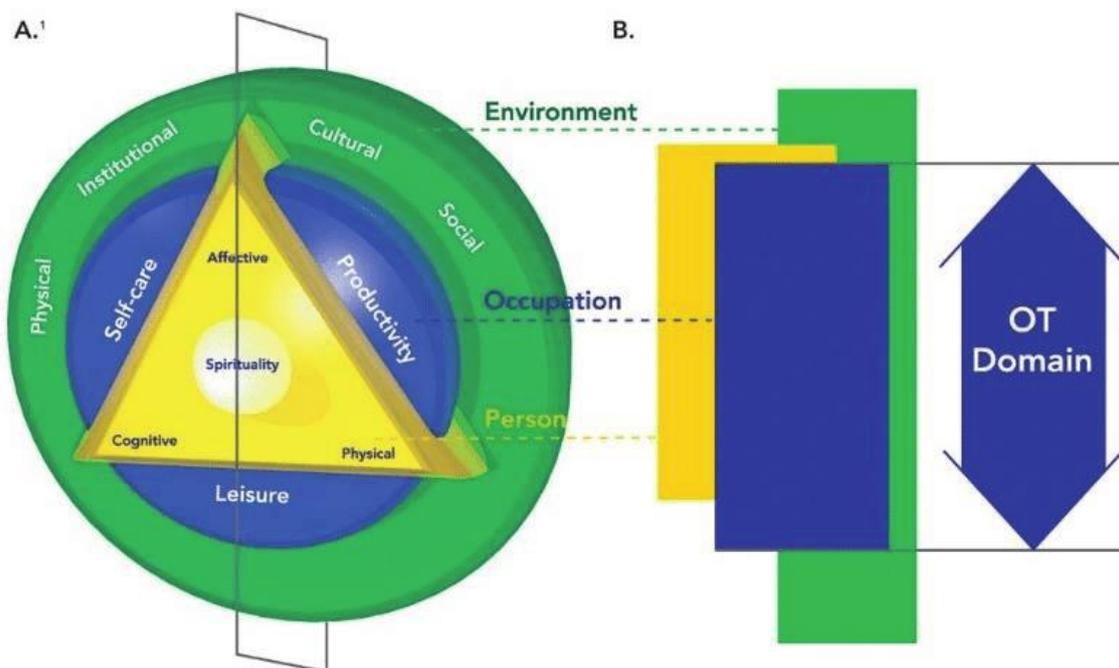


Abbildung 2: The CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013)

Wie in Abbildung 2 dargestellt, besteht das Modell aus den Bereichen der Person (gelb), der Betätigung (blau) und der Umwelt (grün) (Townsend & Polatajko, 2013).

Im Vordergrund steht die ganzheitliche Betrachtung des Klienten, d.h. der Klient wird im Zusammenhang mit seiner Umwelt und seinen Betätigungen gesehen (Van Hartingsveldt & Piškur, 2019).

Der folgende Absatz bezieht sich auf die Autorinnen Townsend und Polatajko (2013), die die Bereiche des *CMOP-Es* folgendermaßen definieren:

Zur Person gehört der Aspekt der Spiritualität. Darunter wird im *CMOP-E* verstanden, was den*die Klient*in motiviert und antreibt, die Dinge, „für die er*sie brennt“. Zur Person gehören außerdem die physischen, kognitiven und affektiven Komponenten, die die Fähigkeiten der Person beschreiben.

Zum Bereich der Betätigung gehören die Bereiche Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit. Alle Handlungen, die eine Person ausführt, können einem dieser Bereiche zugeordnet werden.

Der dritte Bereich umfasst die Umwelten, in denen der*die Klient*in lebt. Dazu gehören die physische, die institutionelle, die kulturelle und die soziale Umwelt.

Ergotherapie setzt an der Schnittstelle aller drei Bereiche an. Sowohl die persönlichen Fähigkeiten als auch die verschiedenen Umwelten haben Auswirkungen auf das Betätigungsverhalten des*der Klient*in.

Betrachtet der*die Ergotherapeut*in ein Kind mit ASS durch die Brille des *CMOP-Es*, schaut er*sie zunächst, was das Kind begeistert. Besonders bei Kindern mit ASS gibt es oft stark ausgeprägte Spezialinteressen (→2.1.2). Der Ergotherapeut betrachtet außerdem die kognitiven, affektiven und physischen Fähigkeiten des Kindes sowie die Betätigungsanliegen, also die Einschränkungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit (→2.2).

Dieser Bereich ist für die vorliegende Forschungsarbeit von besonderer Bedeutung, da die Auswirkungen der Ergotherapie auf den Alltag der Familie und die Betätigungsanliegen des Kindes ein wesentlicher Aspekt der Untersuchung sind. Die vier Umwelten müssen ebenfalls betrachtet werden. Besonders die soziale Umwelt, also die Familie des Kindes, aber auch andere unterstützende Personen spielen hier eine wichtige Rolle. Auch die institutionelle Umwelt des Kindes, also die Schule oder der Kindergarten, sowie die Unterstützung durch verschiedene Therapien, muss beachtet werden. Aufgrund der Wahrnehmungsstörungen muss auch die physische Umwelt ggfs. angepasst werden, um störende Reize durch die Hypersensibilität (→2.1.2) zu minimieren.

Ein wichtiger Aspekt des *CMOP-Es* ist das *Engagement* (→2.3.2.2). Es geht darum, die Person an für sie bedeutungsvollen Betätigungen zu beteiligen. Je nach Fähigkeiten der Person kann diese Beteiligung aktiv oder passiv sein.

Außerdem beschreiben Townsend und Polatajko (2013) *power-sharing* als einen wichtigen Aspekt der *klientenzentrierten* Ergotherapie. In ihrer Definition beschreiben sie *power-sharing* als eine direkte Aufforderung an den*die Klient*innen über seine*ihre Betätigungen und die Ergotherapie selbst zu bestimmen. Dazu ist ein großes Bewusstsein und eine Aufklärung über die Bedeutung von *power-sharing* nötig. Es ist die Aufgabe des*der Therapeut*in den*die Klient*in durch das Aufzeigen von Möglichkeiten und Ressourcen dazu zu bringen, eigene Verantwortung zu übernehmen.

Die Autorinnen gehen davon aus, dass der*die Klient*innen selbst Expert*innen für ihre eigenen Bedürfnisse sind und sie Wissen, an welchen Betätigungen sie teilhaben wollen. Wichtige Voraussetzungen für erfolgreiches *power-sharing* sind Interesse, Wissen, Empathie, Vertrauen u.v.m.

Auch bei der Behandlung von Kindern mit ASS spielt *power-sharing* eine wichtige Rolle. In diesem Fall geht es besonders darum, die Eltern als erweiterte Klient*innen in die Therapie miteinzubeziehen und diese dazu zu ermutigen, aktiv an der Bearbeitung der Betätigungsanliegen des Kindes bzw. der ganzen Familie mitzuarbeiten.

In Amerika gibt es mit der *family-centered care (FCC)* (→2.5.5) ein eigenes Modell in der Pflege, das den Einbezug der Eltern in die Therapie vorsieht. Hier gibt es viele Studien, die belegen, dass der Einbezug der Eltern von Kindern mit ASS zu einem größeren Behandlungserfolg führt (Kuhaneck, Madonna, Novak & Perason, 2015, An, 2017, Gabovitch & Curtin, 2009).

In der Ergotherapie gibt es bisher nur wenige Modelle, die das *power-sharing* bzw. die Elternarbeit aufgreifen. Ein Beispiel für ein ergotherapeutisches Modell, das besonders international häufig angewendet wird, ist das *Occupational Performance Coaching (OPC)* (→2.5.1).

2.4.2 The Canadian Model of Client-Centered Enablement

Die Beschreibung des *CMCEs* erfolgt auf Grundlage der Autorinnen Townsend und Polatajko (2013): Das *CMCE* basiert ebenfalls auf der *Klientenzentrierung* (→2.3.2.1) und verdeutlicht die mögliche Zusammenarbeit zwischen dem*der Klient*in und dem*der Therapeut*in. In Abbildung 3 wird die Zusammenarbeit durch gebogene Linien als dynamisch und einer gewissen Veränderung unterworfen dargestellt, sie ist nicht vorhersehbar. Start und Ende der Zusammenarbeit entsprechen dem jeweils ersten und letzten Aktionspunkt des *CPPFs*. Ziel der Zusammenarbeit ist immer das Ermöglichen des Betätigens (*Enablement*). Um dies zu erreichen, stehen dem*der Therapeut*in zehn *Enablement-Skills* (Befähigungsfertigkeiten) zur Verfügung (in der Grafik als Rechtecke dargestellt). Sie stehen im Zentrum dieses Modells. Die Skills werden je nach Kontext des Klienten in veränderter Priorität eingesetzt. Die zehn Fertigkeiten sind: *Anpassen, eintreten für, coachen, kooperieren, beraten, koordinieren, entwickeln und entwerfen, ausbilden, teilhaben und spezialisieren*.

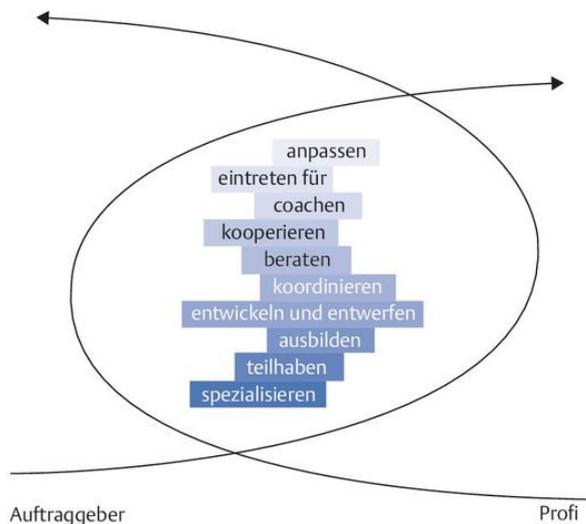


Abbildung 3: Canadian Model of Client-Centred Enablement (Le Grasse et al, Kap. 8.5, E-Book)

Im Folgenden soll auf die Skills *Coachen* (→2.4.2.1) und *Beraten* (→2.4.2.2) etwas detaillierter eingegangen werden, da sie für diese Arbeit eine wichtige Rolle spielen.

2.4.2.1 Coachen

In „Enabling Occupation“ (Polatajko & Townsend, 2013) wird der *Enablement-Skill Coach* als eine spezifische Gesprächspartnerschaft beschrieben, die es dem*der Klient*in ermöglicht zu klären, was für ihn*sie wichtig ist und auf individuelle Stärken, Ressourcen und Kreativität zuzugreifen. Es werden Ziele festgelegt und ein Aktionsplan bestimmt, um diese spezifischen Ziele zu erreichen. Der Coach führt, betreut und leitet den*die Klient*in, um Denken und Prioritäten neu zu gestalten, um eine größere Übereinstimmung zwischen der Selbstwahrnehmung und den Handlungen des*der Klient*in zu erzielen. *Coaching* kann auch bei Familien angewendet werden. Kufner und Scholz-Schwärzler (2012, S. 11) schreiben in ihrem Artikel: „Insgesamt meint Coaching also auch Beratung, wobei es sich von

einem reinen Beratungsprozess unterscheidet bzw. diesen erweitert, indem es mehr auf die „bewusste Selbstveränderung und Selbstentwicklung“ des Ratsuchenden ausgerichtet ist“. Sie schreiben weiter, dass durch die Kompetenz *Coachen*, die zentralen Theorien der Ergotherapie zur Geltung kommen, wie der*die Klient*in als Expert*in in eigener Sache durch *Enablement* zu größtmöglicher Selbstbestimmung und Teilhabe durch Betätigung kommen kann. Im Kapitel 2.5.1 in dieser Arbeit, wird das *Occupational Performance Coaching* erläutert, welches ein Modell zum ergotherapeutischen *Coachen* von Familien ist.

2.4.2.2 Beraten

Townsend & Polatajko (2013) erläutern *Beraten* wie folgt:

In der ergotherapeutischen Intervention ist die *Beratung* sehr umfangreich und allgegenwärtig. Kernpunkte der *Beratung* sind in Kombination mit anderen Skills das Sammeln von Informationen, das Nachdenken über verschiedene Perspektiven und das Entwerfen von alternativen Vorschlägen. Die zu beratenden Klient*innen können Einzelpersonen, aber auch Gruppen oder Organisationen sein.

Le Grasse et al. (2019, S. 606) definiert die Berufskompetenz *Beraten* folgendermaßen: „Der Ergotherapeut berät auf methodische Art und Weise andere Personen über notwendige pflegerische oder begleitende Maßnahmen, Hilfsmittel und unterstützende Ausstattungen, über Arbeit und Arbeitsbedingungen, sodass die Partizipation und Inklusion des Betroffenen zunimmt.“

Bei der Intervention von Kindern mit ASS kann besonders die *Beratung* der Eltern eine zentrale Rolle spielen; auch in Bezug auf nötige Hilfsmittel für das Kind mit ASS. So kann der Ergotherapeut, im Zuge einer *Umfeldberatung*, dem Kind mit ASS das Tragen von schalldämmenden Kopfhörern empfehlen, um eine Überempfindlichkeit im auditiven Bereich entgegenzuwirken. Aber auch visuelle Hilfsmittel, wie Bildkarten, können dem Kind mit ASS als Unterstützung im Alltag dienen, sie finden z.B. im *TEACCH-Ansatz* (→2.5.3) Anwendung.

2.4.3 Canadian Practice Process Framework

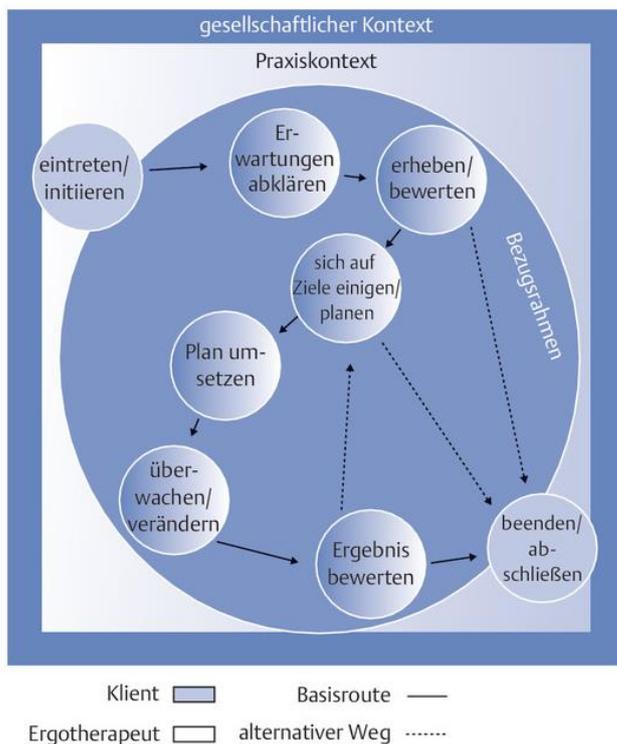


Abbildung 4: Canadian Practice Process Framework (Le Granse et. al, 2019, Kap. 18.3 (E-Book))

Townsend & Polatajko (2013) beschreiben den Verlauf einer ergotherapeutischen Behandlung anhand des CPPFs: Es umfasst den *gesellschaftlichen Kontext*, den *Praxiskontext* und den *Bezugsrahmen* (→G), sowie einen prozessorientierten Teil, zusammengefasst in acht Aktionspunkte (→Abb.4).

Die Autor*innen beschreiben weiter, dass der *gesellschaftliche Kontext* und der *Praxiskontext* den Rahmen des CPPF's bilden. Der *Praxiskontext* besteht aus der kulturellen, institutionellen, physischen und sozialen Umwelt des*der Klient*in. Sie nehmen Einfluss auf das Betätigungsverhalten. Im Mittelpunkt des Modells stehen der*die Therapeut*in und der*die Klient*in (Davis, Craik & Polatajko, 2013). Der*die Therapeut*in wird durch das Modell unterstützt, die Inhalte des *CMOP-Es* (→2.4.1) anzuwenden und der*die Klient*in wird im Rahmen des CPPFs als Experte seiner eigenen Betätigung gesehen. Er*sie ist der*diejenige, der*die die Entscheidungen als kompetente und ernstzunehmende Person trifft (Davis et al., 2013). Wie bereits beschrieben, nutzt der*die Therapeut*in im Prozess *Enablement-Skills*, um den Klient*innen Betätigung zu ermöglichen. Eine wichtige Grundlage spielt die vorab erläuterte Zusammenarbeit zwischen dem*der Therapeut*in und dem*der Klient*in. Sie bildet die Basis der Aktionspunkte zwei bis acht. Für diese sechs Punkte betonen die Autorinnen besonders: „power-sharing as much as possible or desired“ (Townsend & Polatajko, 2013, S.251).

Für diese Arbeit ist von Interesse, wie diese Zusammenarbeit zwischen dem*der Therapeut*in und der Familie abgelaufen ist, ob die Eltern bei der Ermittlung der Betätigungsanliegen ihrer Kinder aktiv miteinbezogen wurden und wie die Familie diesen Prozess wahrgenommen hat.

PROZESSCHRITT	AKTIONEN
1. Eintreten/Initiieren	<ul style="list-style-type: none"> - Erstkontakt - Anfrage/Verordnung
2. Rahmenbedingungen klären	<ul style="list-style-type: none"> - Beginn der Zusammenarbeit - Erwartungen abklären - Betätigungsanliegen finden - Durchführung des COPMs
3. Erheben/bewerten	<ul style="list-style-type: none"> - Einsatz weiterer Assessments - Person, Umwelt und Betätigung analysieren - Ressourcen finden
4. Sich auf Ziele einigen/planen	<ul style="list-style-type: none"> - Ziele festlegen - Einen Plan machen
5. Den Plan umsetzen	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzen des Plans - Dokumentation - Einbezug von Angehörigen
6. Überwachen/verändern	<ul style="list-style-type: none"> - Strategien überprüfen - Ggfs. Anpassen
7. Ergebnis bewerten	<ul style="list-style-type: none"> - Assessments wiederholen, um Ergebnisse zu evaluieren und zu dokumentieren - Gibt es neue Ziele?
8. Beenden/abschließen	<ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse besprechen - Möglichkeit zur Wiederaufnahme der Therapie besprechen - Evtl. Überweisung an Dritte planen

Tabelle 2: Darstellung der 8 Aktionspunkte des CPPF's nach Davis, Craik und Polatajko (2013)

2.5 Ergebnisse der Literaturrecherche zu ergotherapeutischen Interventionen bei ASS im internationalen Kontext

In diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick über internationale ergotherapeutische Interventionen für ASS und die Studienlage zu den Interventionen gegeben.

2.5.1 Occupational Performance Coaching

Das Modell des *Occupational Performance Coaching (OPC)* wurde im Jahr 2008 von Graham, Rodger und Ziviani im „Australian Occupational Therapy Journal“ publiziert. Das Modell von Graham, Rodger und Ziviani (2008) basiert auf den Ansätzen der *Familienzentrierung* und der *Betätigungsorientierung*. Auch *Enablement* ist ein wichtiger Aspekt des Modells. Das OPC möchte alle drei Aspekte in einem Modell für ergotherapeutisches *Coaching* zusammenbringen. Das Ziel ist, dass Eltern und Kinder für

sie bedeutungsvolle Betätigungen ausführen können und eine größtmögliche Teilhabe erreicht wird. Dazu lernen die Eltern, wie sie Probleme lösen, um selbstgesetzte Ziele zu erreichen. Diese Ziele können sowohl eigene Betätigungsanliegen als auch Betätigungsanliegen ihrer Kinder betreffen. Diese Betätigungen können im häuslichen Umfeld oder im *gesellschaftlichen Kontext* stattfinden. Die Eltern entwickeln durch gezieltes ergotherapeutisches *Coaching* die Fähigkeit, Barrieren zu erkennen und die Betätigungsumwelt für ihr Kind optimal anzupassen und dadurch Teilhabe zu ermöglichen.

Eine Mixed-Methods-Studie, die ebenfalls von Graham, Rodger und Ziviani (2014) durchgeführt wurde, hat untersucht, welche Erfahrungen Mütter mit der Teilnahme am *OPC* gemacht haben. 83% der in die Studie involvierten Kinder hatten keine medizinische Diagnose, ein kleiner Teil (3,8%) waren Kinder mit Asperger-Autismus und die übrigen Kinder hatten eine leichte geistige Behinderung. Alle Kinder waren zwischen fünf und zwölf Jahre alt und hatten altersentsprechende Probleme in der kindlichen *Betätigungsperformanz* in mindestens drei Bereichen des *COPMs*.

Aller Mütter beschrieben positive Erfahrungen in Zusammenhang mit dem *OPC* und würden das *Coaching* weiterempfehlen. Als besonders positiv wurden die Verbesserungen in den Bereichen der Selbsteinsicht (Anpassen des eigenen Verhaltens, Vertrauen in Instinkte) und der Nutzung von Strategien zur Unterstützung des *Performanzvermögens* des Kindes (Problemlösestrategien, Verhaltensstrategien...) beschrieben.

Dunn, Little, Pope und Wallisch (2018) untersuchten die Zuverlässigkeit des *OPCs* anhand von 17 Familien, die ein Kind mit einer ASS haben. Die Studie fasst wichtige Aspekte zusammen, die bei der Durchführung des *OPCs* beachtet werden müssen. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte ist das *OPC* eine evidente, zuverlässige Behandlungsmethode für Familien mit Kindern mit ASS.

2.5.2 Sensorische Integrationstherapie

Hartmann (2018) beschreibt, dass es das Ziel der *sensorischen Integrationstherapie* ist, Defizite im Bereich der Wahrnehmung auszugleichen: Sensorische Integration wird hier z.B. mit Übungen zur Stimulierung von Gleichgewichtserfahrungen durch Rollbretter oder Schaukeln geschult.

Die Wirkung der *sensorischen Integrationstherapie* nach Ayres, aus dem Jahre 1989, bei Kindern mit ASS konnte in vielen internationalen Studien nachgewiesen werden: In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2019 (Schoen et al., 2019) wurde bei genauer Einhaltung der von Jean Ayres vorgeschriebenen Aspekte eine gute Wirksamkeit der *sensorischen Integrationstherapie* bestätigt. Die Metaanalyse basiert auf drei Studien aus den Jahren 2011 bis 2014 und untersuchte die Wirksamkeit von *SI* bei Kindern von vier bis zwölf Jahren.

In einer amerikanischen Einzelfallstudie Schaaf, Benevides und Hunt (2012) wurden neben den Problemen in der sensorischen Integration auch Betätigungsprobleme erfasst und es wurden entsprechende Ziele festgelegt. Nach der Durchführung der *sensorischen Integrationstherapie* verbesserte sich sowohl die Anpassungsfähigkeit des Jungen als auch die Teilhabe, da er in seinem Verhalten flexibler wurde, sich besser konzentrieren konnte und z.B. beim Anziehen weniger Unterstützung von seinen Eltern brauchte.

Eine japanische Pilotstudie (Iwanaga et al., 2014), die die Wirkung von Gruppentherapie mit der Wirkung von *sensorischer Integrationstherapie* bei Kindern mit ASS vergleicht, konnte ebenfalls bestätigen, dass die Kinder, die *SI* bekamen, besonders ihre Koordination, sowie ihre kognitiven und visuo-motorischen Fähigkeiten verbessern konnten. Einzig die verbalen Fähigkeiten haben sich nicht verbessert.

Hartmann (2018, S.135) hingegen sagt aus: „die Wirksamkeit des Programmes in Hinblick auf eine Verbesserung der Lernfähigkeit oder den Abbau autismspezifischer Symptome konnte jedoch in vergleichenden Studien nur unzureichend nachgewiesen werden“.

2.5.3 TEACCH-Ansatz

TEACCH steht für *Treatment and Education of Autistic and related communication handicapped children* und bedeutet übersetzt „Behandlung und pädagogische Förderung autistischer und in ähnlicher Weise kommunikationsbehinderter Kinder“ (Häußler, 2016). Das *TEACCH-Programm* bezeichnet ein staatliches Förderprogramm in North Carolina und wurde im Jahr 1972 maßgeblich von Eric Schopler entwickelt (Holter, 2009). Das Ziel des Programms ist es, Menschen mit ASS ein möglichst selbstständiges Leben in der Gesellschaft und ihrer Lebenswelt zu ermöglichen. Den betroffenen Personen und ihren Familien sollte ein möglichst großes Hilffsystem angeboten werden (Häußler, 2008). Spezielle *TEACCH-Zentren* bieten Diagnostik, Einzelförderung und Beratung. Außerdem gibt es Kooperationen mit Schulen, Kindergärten, Wohneinrichtungen etc. (Holter, 2009). Aus dem *TEACCH-Programm* entwickelte sich der *TEACCH-Ansatz* (Häußler, 2008).

Der *TEACCH Ansatz* basiert auf verschiedenen Grundannahmen, die Bölte (2009) in seinem Buch beschreibt: Er hat das Ziel, dysfunktionale Verhaltensweisen gegen funktionale Verhaltensweisen auszutauschen. Dazu wird der „Zwei-Wege-Ansatz“ verfolgt. Im ersten Schritt müssen die Umweltbedingungen angepasst werden, sodass Stressoren ausgeschaltet werden und die Umgebung die Möglichkeit für Lernprozesse und Verhaltensänderungen zulässt. Im zweiten Schritt kann der Fokus dann auf den Erwerb neuer Fertigkeiten und Verhaltensweisen gelegt werden. „Strukturierung“, „Visualisierung“ und „Individualisierung“ sind dabei die wichtigsten Aspekte.

Es gibt verschiedene internationale Studien, die die Wirksamkeit des *TEACCH-Ansatzes* bei Kindern mit ASS bestätigen: Bereits im Jahr 1998 erforschten Ozonoff und Cathcart in einer randomisiert kontrollierten Studie die Wirksamkeit eines Heimprogramms nach dem *TEACCH-Ansatz* für Familien mit Kindern mit einer ASS. Das Ergebnis zeigte, dass die Kinder, die nach dem *TEACCH-Ansatz* behandelt wurden, signifikant mehr Verbesserungen, besonders in der Fein- und Grobmotorik sowie den nonverbalen Fähigkeiten erzielt haben, als die Kinder, die kein Heimprogramm erhielten.

Ein ähnliches Ergebnis erhielten auch Tsang, Shek, Lam, Tang und Cheung (2007), die eine klinisch kontrollierte Studie mit ebenfalls positiven Ergebnissen durchführten. Auch Panerai, Ferrante & Zingale (2002) verglichen in einer randomisierten kontrollierten Studie den *TEACCH-Ansatz* mit einem Programm und konnten die positive Wirkung des *TEACCH-Ansatzes* bestätigen.

Eine Einzelfallstudie von Sanz-Cervera, Fernández-Andrés, a Pastor- Cerezuela und Tárraga-Mínguez (2018) untersuchte neben dem Effekt des *TEACCH-Ansatzes* auf die Entwicklung der Kinder auch den Effekt auf das Stresslevel der Eltern und Lehrer und kam in beiden Fällen zu einem positiven Ergebnis. Der *TEACCH Ansatz* findet auch in der ergotherapeutischen Praxis Verwendung. Werden die Grundannahmen des Ansatzes mit den sechs Säulen der Ergotherapie verglichen, findet sich der Aspekt der *Klientenzentrierung*, sowie der Ansatz der *Betätigungsorientierung* und der *Evidenz- und Kontextbasierung* wieder (→2.3.2).

2.5.4 The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)

Oetken (2008) beschreibt den Ansatz *The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)* als einen *klientenzentrierten* und *betätigungsorientierten* Ansatz, der bei entwicklungsbedingten Koordinationsstörungen eingesetzt wird. Er wurde von der Kanadierin Polatajko (2001) entwickelt.

Der Ansatz wird in drei Phasen aufgeteilt und das Vorgehen ist standardisiert.

In der Vorbereitungsphase werden mit Hilfe von Assessments betätigungsorientierte Ziele formuliert. Es folgt die Lernphase, die zehn Einheiten dauert. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Betätigungsanalyse, dem Erlernen kognitiver Strategien (Ziel-Plan-Tu-Check), der geleiteten Entdeckung und den befähigenden Prinzipien.

In der Überprüfungsphase werden die Fortschritte und die erlernten Strategien geprüft.

Die Wirksamkeit des *CO-OP Ansatzes* bei ASS kann durch Studien belegt werden: Eine Einzelfallstudie von Rodger und Brandenburg (2009) untersuchte den *CO-OP Ansatz* bei zwei Kindern mit Asperger-Autismus. Mit den Kindern wurden betätigungsorientierte Ziele formuliert und am Anfang und am Ende wurde u.a. das *COPM* durchgeführt. Beide Kinder konnten ihre Betätigungsperformanz verbessern.

Eine weitere Einzelfallstudie von Czmowski, Willert und Nielsen (2014) untersuchte die Effektivität von *CO-OP* bei Kindern mit Autismus in den Bereichen der sozialen, emotionalen und organisatorischen Fertigkeiten. Auch hier wurden betätigungsorientierte Ziele formuliert und das *COPM* wurde zur Auswertung genutzt. Es konnte ebenfalls eine signifikante Verbesserung erreicht werden.

Hochwertigere Studien, die die Effektivität von *CO-OP* bei ASS untersuchen, konnten bei der Literaturrecherche (→3.2) nicht gefunden werden.

Ein systematischer Review von O’Dea, Robinson und Coote (2020) untersuchte aber die Effektivität von Interventionen zur Verbesserung der Partizipation bei Kindern mit entwicklungsbedingten Koordinationsstörungen. Hier konnte eine limitierte Evidenz für *CO-OP* nachgewiesen werden.

2.5.5 Family-centered care (FCC)

Arrango (2011) beschrieb, dass der Begriff *family-centered care (FCC)* bereits im Jahr 1987 durch Everett Koop geprägt wurde. Im Rahmen einer Konferenz der „American Academy of Pediatrics“ und des „Bureau of Maternal and Child Health“ forderte dieser *Familienzentrierung* und *Community-Basierung* in der Arbeit mit Kindern mit einer Behinderung und deren Familie. Das „Bureau of Maternal and Child Health“ übernahm die Entwicklung eines Konzeptes und im Jahr 2004 wurde die aktuelle Definition von *FCC* festgelegt (Arrango, 2011). Diese umfasst, dass *FCC* Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und deren Familien durch eine respektvolle Partnerschaft zwischen Familie und Behandlungserbringer verbessern soll. Dabei werden Stärken, Kultur, Traditionen und Wissen von jedem Einzelnen beachtet und respektiert (Arrango, 2011).

Eltern von Kindern mit ASS erleben nach der Diagnose oft Trauer und Wut, aber auch Erleichterung (Stoner et al., 2005). Es ist wichtig, die Eltern mit Informationen zu versorgen und sie eng zu begleiten (Stoner et al., 2005).

In einem systematischen Review von Kuhaneck, Madonna, Novak und Pearson (2015) wurde erfasst, welche Evidenz für die Effektivität von ergotherapeutischen Interventionen für Kinder mit ASS vorhanden ist, die die Selbstwirksamkeit, die Coping-Mechanismen (→G) und die Resilienz (→ G) der Eltern verbessern und die Teilhabe der Familie fördern. Die Ergebnisse des systematischen Reviews zeigen, dass es eine höhere Evidenz für die Effektivität von Verhaltenstherapie in Therapiezentren gibt als für die Behandlung im häuslichen Umfeld. Trotzdem zeigt das Review auf, dass es wichtig ist, auch Eltern und Geschwister mit in die Behandlung zu integrieren und deren Bedürfnisse wahrzunehmen. Besonders weil der primäre Stressor (das Verhalten des Kindes mit ASS) meistens nicht komplett entfernt werden kann, ist es wichtig, dass die Eltern eine hohe Selbstwirksamkeit erreichen und gute Coping-Strategien entwickeln.

Eine Mixed-Methods-Studie zur Anwendung des familienzentrierten Ansatzes aus dem „Occupational Performance Enhancement“ (HOPE) Center der Inje University in South Korea (An, 2017) zeigt die gute Wirksamkeit des FCCs. Im Rahmen der Studie wurden die Betätigungsanliegen der Familien mit dem COPM ermittelt und durch eine Re-Testung überprüft. Bei einer Re-Testung mit dem COPM konnte eine signifikante Verbesserung in Bezug auf die ermittelten Betätigungsanliegen festgestellt werden. Eltern äußerten außerdem, dass sie neue Informationen über das Krankheitsbild ASS und über ihr eigenes Kind bekommen haben. Außerdem haben sie gelernt die Betätigungsanliegen ihres Kindes zu identifizieren und zu unterstützen. Zusätzlich haben sie Strategien gelernt, um mit ihrem Kind in Interaktion zu treten.

Gabovitch und Curtin (2009) kamen in einem Scoping Review (→G) im Jahr 2009 bereits zu denselben Ergebnissen und betonten außerdem, dass Familien sich in schwierigen Phasen schnell verfügbare Unterstützung und schnell zugängliches Wissen von Fachpersonal wünschen und diese im Rahmen des FCCs zur Verfügung stehen sollte.

2.6 Ergebnisse der Literaturrecherche zu ergotherapeutischen Interventionen bei ASS im nationalen Kontext

Bei der Literaturrecherche nach nationalen ergotherapeutischen Interventionen bei Autismus wurde darauf Wert gelegt, Evidenzen aus deutschem Raum zu finden. Dabei konnten keine großen Studien mit einem hohen Evidenzlevel ausfindig gemacht werden, jedoch einige interne Evidenzen von praktizierenden Ergotherapeut*innen sowie eine kleine Studie und Empfehlungen des „Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten“ (DVE). Die Artikel von Küchemann (2009) und Baumgarten und Hasselbusch (2013) basieren auf den Erfahrungen der jeweiligen Autorinnen. Es handelt sich hierbei um personale interne Evidenz. Interne Evidenz kann nicht die einzige Grundlage für therapeutische Interventionen sein, spielt jedoch eine wichtige Rolle bei der EBP (Borgetto, 2017).

Noculak & Metelski (2009) haben in ihrer Bachelorarbeit den *TEACCH-Ansatz* in Deutschland untersucht. Die Studie von Noculak und Metelski war eine qualitative Studie mit sechs Experteninterviews, darunter vier Ergotherapeut*innen aus Deutschland. Ziel der Studie war, die Erfahrungen von Ergotherapeut*innen mit dem *TEACCH-Konzept* zu untersuchen. Die Auswertung der Studie ergab, dass alle Ergotherapeut*innen positive Erfahrungen mit der Anwendung des *TEACCH-Konzepts* in Deutschland gemacht haben. Es ist zu einem unverzichtbaren Aspekt ihrer Arbeit mit Klient*innen mit einer ASS geworden.

Der Berufsverband DVE (2015a) empfiehlt, als ersten Schritt bei der Behandlung von Kindern mit ASS, Muster zu entschlüsseln. Es ist wichtig, den Hintergrund und Zusammenhänge im Alltag des Kindes zu ergründen, um ein passendes Therapiekonzept zu erarbeiten. Es ist die Aufgabe des*der Therapeut*in und die der Eltern, den*die Klient*in genau zu beobachten, um die Gründe zu finden, die bestimmte Reaktionen auslösen. 90% aller Kinder mit ASS haben Probleme mit der Verarbeitung sensorischer Eindrücke (DVE, 2015a). Die *sensorische Integrationstherapie* hilft dem*der Klient*in und seinen Eltern, die Auslöser, die zu starken Reaktionen des Kindes führen, besser zu verstehen und dann erfolgreich zu behandeln (DVE, 2015a). Als ebenfalls fundamental wird der Einbezug der Eltern und der Bezugspersonen des Kindes genannt (DVE, 2015a).

Küchemann (2009) benennt drei Schlüsselaspekte bei der Therapie von Kindern mit ASS.

Da es für Kinder mit einer ASS schwierig ist, Nachahmungen und Gesten zu interpretieren und zu verarbeiten, sollte der therapeutische Fokus auf der Kommunikation und Interaktion liegen.

Zweitens ist es für Kinder mit einer ASS schwierig, alltägliche Routinen zu strukturieren und erfolgreich auszuführen, wenn sie mit unerwarteten Problemen oder Hindernissen konfrontiert sind. Sie haben Probleme, einen geeigneten alternativen Plan zu entwickeln. Dementsprechend empfiehlt Küchemann (2009) eine tägliche und handlungsorientierte Therapie, um Autonomie und Eigenständigkeit zu fördern. Es ist auch ratsam, während der Therapie und auch im Alltag eine Orientierung zu geben, beispielsweise basierend auf dem *TEACCH-Ansatz* mit Bildkarten (Küchemann, 2009).

Drittens kann der*die Klient*in die relevanten Informationen normalerweise nicht von den weniger nützlichen unterscheiden, daher ist es ratsam, die Wahrnehmungsverarbeitung und eine geeignete Reizselektierung zu fördern, beispielsweise mit Segmenten aus der *sensorischen Integrationstherapie* (Küchemann, 2009).

Baumgarten & Hasselbusch (2013) betonen die Wichtigkeit, die Kinder mit ihren individuellen Bedürfnissen, individuellen Stärken und relativen Schwächen zu sehen und anzuerkennen, um sie bei der Bewältigung des Alltags zu unterstützen. Dafür ist eine alltags- und betätigungsorientierte Umweltberatung für Kinder mit ASS und deren Eltern und Betreuer*innen sehr wichtig. Der*die Ergotherapeut*in sollte zudem sein Wissen über die *sensorische Integrationstherapie* im Bereich der häufig vertretenen sensorisch bedingten Betätigungsproblemen einsetzen. Ziel ist es, passende Strategien für die Bewältigung des Alltags zu entwickeln und mögliche Umweltveränderungen zu generieren (Baumgarten & Hasselbusch, 2013). Die Autorinnen führen weiter auf, dass bei der Behandlung Coaching-Strategien in der ergotherapeutischen Kontextberatung immer häufiger zum Einsatz kommen. Es ist wichtig, den *Top-Down-Ansatz* (\rightarrow G) bei der Befundung zu wählen, um die Betätigungsprobleme des Kindes zu ermitteln (Baumgarten & Hasselbusch, 2013).

Aktuell befindet sich in Deutschland eine S3-Leitlinie „Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie“, die auch Ergotherapeut*innen ansprechen soll, in der Entwicklung (AWMF, 2016). Sie soll am 31.12.2020 veröffentlicht werden (AWMF, 2016).

Wie in Kapitel 2.4.3 beschrieben werden in der ergotherapeutischen Intervention auch die *Bezugsrahmen* und *-wissenschaften* berücksichtigt. Besonders im Bereich der Psychotherapie gibt es einige autismspezifische Ansätze, die auch in der ergotherapeutischen Intervention als Orientierung genutzt werden können. Ein Behandlungskonzept, in dem die „Theory of Mind“ (\rightarrow 2.2) im Mittelpunkt steht, ist das „Freiburger TOMTASS“ (\rightarrow A4). In den vorherigen Kapiteln wurden das Krankheitsbild ASS, Kerngedanken und wichtige Prozessabläufe der ergotherapeutischen Behandlung und mögliche evidente ergotherapeutische Interventionen bei ASS dargestellt. In dieser Bachelorarbeit wird untersucht, wie die Eltern von Kindern mit ASS die ergotherapeutische Behandlung erlebt haben. Das Kapitel 3 stellt das hierfür gewählte Forschungsdesign und relevante Informationen zum Forschungsprozess dar.

3 Methodisches Vorgehen

In den folgenden Kapiteln wird das methodische Vorgehen innerhalb der Forschungsarbeit beschrieben. Zunächst wird das gewählte Forschungsdesign (→3.1) erklärt und begründet. Anschließend werden die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses (→3.2 – 3.4) dargestellt. In Kapitel 3.5 ist die Datenerhebung beschrieben. In den letzten beiden Kapiteln werden die Forschungsethik (→3.6) und die Gütekriterien (→3.7) qualitativer Forschung behandelt.

3.1 Forschungsdesign

Gläser und Laudel (2010, S.23) beschreiben Forschung als „ein kollektives Unternehmen von Menschen, die gemeinsam Wissen über die uns umgebende Welt und über uns selbst erarbeiten.“ Die Veröffentlichung von Forschungsergebnissen ist die wichtigste Grundlage dafür, dass Forscher*innen den aktuellen Wissensstand kennen und diesen erweitern können (Gläser und Laudel, 2010). In der sozialwissenschaftlichen Forschung steht das soziale Handeln im Vordergrund; Das Ziel der Forschung ist „Handeln in seinem Ablauf und in seinen Wirkungen ursächlich zu erklären“ (Gläser und Laudel, 2010, S.24). Man unterscheidet zwischen theoretischen und empirischen Forschungsprozessen. Theoretische Forschungsprozesse basieren auf anderen veröffentlichten Theorien, während empirische Forschungsergebnisse auf Beobachtungen der „sozialen Realität“ (Gläser und Laudel, 2010, S. 24) beruhen und nur die Forschungsfrage aus bereits bestehenden Theorien hervorgeht. Empirisch bedeutet übersetzt „auf Erfahrung beruhend“. Die empirische Sozialforschung kann in quantitative und in qualitative Forschung unterteilt werden. Quantitative Forschungen suchen nach Kausalzusammenhängen, indem standardisierte Methoden zur Datenerhebung verwendet werden. Qualitative Forschungen „suchen nach den Kausalmechanismen, die unter bestimmten Bedingungen bestimmte Effekte hervorbringen“ (Gläser und Laudel, 2010, S.26).

Lamnek und Krell (2016, S.44) beschreiben qualitative Forschung wie folgt:

Für die qualitative Sozialforschung ist der Mensch nicht nur ein Untersuchungsobjekt, sondern auch ein erkennendes Subjekt. ... Das Ziel der Forschung kann nicht die Herstellung einer Objektivität im naturwissenschaftlichen Sinne sein, da es hierzu einer Position außerhalb von Kultur, Gesellschaft und Geschichte bedürfte. Die Erforschung sozialen Handelns als sinnhaftes Handeln setzt die Kenntnis der Bedeutung der verwendeten (Sprach)Symbole voraus, die ganz wesentlich vom jeweiligen situativen Kontext abhängen

Für die vorliegende Forschungsarbeit wurde das qualitative Forschungsdesign gewählt. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen die Erfahrungen, die Familien mit einem Kind mit ASS mit Ergotherapie gemacht haben. Es geht daher um die subjektive Einschätzung von Expert*innen. Nach Gläser und Laudel (2010, S.12) sind all diejenigen Expert*innen, „die ihr besonderes Wissen über soziale Kontexte für deren Untersuchung zur Verfügung stellen können“. In der vorliegenden Forschungsarbeit sind diese Expert*innen die Familien. Es sollen Faktoren bestimmt werden, die das Ergebnis, also die positiven oder negativen Erfahrungen von Familien mit der Ergotherapie, beeinflussen. Es wird nach einem

Kausalmechanismus gesucht, was nach Gläser und Laudel (2010) nur mit einem qualitativen Studiendesign möglich ist.

Um die dieser Forschungsarbeit vorliegende Forschungsfrage zu spezifizieren, betrieben die Forscherinnen eine ausführliche Literaturrecherche. Aus den allgemein gewonnenen Daten und Theorien wurde durch die Literaturarbeit auf die spezielle Forschungsthematik dieser Arbeit hingearbeitet. Dieser Prozess wird in der Forschung als Deduktion bezeichnet (Döring & Bortz, 2015). Im nächsten Schritt der Forschungsarbeit sollten nun aus den im Fokus stehenden speziellen Erfahrungen der Eltern allgemeine Theorien und Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Aus Daten Schlussfolgerungen zu ziehen und Theorien zu bilden, also ausgehend vom Speziellen hin zum Allgemeinen, wird als Induktion bezeichnet (Döring & Bortz, 2015). Um an diese speziellen Daten zu kommen, führen die Forscherinnen Interviews.

In dieser Forschungsarbeit wird sich an dem Konzept der Hermeneutik als qualitative Forschungsmethode orientiert, denn die grundlegende Annahme der Hermeneutik ist, dass menschliche Erfahrungen durch Text geformt und verstanden werden können (Chapparo, 2016). „Erfahrung in Worte zu fassen, sei es mündlich, schriftlich oder in Gedanken, transformiert die tatsächliche Erfahrung in eine kommunizierbare Repräsentation ihrer selbst ... dies bietet einen ... Weg, um ein gemeinsames Verständnis darüber zu erlangen“ (Chapparo, 2016, S. 99). Forscher*innen fungieren nach dem hermeneutischen Ansatz als Dolmetscher*innen für die erzählten Erfahrungen von Menschen (Chapparo, 2016). In dieser Forschungsarbeit sind es die Eltern als Teilnehmer*innen der Forschung, die den Forscherinnen ihre Erfahrungen mit der Ergotherapie mitteilen; Aufgabe der Forscherinnen ist es, ein Verständnis für das Erzählte zu bekommen (Chapparo, 2016).

3.1.1 Methodologische Prinzipien

Nach Gläser und Laudel (2010, S.29) sind methodologische Prinzipien „allgemeine Forderungen an die Untersuchungsstrategien und Methoden eines Wissenschaftsgebiets“. Die methodologischen Prinzipien sind wichtig, um Fehler bei der Auswahl von Untersuchungsstrategien zu vermeiden. Die Einhaltung der methodologischen Prinzipien ist wichtig, damit die Untersuchungsergebnisse von allen Sozialwissenschaften anerkannt werden. Nach Gläser und Laudel (2010) gibt es vier methodologische Prinzipien:

1. Prinzip der Offenheit: Zum Prinzip der Offenheit gehört, „dass der empirische Forschungsprozess offen sein muss für unerwartete Informationen“ (S. 30). Die Forscher*innen müssen auch für Informationen und Ergebnisse offen sein, die sie nicht erwartet und in ihren Vorüberlegungen nicht berücksichtigt haben.
2. Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens: Dieses Prinzip sagt aus, das theoretisches Wissen eine Voraussetzung für Untersuchungen ist, da nur so zu bereits bestehendem Wissen beigetragen werden kann.
3. Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens: Jede Forschung muss bestimmten Regeln folgen, die das Vorgehen innerhalb der Arbeit für andere Wissenschaftler transparent und nachvollziehbar macht, damit die Ergebnisse vertrauensvoll sind. Dabei ist es notwendig, das gesamte Vorgehen detailliert darzustellen, sodass darüber geurteilt werden kann, ob die Erhebung von Daten und die Interpretation dieser angemessen waren.

4. Prinzip vom Verstehen: Das Prinzip vom Verstehen beinhaltet, dass in jedem Forschungsprozess verstanden muss, „warum die Untersuchten so handeln, wie sie handeln“ (S. 32). Forscher*innen müssen interpretieren, wie die Forschungsteilnehmer*innen Situationen verstehen und welcher Sinn hinter ihren Handlungen steckt.

3.2 Literaturrecherche

Literaturrecherche ist nach Gläser und Laudel (2010) einer der wichtigsten Schritte im Forschungsprozess. Um eine Forschungsfrage entwickeln zu können, muss der aktuelle Wissensstand recherchiert werden, da eine Wissenslücke festgestellt werden muss. „Eine solche Feststellung kann wiederum nur getroffen werden, wenn man all das kennt, was auf dem Gebiet schon untersucht wurde“ (Gläser und Laudel, 2010, S. 74).

„Hinzu kommt, dass wir sowohl für die Experteninterviews als auch für die qualitative Inhaltsanalyse eine genaue Vorstellung von den Informationen haben, die wir brauchen, um die Forschungsfrage beantworten zu können“ (Gläser und Laudel, 2010, S. 78). Das in der Literaturrecherche generierte Wissen bildet demnach eine wichtige Grundlage für die Erstellung eines hypothetischen Modells (→3.3). Für die Literaturrecherche nutzten die Forscherinnen verschiedene Datenbanken wie „Google Scholar“ und die Datenbank des DVE. Weitere wichtige Datenbanken waren die „Discover information sources Zuyd“ (DiZ), eine detaillierte Auflistung der DiZ Datenbanken befindet sich im Anhang (→A1), und die Online- Bibliothek der ZUYD Hogeschool. Zusätzlich wurden Primärquellen aus anderen Forschungsarbeiten genutzt.

Da die Forscherinnen explizit nach nationalen sowie internationalen Studien zu ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit ASS gesucht haben, wurden sowohl deutschsprachige als auch englischsprachige Quellen genutzt. Eine Übersicht aller verwendeten Datenbanken und eine exemplarische Darstellung verwendeter Suchworte ist im Anhang zu finden (→A1). Die Studien wurden nach Borgetto (2017) einem Evidenzlevel zugeordnet (→A1). Die Literaturrecherche zeigte, dass es nur wenige deutschsprachige Studien mit einem hohen Evidenzlevel gibt (→2.6). Dies begründet die Notwendigkeit dieser Forschungsarbeit zusätzlich (→1.1).

3.3 Das hypothetische Modell

Nach Gläser und Laudel (2010) dient das hypothetische Modell dazu, die für die Forschung relevanten Informationen zu organisieren. Das in der Literaturrecherche gewonnene Wissen muss „auf die interessierenden Ursachen und Effekte, intervenierende Einflüsse und die gesuchten Kausalmechanismen zugespielt werden“ (Gläser und Laudel, 2010, S.78). Die Annahmen aus den theoretischen Vorüberlegungen, die für den gesuchten Kausalmechanismus von Bedeutung zu sein scheinen, sollen im hypothetischen Modell gesammelt werden.

Gläser und Laudel (2010) beschreiben vier verschiedene Untersuchungsvariablen, die in Wechselwirkung miteinander stehen (→Abb.5).

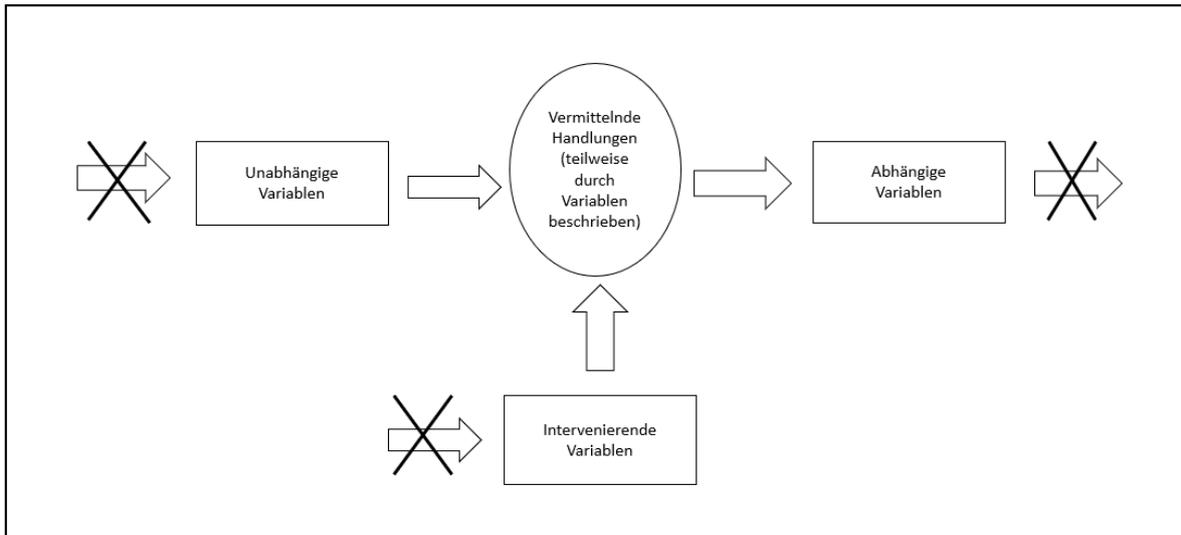


Abbildung 5: Das Variablenmodell nach Gläser und Laudel (2010)

Die Variablen werden wie folgt definiert:

VARIABLE	DEFINITION (GLÄSER UND LAUDEL, 2010)
Unabhängige Variable	Eine unabhängige Variable wirkt auf andere Variablen ein. Die Ursache der unabhängigen Variable ist nicht von Bedeutung, lediglich sie selbst als Ursache steht im Fokus.
Abhängige Variable	Im Gegensatz zur unabhängigen Variable steht bei der abhängigen Variable allein ihre Ursache im Mittelpunkt.
Intervenierende Variable	„Intervenierende Variablen beeinflussen den Kausalmechanismus und vermittelt über diesen eine oder mehrere abhängige Variablen. Sie müssen deshalb in der Untersuchung berücksichtigt werden, auch wenn das eigene Erkenntnisinteresse nicht ihnen gilt.“ (S. 81)
Vermittelnde Handlung	Vermittelnde Handlungen beschreiben Vermittlungsprozesse zwischen den Variablen.

Tabelle 3: Definition der Variablen nach Gläser und Laudel (2010)

In Abbildung 6 sind die Variablen und deren Zusammenwirken für die vorliegende Forschungsarbeit dargestellt. Im Anhang ist eine tabellarische Darstellung der Variablen, wie sie in dieser Forschungsarbeit definiert werden (→A5).

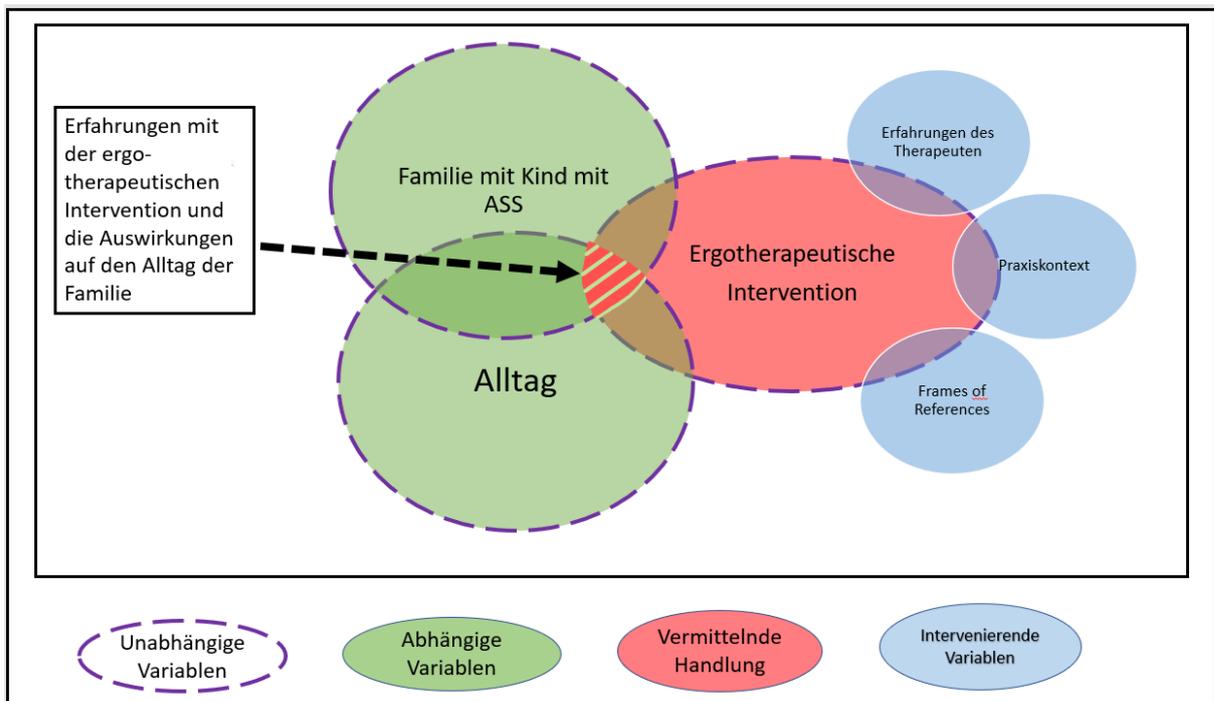


Abbildung 6: graphische Darstellung des hypothetischen Modells

Im Zentrum des Modells stehen die Erfahrungen mit der ergotherapeutischen Intervention und die Auswirkungen auf den Alltag der Familie (rot-grün-gestreifter Bereich). Diese Schnittmenge ergibt sich aus den Variablen „Familie mit einem Kind mit ASS“, „Alltag“ und „ergotherapeutische Intervention“. Die Schnittmenge ist der Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit.

Die ergotherapeutische Intervention stellt sowohl eine unabhängige Variable als auch eine vermittelnde Handlung dar.

Als unabhängige Variable beeinflusst die ergotherapeutische Intervention die Variablen „Familie mit einem Kind mit ASS“ und „Alltag“. Warum die ergotherapeutische Intervention auf eine bestimmte Art und Weise durchgeführt wird, ist in diesem Zusammenhang nicht von Bedeutung.

Die ergotherapeutische Intervention kann auch als vermittelnde Handlung definiert werden, da sie zwischen den unabhängigen Variablen „Familie mit einem Kind mit ASS“ und „Alltag“ und den abhängigen Variablen „Familie mit einem Kind mit ASS“ und „Alltag“ vermittelt.

Wie oben beschrieben, können die Variablen „Familie mit einem Kind mit ASS“ und „Alltag“ sowohl als unabhängige als auch als abhängige Variable definiert werden.

„Familie mit einem Kind mit ASS“:

Vor der ergotherapeutischen Intervention wird die Variable als unabhängig definiert, da die Ursachen für die Symptomatik des Kindes und die Probleme der Familienmitglieder nicht von Bedeutung sind. Die Symptomatik des Kindes beeinflusst, wie die ergotherapeutische Intervention abläuft (Baumgarten, 2016). Studien von Jones, Bremer und Lloyd (2017) und Stoner et al. (2005) zeigen, dass die

Familien oft auf der Suche nach Unterstützung sind. Sie sind einer hohen Belastung ausgesetzt und erleben Gefühle wie Trauer und Wut. Wie die Familie auf das Betätigungsverhalten des Kindes einwirkt und wie hoch die Mitarbeitsbereitschaft ist, beeinflusst die ergotherapeutische Intervention ebenfalls (Knagge, 2016).

Während und nach der ergotherapeutischen Intervention wird die Variable als abhängig definiert, da die ergotherapeutische Intervention Auswirkungen auf das Kind (Ozonoff & Cathcart, 1998; Schaaf et al., 2012) und die Familie (Graham et al., 2014; Sanz-Cervera et al., 2018) hat.

„Alltag“:

Der Alltag der Familie wird als unabhängige Variable definiert, weil er den Ablauf und die Ziele der Intervention beeinflusst (Baumgarten, 2016).

Das Ziel der ergotherapeutischen Intervention sind positive Veränderungen auf den Alltag der Familie (DVE, 2007), weshalb er auch als abhängige Variable definiert wird.

Es wird deutlich, dass die Familie mit dem Kind mit ASS und der Alltag der Familie Einfluss darauf nehmen, wie die ergotherapeutische Intervention abläuft. Die ergotherapeutische Intervention als vermittelnde Handlung und unabhängige Variable beeinflusst wiederum den Alltag der Familie, die Eltern und das Kind. Die Schnittmenge zwischen den drei Variablen stellt die subjektiven Erfahrungen der Familie mit der ergotherapeutischen Intervention und mögliche Auswirkungen auf den Alltag dar, was der Kern des Forschungsinteresses dieser Forschungsarbeit ist.

3.4 Formulierung der Forschungsfrage

Im Kapitel der Literaturrecherche (→3.2) wurde bereits beschrieben, dass die Forschungsfrage nach Gläser und Laudel (2010) auf Grundlage des aktuellen Wissensstands formuliert werden muss, um eine Wissenslücke zu finden und neues Wissen zu generieren. „Dass theoretische Vorüberlegungen angestellt werden müssen, folgt aus dem Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens“ (Gläser und Laudel, 2010, S. 34). Im Rahmen der theoretischen Vorüberlegungen wird die Forschungsfrage genauer definiert: „Der Schritt „theoretische Vorüberlegungen“ ist deshalb nicht scharf von der Formulierung der Forschungsfrage und der Wahl der Erklärungsstrategie trennbar“ (Gläser und Laudel, 2010, S. 34).

Die Forscherinnen stellten bei der Literaturrecherche fest, dass es nur wenige nationale Studien zu ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit ASS mit einem hohen Evidenzlevel nach Borgetto und Tomlin (2011) (→A2) gibt. Außerdem ist Ergotherapie eine der häufigsten Behandlungen bei Kindern mit ASS in Deutschland (Klauber et al., 2016). Deutschsprachige Publikationen über ergotherapeutische Verfahren bei Kindern mit ASS sind rar und die Perspektive der sozialen Umwelt der betroffenen Kinder wurde in der Literatur bisher kaum aufgegriffen. Deshalb formulierten die Forscherinnen folgende Forschungsfrage:

Welche Erfahrungen haben in Deutschland lebende Familien mit Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung mit Ergotherapie gemacht?

„Da Fragen stets Aufforderungen zur Schließung von Wissenslücken sind, vermögen sie eine empirische Untersuchung viel besser zu steuern als ein hypothetisches Modell“ (Gläser und Laudel, 2010, S.

90-91). Aus diesem Grund empfehlen Gläser und Laudel (2010) die Formulierung von Leitfragen, um die Erstellung eines Interviewleitfadens zu vereinfachen. Auf Grundlage des hypothetischen Modells (→3.3) generierten die Forscherinnen folgende Leitfragen:

1. Wie lief der Prozess der ergotherapeutischen Behandlung ab?
2. Hatte die ergotherapeutische Behandlung Auswirkungen auf den Alltag der Familie?
3. Was hätten sich die Eltern noch von bzw. im Rahmen der Therapie gewünscht?

3.5 Datenerhebung durch Experteninterviews nach Gläser und Laudel

Nach Gläser und Laudel (2010) stellen die Forschungsfrage, das hypothetische Modell und die Leitfragen die Grundlage für die Entwicklung eines Interviewleitfadens dar. Die Aufgabe des Leitfadens besteht darin „die Leitfragen in Interviewfragen zu übersetzen, die an den Alltag des Interviewpartners anschließen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 142).

Der Interviewleitfaden unterstützt den Interviewer bei der Durchführung des Interviews und hilft dabei, in allen Interviews die gleichen Fragen zu stellen.

Gläser und Laudel (2010) benennen einige Aspekte, die bei der Erstellung des Interviewleitfadens beachtet werden sollten: Zu Beginn eines Interviews sollte der Interviewer kurz über Formalien wie Datenschutz, Aufzeichnung des Gesprächs, Dauer des Interviews etc. aufklären. Das Gespräch sollte mit einer „Anwärmfrage“ (S. 147) beginnen, die dazu dient, eine gute Gesprächsbasis herzustellen. Abschließen sollte das Interview mit einer Abschlussfrage, die den Interviewpartner mit einem positiven Gefühl nach dem Interview hinterlässt, z.B. kann erfragt werden, ob der Interviewpartner noch etwas ergänzen möchte. Für ein 60-minütiges Interview empfehlen Gläser und Laudel (2010) acht bis 15 Fragen.

Gläser und Laudel (2010) benennen außerdem einige Kriterien für die Auswahl der Fragen: Zunächst sollte darauf geachtet werden, die Fragen in möglichst alltagsnaher Sprache zu stellen und keine Fachwörter zu nutzen, die der Interviewpartner eventuell nicht versteht. Außerdem müssen die Fragen so gestellt sein, dass genau zu verstehen ist, welche Informationen der*die Interviewer*in erhalten möchte. Bei der Anordnung der Fragen sollte beachtet werden, dass Fragen aus einem Themenbereich direkt nacheinander gestellt werden.

Die Forscherinnen orientierten sich bei der Erstellung des Interviewleitfadens an den oben beschriebenen Kriterien.

Das Interview beginnt mit einem Vorspann, in dem der Interviewpartner über die allgemeinen Rahmenbedingungen des Interviews aufgeklärt wird. Die ersten Fragen sind „Anwärmfragen“, die der Interviewpartner leicht beantworten kann und das Interview schließt mit einer Abschlussfrage.

Alle Fragen sind inhaltlich verschiedenen Kategorien zugeordnet, sodass thematisch zusammengehörende Fragen in einem Interviewteil gestellt werden. Der Interviewleitfaden besteht aus 25 Fragen und enthält deutlich mehr Fragen als von Gläser und Laudel (2010) empfohlen. Da es sich bei einigen Fragen um Faktfragen zu Alter, Diagnose etc. handelt, gehen die Forscherinnen davon aus, dass der Interviewumfang, trotz der insgesamt großen Menge an Fragen, angemessen ist.

Bei der Formulierung der Fragen nutzten die Forscherinnen nach Gläser und Laudel (2010) verschiedene Fragetypen. Eine detaillierte Darstellung der Fragetypen ist dem Anhang (→A6) zu entnehmen.

Die meisten der verwendeten Fragen im Interviewleitfaden sind Faktfragen, die realitätsbezogene Informationen des Interviewpartners erfragen. Es werden Erzähleregungen und Detailfragen genutzt, um erhaltene Antworten zu präzisieren oder zu vertiefen. Gelegentlich werden auch Filterfragen, Meinungsfragen und hypothetische Fragen genutzt.

Alle Fragen basieren auf dem hypothetischen Modell und wurden mit Quellen belegt. Der Interviewleitfaden mit Fragetypen und Quellen ist den Anlagen zu entnehmen (→A7).

Die Forscherinnen haben versucht, dem Prinzip der Offenheit (→3.1.1) bei der Formulierung der Fragen gerecht zu werden.

3.6 Forschungsethik

Gläser und Laudel (2010) betonen die Unverzichtbarkeit des Aspekts der Ethik in sozialwissenschaftlichen Forschungen, denn „Forschung verändert das Leben von Menschen durch die Einbeziehung von Menschen in die Untersuchung, durch die Veröffentlichung von Untersuchungsergebnissen über Menschen und dadurch, dass sie selbst menschliches Handeln ist“ (S. 48). Als wichtigster Grundsatz gegenüber den Teilnehmer*innen einer Forschung nennen Gläser und Laudel (2010): Es darf kein Schaden entstehen. Des Weiteren ist die Teilnahme auf absolut freiwilliger Basis zu gestalten. Die Teilnehmer*innen müssen zu jedem Zeitpunkt über Art und Ablauf der Untersuchung informiert werden und dürfen jeder Zeit ihre weitere Teilnahme untersagen. Aber auch das ethnische Verhalten gegenüber Fachkollegen und Studierenden ist entscheidend in sozialwissenschaftlichen Forschungen: Der Forschungsbericht muss der Wahrheit entsprechen; Auftraggeber, Finanzierungsquellen etc. müssen wahrheitsgemäß und nachvollziehbar dargestellt werden. Alle am Projekt beteiligten Personen müssen genannt und fremde Arbeitsergebnisse dürfen sich nicht angeeignet werden (Gläser & Laudel, 2010).

3.7 Gütekriterien qualitativer Forschung

Unter Gütekriterien werden Kriterien zusammengefasst, die die Güte d.h. die wissenschaftliche Exaktheit von Studien beschreiben. Gütekriterien dienen einerseits Forschern und Forscherinnen als Richtlinien, um wissenschaftliche Exaktheit in ihren Forschungsstudien zu gewährleisten. Andererseits können sie auch zur kritischen Beurteilung von Studien herangezogen werden. (Höhl, 2016, S. 127)

In dieser Forschungsarbeit werden sich auf die Gütekriterien nach Cope (2014) und Lincoln und Guba (1985), zitiert aus Höhl (2016), bezogen:

Authentizität:

Die Gefühle und Wahrnehmungen der Studienteilnehmer*innen müssen authentisch und wahrheitsgetreu dargestellt werden.

Glaubwürdigkeit:

Unter dem Gütekriterium Glaubwürdigkeit wird verstanden, dass die Ergebnisse der Studie aus Sicht der Studienteilnehmer richtig und der Wahrheit entsprechend sind.

Nachvollziehbarkeit:

Der Forschungsprozess wurde nachvollziehbar gestaltet. Es wird sichergestellt, dass die erhobenen Daten tatsächlich den Antworten der Teilnehmer der Forschung entsprechen.

Übertragbarkeit:

Unter dem Aspekt Übertragbarkeit wird verstanden, dass die Möglichkeit besteht, die Ergebnisse in einem anderen Kontext oder mit anderen Personen anzuwenden. Hierfür müssen alle Aspekte durch die Forscher*innen nachvollziehbar dargestellt werden.

Zuverlässigkeit:

Die Daten der Forschung bleiben unter ähnlichen Bedingungen konstant.

4 Studiendurchführung / Forschungsprozess

Im folgenden Kapitel wird die Umsetzung der Forschung detailliert und uneingeschränkt dargestellt, um die Übertragbarkeit und die Authentizität dieser Forschungsarbeit zu erhöhen (→3.7). Es werden die Ein- und Ausschlusskriterien (→4.2) der Studienteilnehmer*innen, der Prozess der Rekrutierung der Teilnehmer*innen (→4.3), die Durchführung des Pretests (→4.4) sowie der Interviews (→4.5) dargestellt. Des Weiteren wird die Transkription (→4.6) der Interviews und die Qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) (→4.6.1) abgebildet.

4.1 Zeitplan

Der Zeitplan wurde von den Forscherinnen vor Beginn der Durchführung der Forschung erstellt. Er diente als grober Anhaltspunkt und Kontrolle für die Forscherinnen, detaillierte Aufgabenschritte und Verteilung einzelner Aufgaben sind in diesem Zeitplan nicht berücksichtigt worden.

ZEITPLAN BACHELORARBEIT	
RECHERCHE UND MATERIALBESCHAFFUNGSPHASE	
Systematische Suche nach relevanter Literatur	Während des gesamten Prozesses
Lesen und Auswerten der Literatur und Quellen	Parallel
Forschungslücke bestimmen und Forschungsfrage final	Ende März
Hypothetisches Modell erstellen	Anfang Mai
Forschungsmethode bestimmen	Ende Mai
Fragebogen erstellen	Ende Mai
Rekrutierung der Teilnehmer*innen	Juni
Testphase des Fragebogens	Juni
Daten sammeln	Juni
Datenanalyse und Datenauswertung	Juli
SCHREIBPHASE	
Gliederung erstellen und Absprechen mit betreuender Dozentin	Ende Mai
Theoretischen Rahmen verfassen	Juni/Juli
Methoden und Untersuchungskapitel	Juni/Juli
Einleitung schreiben	Juni/Juli
Fazit/Diskussion schreiben	Anfang September
ABSCHLUSSPHASE	
Korrekturlesen (lassen)	Mitte Oktober
Layout prüfen und anpassen	Ende Oktober
Abgabe	12.11.2020

Tabelle 4: Tabellarische Darstellung des Zeitplanes der Forscherinnen

4.2 Beschreibung der Studienteilnehmer*innen

Gläser und Laudel (2010) machen deutlich, dass Fälle so ausgewählt werden sollen, „dass sie die Beantwortung der Forschungsfrage ermöglichen“ (S. 63). Für diese Forschungsarbeiten werden Familien mit einem Kind mit ASS als Expert*innen festgelegt. Auf Grundlage des theoretischen Hintergrundes (→2) und durch den Einbezug anderer Literaturquellen, wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmer*innen formuliert.

Eine genauere Darlegung der Kriterien mit den dazugehörigen Quellen ist in den Anlagen zu finden (→A8).

4.2.1 Einschlusskriterien

- Familie mit einem Kind mit Asperger-Syndrom, frühkindlichem Autismus oder atypischem Autismus
- Alter des Kindes zwischen vier und 14 Jahren
- Familie muss in Deutschland leben
- Ergotherapeutische Intervention muss in Deutschland stattgefunden haben
- Mind. eine abgeschlossene Verordnung mit zehn Behandlungseinheiten
- Ergotherapeutische Behandlung liegt nicht länger als drei Jahre zurück
- Das Kind befindet sich aktuell nicht in ergotherapeutischer Behandlung

4.2.2 Ausschlusskriterien

- Rett-Syndrom
- Im deutschsprachigen Ausland lebende Familien
- Akute Krisensituationen in der Familie
- Akute Krisensituation des Kindes

4.3 Sampling/ Rekrutierung der Experten

Um Teilnehmer*innen für die Studie zu generieren, wurde ein Anschreiben (→A9) erstellt. Durch verschiedene soziale Medien, wie Facebook und Instagram wurde dieses Anschreiben nach dem Schneeballverfahren (→G) verbreitet. Dabei wurden besonders auf eine Verbreitung in autismusspezifischen Gruppen innerhalb dieser sozialen Medien geachtet. Zusätzlich wurden Gatekeeper (→G) genutzt. Das Anschreiben wurde an verschiedene in Deutschland verteilte Autismuszentren gesendet, um über diese gezielt an potenzielle Teilnehmer*innen herantreten zu können.

Die Forscherinnen haben eine E-Mailadresse angelegt, über die der Kontakt zu potenziellen Teilnehmer*innen gestaltet wurde.

Insgesamt meldeten sich zehn potenzielle Teilnehmer*innen per Mail. Drei der Teilnehmer*innen erfüllten die Einschlusskriterien nicht und mussten deshalb von der Forschung ausgeschlossen werden. Eine weitere Teilnehmerin meldete sich aus unbekanntem Gründen nicht zurück und schied deshalb aus.

Die sechs übrigen Teilnehmer*innen erhielten per Post eine Einverständniserklärung (→A9), in der sie über rechtliche Grundlagen und den Datenschutz informiert wurden. Diese wurden mit einem

beigefügten Rücksendeumschlag unterschrieben an die Forscherinnen zurückgesendet. Per Mail wurde ein Interviewtermin und das gewünschte Medium (Microsoft Teams oder Telefon) vereinbart.

4.4 Pretest

Nach Gläser und Laudel (2010) ist ein Pretest sinnvoll, wenn es nur wenige potenzielle Studienteilnehmer*innen gibt und im Vorfeld sichergestellt werden muss, dass bei den Interviews keine Fehler gemacht werden. Der Fall sollte möglichst den Einschlusskriterien entsprechen. Ein Pretest unterstützt außerdem das Prinzip der Offenheit und die Regel, dass vor der Durchführung einer Studie, so viel Wissen wie möglich zusammengetragen werden soll.

Die Forscherinnen entschieden sich für die Durchführung eines Pretests, um die Offenheit für nicht vorhergesehene Informationen zu erhöhen.

Aufgrund der geringen Anzahl an zur Verfügung stehenden Expert*innen entschieden die Forscherinnen sich dazu, den Pretest mit einer Familie durchzuführen, die nicht allen Einschlusskriterien (→4.2.1) entspricht. Das Kind der Familie war zum Zeitpunkt des Interviews bereits 15 Jahre alt. Außerdem fand die Ergotherapie bereits vor der Diagnose statt, allerdings wurde sie wegen der autistischem Symptomatik verordnet. Die Therapie lag außerdem länger als drei Jahre zurück.

Der Pretest wurde auf Wunsch der Expertin am Telefon durchgeführt. Eine Forscherin führte das Interview, während die andere Forscherin den Ton des Interviews via Microsoft Teams aufzeichnete.

Die Forscherinnen konnten einige Lücken im Fragebogen identifizieren und ergänzten diese im Interviewleitfaden (→A7). Außerdem konnten einige Aspekte, die bei der Interviewführung beachtet werden müssen, gefunden werden, z.B. das häufigere Fragen nach genaueren Informationen und Beschreibungen.

4.5 Durchführung der Interviews

Die sechs Interviews wurden im Zeitraum vom 19. Juni 2020 bis zum 03. Juli 2020 durchgeführt. Alle Teilnehmer*innen durften zwischen einem Interview per Telefon oder via Microsoft Teams wählen. Vier der Interviews wurden am Telefon geführt, zwei über Microsoft Teams. Die durchschnittliche Interviewzeit betrug ca. 35 Minuten.

Zu Beginn jedes Interviews stellten sich die Forscherinnen kurz vor. Anschließend wiesen die Forscherinnen wiederholt auf die Datenschutzbestimmungen hin, die die Teilnehmer*innen zuvor per Post erhalten, unterschrieben, und vor der Durchführung des Interviews zurückgesendet haben. Die Teilnehmer*innen wurden außerdem darüber aufgeklärt, dass sie keine Fragen beantworten müssen, wenn sie dies nicht möchten und dass sie darum gebeten werden ihre ehrliche Meinung zu äußern. Vor Beginn der Tonaufnahme bekamen die Teilnehmer*innen außerdem einen kurzen Überblick über den Verlauf des Interviews.

Nach Gläser und Laudel (2010) sollte ein Interview mit einfachen Fragen beginnen. Deshalb stellten die Forscherinnen zu Beginn einfache Faktfragen zur familiären Situation und kamen im Verlauf des Interviews zu persönlicheren Fragen und Meinungsfragen. Außerdem wurde darauf geachtet, dass die Fragen in einfacher Sprache und für die Teilnehmer*innen verständlich formuliert sind (Gläser und Laudel, 2010).

Bei allen Interviews waren beide Forscherinnen anwesend. Geführt wurde das Interview von einer Forscherin, während die andere für die Tonaufnahme zuständig war. Beide Forscherinnen führten Interviews, um eine Forschertriangulation zu gewährleisten (Döring & Bortz, 2015) und um die Glaubwürdigkeit und die Nachvollziehbarkeit der Forschung zu erhöhen (→3.7).

Nach jedem Interview reflektierten die Forscherinnen den Verlauf des Gesprächs und passten den Interviewleitfaden geringfügig an, wie z.B. die Reihenfolge oder Formulierung einzelner Fragen.

4.6 Transkription

Nach Gläser und Laudel (2010) sollten Interviews nach festgelegten Regeln wortgetreu transkribiert werden. Um das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens (Gläser & Laudel, 2010) und die Gütekriterien der Nachvollziehbarkeit, Glaubwürdigkeit und Authentizität (→3.7) zu gewährleisten, formulierten die Forscherinnen Transkriptionsregeln in Anlehnung an Dresing und Pehl (Dresing & Pehl, 2015). Nach diesen Regeln wurden sowohl die sechs Interviews als auch der Pretest transkribiert und als Grundlage für die Datenanalyse genutzt. Im Anhang sind die Transkriptionsregeln (→A10) sowie ein Auszug aus einem Transkript einzusehen (→A11).

Nach Gläser und Laudel (2010, S.194) muss das Interview „möglichst unmittelbar nach der Transkription“ anonymisiert werden. Dazu ersetzen die Forscherinnen Namen im Transkript durch „(Name)“ und Orte durch „(Ort)“. Allen Teilnehmer*innen wurde außerdem eine Nummer zugeordnet. Die Nummer orientiert sich an der Reihenfolge der Interviews. Die Audiodateien der Interviews wurden unmittelbar nach der Transkription gelöscht.

Um das Gütekriterium der Glaubwürdigkeit (→3.7) im qualitativen Forschungsprozess gewährleisten zu können, kann ein Member Check (→G) zur Überprüfung von Zwischenergebnissen der Forschung durchgeführt werden (Höhs, 2016). Dafür haben die Forscherinnen die Teilnehmer*innen am Ende der Interviews gefragt, ob sie an einem Member Check teilnehmen möchten. Fünf der Teilnehmer*innen erklärten sich bereit am Member Check teilzunehmen. Innerhalb einer Frist von zwei Wochen kam nur eine Rückmeldung mit Korrekturvorschlägen im Transkript. Diese wurden von den Forscherinnen entsprechend korrigiert.

Nach Abschluss des Member Checks begannen die Forscherinnen mit den Vorbereitungen für die Analyse der gesammelten Daten. Dies wird in den folgenden Kapiteln beschrieben.

4.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel

Die Inhaltsanalyse ist eine Methode zur Analyse von Texten. Um die gewonnenen Rohdaten für den weiteren Prozess verwenden zu können, müssen sie für die Analyse inhaltlich aufbereitet werden (Gläser und Laudel, 2010). Wie in Abbildung 7 dargestellt wird vor der Analyse ein Suchraster erstellt, welches dazu dient, wichtige Informationen zu extrahieren (Gläser & Laudel, 2010). Das Suchraster baut auf einem geschlossenen Kategoriensystem auf Grundlage des hypothetischen Modells (→3.3) auf. So kann sichergestellt werden, dass die theoretischen Vorüberlegungen den Prozess der Extraktion leiten (Gläser & Laudel, 2010). Im letzten Schritt können die Ergebnisse interpretiert werden (Gläser & Laudel, 2010).

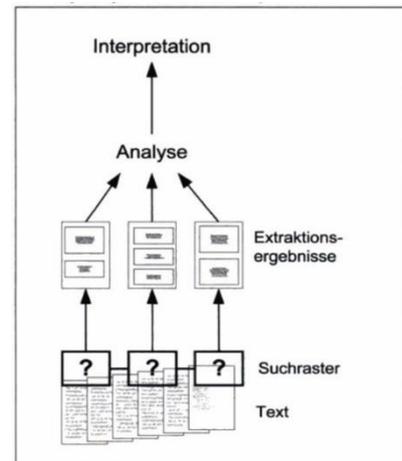


Abbildung 7: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010)

4.6.2 Vorbereitung der Extraktion

Als Vorbereitung für die Extraktion wurde das hypothetische Modell mit dem schon gewonnenen Wissen aus den geführten Interviews kritisch hinterfragt. Diese Vorüberlegungen haben den Zweck nochmals das ganze Wissen zu aktivieren, um spätere aufwendige Korrekturen zu vermeiden (Gläser & Laudel, 2010).

Die Forscherinnen überprüften, ob alle Variablen und Dimensionen zweckmäßig konstruiert wurden und ob es eventuell Variablen gibt, die vor der Interviewführung nicht bedacht wurden.

Alle Änderungen sind als Erweiterung des ursprünglichen Modells anzusehen (Gläser & Laudel, 2010).

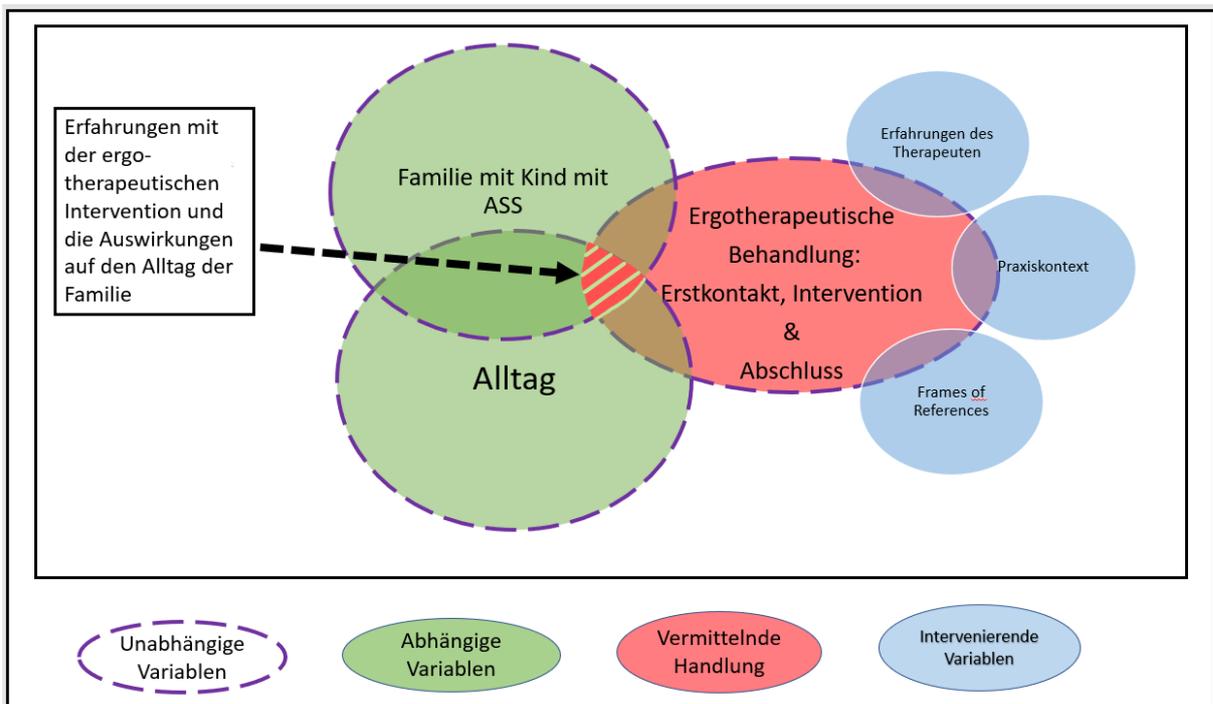


Abbildung 8: Grafische Darstellung des modifizierten hypothetischen Modells

Die Forscherinnen stellten bei der Überprüfung der Variablen fest, dass die vermittelnde Handlung zuvor als ergotherapeutische Intervention benannt die Forschungsergebnisse nicht ausreichend darstellen würde. Deshalb wurde die vermittelnde Handlung im modifizierten hypothetischen Modell in die ergotherapeutische Behandlung mit Erstkontakt, Intervention und Abschluss gegliedert.

Die Forscherinnen stellten bei der Überprüfung der Variablen fest, dass die Bezeichnung „Ergotherapeutische Intervention“ zu unspezifisch für die Beschreibung der vermittelnden Handlung ist. Deshalb gliederten sie die vermittelnde Handlung im modifizierten hypothetischen Modell (→Abb. 8) in „Erstkontakt“, „Intervention“ und „Abschluss“.

Anschließend erstellten die Forscherinnen anhand ihrer Überlegungen ein ausführliches Suchraster für die Extraktion, in Form einer Kategorientabelle (→A12). Die zuvor festgelegten Variablen werden nun als Kategorien bezeichnet:

Kategorien	
Das Kind mit ASS	Ehemals unabhängige Variablen
Familie	
Alltag	
Symptomatik des Kindes	Ehemals abhängige Variablen
Subjektive Empfindungen der Eltern	
Auswirkungen auf den Alltag	
Ergotherapeutische Behandlung: Erstkontakt	Ehemals die vermittelnde Handlung
Ergotherapeutische Behandlung: Intervention	
Ergotherapeutische Behandlung: Abschluss	

Wissen und Erfahrungen des Ergotherapeuten	Ehemals intervenierende Variablen
Frames of references	
Praxiskontext	

Tabelle 5: Darstellung der Kategorien

Für die Auswertungstabellen wurden die Definitionen, die Indikatoren sowie Zeit- und Sachdimension der ursprünglichen Variablen übernommen.

Das Suchraster wurde von beiden Forscherinnen gemeinsam erstellt, um ein gemeinsames Verständnis von den Definitionen, Dimensionen und Indikatoren zu bekommen.

Im weiteren Zuge der methodischen Vorbereitung der Extraktion legten die Forscherinnen genaue Extraktionsregeln (→A13) fest, die im weiteren Verlauf auch das getrennte Extrahieren des Materials möglich machten. Für die technische Vorbereitung luden sich die Forscherinnen das Extraktionsprogramm MIA, erstellt von Gläser und Laudel (1991), herunter und erstellten mit Hilfe des Programms Extraktionsmakros. Extraktionsmakros können Informationen aus einem Text entnehmen und inhaltlich strukturiert ablegen (Gläser & Laudel, 2010). Mit den abgelegten Informationen durch das Programm MIA kann vom Text losgelöst weitergearbeitet werden. Die Forscherinnen erstellten für jede Kategorie ein Extraktionsmakro.

4.6.3 Extraktion

Die Forscherinnen haben zunächst zwei der sechs Texte zusammen extrahiert, um ein gemeinsames Verständnis für das erstellte Suchraster zu bekommen, „denn es muss ja sichergestellt werden ... , dass ... gleichartige Sachverhalte denselben Auswertungskategorien zugeordnet werden“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 210).

Bei der gemeinsamen Extraktion wurde jeweils eine Analyseeinheit gelesen und diskutiert, in welche Kategorie diese einzuordnen ist. Dadurch entwickelten die Forscherinnen ein besseres und weitgehend übereinstimmendes Verständnis für die Anwendung des Suchrasters.

Die Extraktion der übrigen Texte wurde unter beiden Forscherinnen aufgeteilt und getrennt voneinander vorgenommen, um auch hier die Forschertriangulation zu gewährleisten (Döring & Bortz, 2015) und um die Glaubwürdigkeit (→3.7) der Studie zu gewährleisten.

An dieser Stelle wichtig zu erwähnen ist, dass bei der Extraktion von Daten das Ausbleiben von einem subjektiven Einfluss, beim Treffen von Entscheidung durch den*die Forscher*in, unumgänglich sind (Gläser & Laudel, 2010). Als Ergebnis der Extraktion erhielten die Forscherinnen durch das Programm MIA umfassendes Rohmaterial in tabellarischer Form (→A14) zu jeder einzelnen Kategorie.

4.7 Aufbereitung der Daten

Im nächsten Schritt müssen die Daten aufbereitet werden, um die Qualität der Daten zu verbessern. Dazu werden Informationen zusammengefasst und Fehler und überflüssige Informationen in Bezug auf die Forschungsfrage beseitigt (Gläser & Laudel, 2010).

Dazu wurden die einzelnen Kategorientabellen aus der Extraktion aufbereitet, indem identische Informationen zusammengefasst und Informationen mit ähnlichem Inhalt oder identischem Themenschwerpunkt in der Tabelle untereinander geschrieben wurden. Es entstand eine neue Tabelle für jede Kategorie (→A15). Die Informationen sind „theoretisch und empirisch strukturiert durch unsere

theoretischen Vorüberlegungen ... , durch die inhaltliche Vorbereitung der Extraktion und durch die Extraktion selbst“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 231), damit wurde die Aufbereitung der Daten abgeschlossen.

5 Resultate

Im Folgenden werden die Resultate aus den Interviews und der Datenanalyse dargestellt. Dabei wird sich an dem vorher entwickelten hypothetischen Modell und den Kategorien orientiert.

Das Kind mit ASS

Die Kinder der befragten Mütter sind zwischen fünf und 13 Jahren alt. Alle Kinder sind männlich. Vier Kinder haben die Diagnose „Asperger-Syndrom“ (TN 1, 3, 4, 6). Die anderen Kinder haben die Diagnosen „atypischer Autismus“ (TN 2) und „frühkindlicher Autismus“ (TN 5).

Teilnehmerin 6 hat neben ihrem Sohn, der für die Forschung im Mittelpunkt stand, auch eine 13-jährige Tochter mit „Asperger-Syndrom“, die aktuell Ergotherapie erhält. Obwohl sie die Einschlusskriterien deshalb nicht vollständig erfüllt, wurden auch diese Erfahrungen berücksichtigt, da sie den Forscherinnen als sehr wertvoll erschien. Teilnehmerin 6 hat mit ihrem Sohn bereits einen vollständigen ergotherapeutischen Prozess durchlaufen, sodass sie wertvolle Vergleiche liefern konnte.

Die Diagnose der Kinder wurde im Schnitt mit 6,5 Jahren gestellt.

Häufig beschriebene Symptome sind besonders körperliche (TN 1, 6) und verbale (TN 1) Aggressionen. Viele Mütter beschrieben Probleme im Bereich der Kommunikation und im zwischenmenschlichen Umgang (TN 1, 2, 3, 4).

Teilnehmerin 3 beschreibt zum Beispiel:

„Er schaut auch praktisch nicht in die Augen ... das fällt natürlich auch nach außen hin relativ schnell auf, dass er ähm so ja kein Blickkontakt halten kann und auch keinen sucht. Das ist so das erste was auffällt, wenn man sich so ein bisschen mit ihm beschäftigt.“ (TN3-26ff)

Teilnehmerin 4 sagt:

„Also relativ stark ausgeprägt, dass (Name) z.B. in einer gewissen Weise Kommunikationsschwierigkeiten hat ... das heißt er redet gerne und viel ... ist aber dann nicht immer in der Lage adäquat auf ein Gespräch sich so denn zu unterhalten, sondern er verfolgt so seine eigenen Themen und brabbelt dann viel vor sich hin.“ (TN4-84ff)

Eine Mutter beschrieb soziale Ängste (TN 1) und Teilnehmerin 2 beschrieb sogar, dass ihr Sohn nur sehr ungern das Haus verlässt.

Teilnehmerin 1 und 3 beschrieben Probleme in der Fein- und Graphomotorik.

Häufig berichteten Teilnehmerinnen von Überempfindlichkeiten gegenüber verschiedener Reize (TN 2, 4, 6), wie Geräuschen und Kleidung (TN 2), die zu „Overloads“ führen können (TN 2). Die Teilnehmerinnen 2 und 7 beschreiben außerdem Kompensationsmechanismen, wie Laute und motorische Auffälligkeiten, z.B. mit den Armen schlenkern (TN 6) und schaukeln (TN 2). Einige Kinder zeigen auch selbstverletzendes Verhalten (TN 5, 6).

Teilnehmer 5 beschreibt dies wie folgt:

„Also er rastet ... er rastet komplett aus, wenn alles zu viel ist, wenn er gar nicht mehr kann. Dann muss halt alles raus und dann schlägt er entweder den Kopf gegen die Wand oder am

Fußboden oder er muss sich halt fallen lassen, damit er ... damit er sich halt wieder spürt ...“
(TN 5-61ff)

Die Teilnehmerinnen 4 und 5 nennen außerdem Zwänge und Rituale als Symptom der ASS. Teilnehmerin 2 beschreibt Auffälligkeiten im Spielverhalten ihres Sohnes. Teilnehmerin 3 benennt Schlafprobleme, die medikamentös behandelt werden müssen. Der Sohn von Teilnehmerin 5 hat eine verzögerte Sprachentwicklung.

Familie

In allen Haushalten leben zwei Elternteile oder Mütter mit ihrem Partner zusammen. Außer bei Teilnehmerin 5 haben alle Kinder Geschwister.

Als zusätzliche Bezugspersonen werden häufig die Großeltern genannt (TN 1, 2, 3, 4, 5). Teilnehmerin 1 und 2 nennen zusätzlich die Patentante als wichtige Bezugsperson. Teilnehmerin 5 und 6 nennen auch Freunde ihrer Kinder als Bezugspersonen, Teilnehmerin 4 zwei Therapeuten und Teilnehmerin 5 bekommt Unterstützung vom familienentlastenden Dienst. Teilnehmerin 6 beschreibt auch den leiblichen Vater ihres Sohnes, von dem sie getrennt ist, als wichtige Bezugsperson.

Nach Einschätzung der Mütter müssen die Geschwisterkinder viel zurückstecken und sind einer hohen Belastung ausgesetzt (TN 1, 2). Teilnehmerin 2 betont „und es dreht sich ja unser Alltag immer nur um ihn. Er muss zur Therapie, er flippt aus, er braucht Sonderstatus oder hat Sonderstatus“ (114ff).

TN 4 und 6 beschreiben das Geschwisterverhältnis als „normal“ und „gut“.

Teilnehmerin 1, 4 und 5 betiteln die Belastung der gesamten Familie als sehr hoch, weil sie oft einen sehr hohen Betreuungsaufwand haben (TN 1, 5, 6). Teilnehmerin 4 ergänzt die Wutausbrüche des Kindes als besonders hohe Belastung. Teilnehmerin 6 merkt außerdem an, dass die Paarbeziehung oft auf der Strecke bleibt.

Teilnehmerin 4 sagt deutlich, dass sich die Familie mehr Unterstützung und Entlastung wünscht.

Alltag

Bei der Beschreibung des Alltags durch die Teilnehmerinnen wird deutlich, dass Struktur und klare Regeln eine wichtige Grundlage für die Bewältigung des Alltags darstellen.

Im *CMOP-E* werden die Betätigungen den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit zugeordnet (Townsend & Polatajko, 2013) (→2.4.1).

Im Bereich der Selbstversorgung beschreiben die Teilnehmerinnen vor allem die Körperhygiene (TN 5), das Anziehen (TN 1, 5 & 6), Essen mit Messer und Gabel (TN 5) und das Zähneputzen (TN 1, 5 & 6) als Herausforderung.

Im Bereich der Freizeit wird besonders beschrieben, dass die Kinder nur kurze Zeit mit einem Freund spielen können (TN 5) oder gar keine Freunde haben.

Im Bereich der Produktivität nennt Teilnehmerin 1 das Schreiben in der Schule als Herausforderung, Teilnehmerin 6 schafft es nur mit Mühe, ihren Sohn überhaupt für die Schule zu motivieren. Teilnehmerin 1 und 4 sagen außerdem, dass es in der Schule häufig zu Konflikten kommt.

Die Betätigungsherausforderungen der Kinder wirken sich auf den Alltag der gesamten Familie aus.

Mehrere Teilnehmer nennen Wutanfälle und aggressives Verhalten als besondere Herausforderung im Alltag (TN 1, 2, 5).

Die Teilnehmerinnen 1 und 2 empfinden das Fahren zu den verschiedenen Terminen als Belastung. Die Söhne von den Teilnehmerinnen 1 und 6 müssen ständig beaufsichtigt werden und brauchen auch bei

einfachen Alltagshandlungen, wie Zähne putzen und Anziehen Unterstützung. Auch der Sohn von Teilnehmerin 4 benötigt viel Unterstützung im Alltag, was den Betreuungsaufwand erhöht.

Teilnehmerin 6 beschreibt, dass sie ihren Sohn sehr stark antreiben muss, wenn er zur Schule gehen soll oder etwas anderes in der Freizeit unternommen werden könnte, was an ihren Kräften zehrt.

Sie beschreibt diesen Konflikt mit folgenden Worten:

„ ... also man muss sich schon sehr überlegen, möchte ich den Preis dafür zahlen, also möchte ich, dass er jetzt mit uns irgendwas unternimmt, wo er möglicherweise wenig Freude dran hat, völlig überlastet ist und irgendwann Weglauftendenzen kriegt oder im schlimmsten Fall tatsächlich wegläuft, weil er überfordert ist oder kann ich ihn auch zuhause lassen, habe dann halt ein schlechtes Gewissen, weil er dann den ganzen Tag nur im Zimmer hockt ... Also dieses Abwägen ständig und dieses wie mache ich das, finde ich persönlich furchtbar anstrengend.“ (TN6-117ff)

Teilnehmerin 2 fühlt sich eingeschränkt, weil ihr Sohn zu viele Eindrücke nicht ertragen kann und sie deshalb nie auf Feste gehen konnten.

Besonders belastend ist auch das Unverständnis von anderen Personen, die nicht nachvollziehen können, weshalb die Familie sich an bestimmte Abläufe halten muss (TN 3) oder Ratschläge geben, die wenig hilfreich sind (TN 6).

Teilnehmerin 4 erlebt es im Alltag als sehr anstrengend, dass ihr Sohn stark auf sie fixiert ist und sie dadurch kaum Freiräume hat.

Eine besonders große Ressource im Alltag ist die gelegentliche Betreuung der Kinder durch die Großeltern (TN 1, 3, 5).

Auch die Aufgabenverteilung mit dem*der Partner*in hilft den Alltag zu bewältigen (TN 2, 3, 4, 5).

Viele Mütter beschreiben auch Auszeiten, z.B. beim Spazieren gehen mit dem Hund (TN 1), beim Sport (TN 4) oder beim Treffen mit Freund*innen als sehr wichtig (TN 1, 5).

Einige Familien bekommen Unterstützung von einem familienentlastenden Dienst (TN 1) oder von einer Psychologin (TN 3).

Teilnehmerin 2 und 5 gehen zur Entspannung gerne mit ihren Kindern in den Wald oder in den Garten.

„Und auch versuchen das zu verstehen, was so vom Kind kommt, auch wenn es anstrengend ist. Also nicht alles nur als schwer und belastend zu sehen, sondern mal zu gucken, wo kommt es denn her und wo können wir wieder vielleicht eine Lösung basteln.“ (TN 4-128ff)

In diesem Zitat beschreibt Teilnehmerin 4, wie sie versucht sich im Alltag oft in das Kind hineinzusetzen, um das Verhalten besser zu verstehen und aktiv nach Lösungen für Probleme zu suchen, um den Alltag besser bewältigen zu können.

In drei Familien (TN 1, 2, 3, 4) arbeiten beide Elternteile, um sich die Aufgaben besser aufteilen zu können.

Ergotherapeutischer Erstkontakt

Die Empfehlungen zur Ergotherapie kamen vom sozialpädiatrischen Zentrum (TN 3, 5), von dem*der Kinderarzt*ärztin (TN 1, 5) und von dem*der Psycholog*in (TN 1, 2). Teilnehmerin 4 kam aus Eigeninitiative zur Ergotherapie und Teilnehmerin 6 bekam die Empfehlung von dem Autismusbeauftragten des Schulamts.

Bei den Teilnehmerinnen 1 und 4 gab es einen telefonischen Erstkontakt. Teilnehmerin 1 erhielt hier bereits erste Informationen über die Therapiemethode *Neurofeedback* (→G). Bei Teilnehmerin 4 wurde lediglich ein Termin für ein Erstgespräch vereinbart.

Im Erstgespräch erhielten Teilnehmerin 2, 3 und 4 Informationen darüber, was Ergotherapie ist. Den Teilnehmerinnen 1 und 5 wurde dies nicht erklärt.

Im Gespräch ging es um Diagnosestellung, Probleme des Kindes und die familiäre Situation (TN 1, 2, 3, 4, 6). Teilnehmerin 3 wurde auch nach ihren Erwartungen gefragt und die Therapeutin hat erklärt, was sie bieten kann. Teilnehmerin 5 wurde im Erstgespräch erklärt, dass es bei ihrem Sohn um die sensorische Wahrnehmung gehen wird.

Das Erstgespräch fand bei Teilnehmerin 2 und 6 mit dem Kind statt, was Teilnehmerin 6 als sehr unpassend beschrieb.

Teilnehmerin 5 kam ohne ein konkretes Anliegen zur Ergotherapie. Teilnehmerin 4 hatte den Wunsch, dass ihr Sohn sich in der Schule länger konzentrieren kann und Teilnehmerin 2 wünschte sich, dass sie mit ihrem Sohn Brettspiele am Tisch spielen kann.

In der ersten Einheit waren Teilnehmerin 2, 4 und 5 mit ihrem Sohn gemeinsam in der Therapie. Teilnehmerin 3 wartete draußen und bekam am Ende einen Überblick.

Teilnehmerin 2 beschrieb verschiedene Test, wie Schneiden mit der Schere, ein Spiel spielen etc. Der Sohn von Teilnehmerin 4 machte in der ersten Einheit ein Konzentrationsspiel verknüpft mit motorischer Belohnung in Form einer Seilrutsche, was ihr Kind für folgende Einheiten motivierte. Der Sohn von Teilnehmerin 5 war in der ersten Einheit im Bällebad und die Ergotherapeutin beobachtete ihn.

Ergotherapeutische Intervention

Die Teilnehmerinnen 1 und 5 waren in den Einheiten immer mit dabei. Teilnehmerin 2 war nur anfangs mit dabei, um ihrem Sohn Sicherheit zu geben, bis er sich dann allein getraut hat. Die Teilnehmerinnen 3 und 4 waren in den Einheiten nicht mit dabei.

Im Mittelpunkt der Therapie stand oft die Verbesserung der Konzentration (TN 1, 3, 4) und die Förderung von Fein- und Graphomotorik (TN 2, 4). Teilnehmerin 2 beschrieb als Ziel zusätzlich das logische Denken und Teilnehmerin 2 und 6 benannten auch das Sitzenbleiben am Tisch als Ziel. Der Sohn von Teilnehmerin 5 sollte lernen, ein paar Minuten bei einer Aufgabe bleiben zu können.

Teilnehmerin 3 beschrieb, dass die Ergotherapeutin das Ziel gemeinsam mit ihrem Sohn festgelegt und immer nach zehn Einheiten überprüft hat.

Teilnehmerin 4 sagte, dass es keine klar definierten Therapieziele gab. Bei den Teilnehmerinnen 5 und 6 waren die Ziele jeweils durch die Ergotherapeutin vorgegeben.

Der Austausch zwischen den Eltern und der Ergotherapeutin fand in der Regel in den letzten Minuten der Therapieeinheit statt. Hier hat die Therapeutin erklärt, was gemacht wurde und wie dies gemacht wurde (TN 1, 2, 3, 4, 5, 6). Bei Teilnehmerin 3 wurde auch der Sohn in die Reflexion mit einbezogen und es wurde mit einem Belohnungssystem gearbeitet. Teilnehmerin 1 merkte an, dass sie es als unglücklich empfand, dass ihr Sohn bei dieser Auswertung dabei war, da nicht offen geredet werden konnte. Teilnehmerin 6 beschrieb, dass die Gespräche am Ende für ihren Sohn nur schwer auszuhalten waren und kritisierte, dass die Therapeutin ihm keinen konkreten Zeitpunkt nennen konnte, wann das Gespräch zu Ende ist. Teilnehmerin 5 merkte an, dass sie sich jeder Zeit bei der Therapeutin melden durfte, wenn es Zuhause Probleme gab und auch Teilnehmerin 4 konnte regelmäßig einbringen, wo es im Alltag Probleme gab und was sie sich wünscht.

Eine eingesetzte Therapiemethode war das *Neurofeedback* (TN 1, 4). Beide Teilnehmerinnen kritisierten allerdings, dass das Programm wenig ansprechend war und sie keinen Effekt gemerkt haben. Der Sohn von Teilnehmerin 3 hat in der Therapie die Schleife lernen sollen, was nicht funktioniert hat. Er brachte außerdem regelmäßig seine Hefte mit in die Therapie, damit die Therapeutin einen besseren Eindruck bekommt. Motorische Therapieangebote, wie die Kletterwand (TN 5), Balancieren (TN 5) und die Hängematte (TN 6) wurden durchgeführt. Teilnehmerin 5 beschrieb außerdem Rollenspiele mit anderen Personen, die die Kommunikationsfähigkeit ihres Sohnes fördern sollten. Teilnehmerin 6 beschrieb Aufgabenblätter mit mathematischen Aufgaben, Puzzle und Lego als wesentliche Therapieinhalte. Teilnehmerin 6 beschrieb außerdem das Aussägen eines Schwertes als handwerkliche Tätigkeit im Rahmen der Therapie. Der Sohn von Teilnehmerin 3 nahm in den letzten zehn Einheiten an einer Gruppentherapie mit dem Schwerpunkt Konzentration teil.

Zwei Teilnehmerinnen hatten die Möglichkeit über die Therapieinhalte mitzuentcheiden (TN 3, 5) und zwei andere Teilnehmerinnen wollten nicht mitentscheiden, da sie der Therapeutin vertraut haben (TN 2, 6).

Teilnehmerin 2 und Teilnehmerin 5 erhielten von der Ergotherapeutin Tipps für Zuhause. Teilnehmerin 5 nannte als Beispiel Sandweste und Gewichtsweste zur Förderung der Wahrnehmung.

Teilnehmerin 2 und 5 wussten nicht, ob die Therapie nach einem bestimmten Konzept durchgeführt wurde. Teilnehmerin 4 wusste, dass die Gruppentherapie nach einem Konzept durchgeführt wurde, erinnerte sich aber nicht an den Namen.

Einige Teilnehmerinnen beschrieben Probleme, die in den Therapieeinheiten auftraten. TN 1 und 4 kritisierten die *Neurofeedbackprogramme*, die beide Söhne nicht ansprachen und es dadurch zu einer geringen Mitarbeit und einer erfolglosen Therapie kam. Teilnehmerin 5 beschrieb, dass ihr Sohn sich auf einige Therapieangebote nicht einlassen konnte, da er lieber sein eigenes Ding machen wollte. Teilnehmerin 6 benannte als problematisch, dass die Therapeutin zur Abgrenzung der Therapieeinheit einen Händedruck mit Blickkontakt festlegte, was für ihren Sohn nur schwer zu ertragen war. Außerdem beschrieb sie, dass die Therapeutin die erste Verordnung nur als Kennenlernen sah und ihr Sohn oft die gesamte Therapieeinheit verweigert hat, wenn er keinen Spaß hatte.

Abschluss

Teilnehmerin 1 und Teilnehmerin 5 haben ein Abschlussgespräch geführt. Einige andere Teilnehmerinnen hatten aus verschiedenen Gründen kein Abschlussgespräch (TN 3, 4, 6).

Teilnehmerin 2 hatte kein Abschlussgespräch, hat am Ende der letzten Einheit aber gemeinsam mit ihrem Sohn, der Schwester und der Therapeutin ein Spiel gespielt und die Therapeutin hat ihr noch Tipps für Zuhause gegeben. Auch bei Teilnehmerin 1 fand das Abschlussgespräch im Beisein des Kindes statt. Hier wurde reflektiert, dass die Therapeutin *Neurofeedback* nicht als geeignete Therapieform für das Kind sieht und eine ergotherapeutische Behandlung mit dem Fokus auf Selbstwahrnehmung empfiehlt. Im Abschlussgespräch von Teilnehmerin 5 wurde besprochen, wie sich die Kommunikationsfähigkeit und Wahrnehmung ihres Sohnes im Laufe der Therapie entwickelt hat und dass sie Zuhause weiter daran arbeiten sollen.

Teilnehmerin 5 und 6 konnten einen Abschlussbericht erhalten, Teilnehmerin 6 wollte diesen allerdings nicht haben. Teilnehmerin 4 merkte an, dass sie keinen Bericht bekommen konnte.

Einige Therapeutinnen haben angeboten, auch nach Therapieende bei Fragen und Problemen zur Verfügung zu stehen (TN 2, 5).

Praxiskontext

Die Ergotherapie fand in der Regel in ergotherapeutischen Praxen statt (TN 1, 3, 4, 6). Teilnehmerin 1 ergänzte, dass sie in einer Praxis mit der Spezialisierung auf *Neurofeedback* waren. Teilnehmerin 6 ergänzte, dass ihre Tochter im schulischen Setting Ergotherapie bekam. Die Ergotherapie von Teilnehmer 2 und 5 wurde im sozialpädiatrischen Zentrum durchgeführt.

Wissen und Erfahrungen des Therapeuten

Der Sohn von Teilnehmerin 6 hatte bei einer Therapeutin Ergotherapie, die eine Fortbildung in *sensory Integrationstherapie* hat. Ihre Tochter hatte Ergotherapie bei einer Ergotherapeutin, die auf ASS spezialisiert ist.

Symptomatik des Kindes

Die Ergotherapie hatte aus Sicht der Eltern in einem kleinen Rahmen Einfluss auf die Symptomatik der Kinder. Lediglich Teilnehmerin 5 beschrieb, dass sie eine Verbesserung der Symptomatik ihres Sohnes beobachten konnte, z.B. hat ihr Sohn besser auf Ansprache reagiert.

Teilnehmerin 2 benennt den Fortschritt, dass ihr Sohn es am Ende geschafft hat, trotz seiner sozialen Ängstlichkeit allein in die Therapie zu gehen.

Teilnehmerin 3 beschreibt keine Veränderung der Symptomatik, sagt aber, dass ihr Sohn durch die Ergotherapie gelernt hat, besser mit der Symptomatik umzugehen. Teilnehmerin 4 beschreibt keine lineare Verbesserung der Symptomatik, sondern eine laufende Veränderung.

Teilnehmerin 6 beschreibt, dass die Ergotherapie den Selbstwert ihrer Tochter spürbar verbessert hat.

Auswirkungen auf den Alltag

Die Teilnehmerinnen bemerkten unterschiedliche Auswirkungen auf den Alltag. Teilnehmerin 1 und Teilnehmerin 4 beschrieben im Bereich der Produktivität (→2.4.1), dass das Schriftbild ihrer Söhne sich verbessert hat. Teilnehmerin 1 beschrieb, dass sich die Konzentration ihres Sohnes durch die Ergotherapie nicht verbessert hat, Teilnehmerin 4 hingegen beschrieb, dass sie sich verbessert hat.

Teilnehmerin 2 merkte an, dass ihr Sohn nach der Therapie auch im Kindergarten freiwillig am Tisch gearbeitet hat.

Im Bereich der Selbstversorgung (→2.4.1) benannte Teilnehmerin 1 außerdem Knöpfe schließen und Schleife binden als Tätigkeiten, die sich durch die Ergotherapie verbesserten. Der Sohn von Teilnehmerin 3 konnte nach der Therapie besser mit Messer und Gabel essen.

Im Bereich der Freizeit (→2.4.1) konnte der Sohn von Teilnehmerin 2 nach der ergotherapeutischen Behandlung mit der Familie Brettspiele am Tisch spielen.

Zwei Teilnehmerinnen bekamen von der Ergotherapeutin wertvolle Tipps für ihren Alltag. Teilnehmerin 3 integrierte in ihren Alltag regelmäßige gemeinsame Reflexionen und eine Magnetwand, die sie als Strukturierungshilfe für den Alltag nutzen. Teilnehmerin 5 erhielt die Tipps, das Zimmer abzudunkeln, wenn ihr Sohn überreizt ist und mehr auf die Bedürfnisse des Kindes zu achten und zu akzeptieren, was er in dem Moment möchte. Außerdem schaffte sie auch für Zuhause eine Kletterwand und ein Bällebad an, um das Kind im Alltag weiter zu fördern.

Teilnehmerin 3 erwähnte, dass durch das größere Können ihres Sohnes der gesamte Alltag der Familie entlastet wird.

Teilnehmerin 4 stellte fest, dass das in der Ergotherapie Gelernte im Alltag nicht angewendet werden konnte, weil die Rahmenbedingungen nicht passten.

Teilnehmerin 6 benannte, dass die Therapie keine Auswirkungen auf den Alltag hatte.

Subjektive Empfindungen der Eltern

Die Teilnehmerinnen 2, 3, 4 und 5 äußerten, dass sie mit der ergotherapeutischen Behandlung sehr zufrieden waren. Teilnehmerin 6 äußerte klar, dass sie nicht zufrieden war und die Therapie für ihr Kind verlorene Zeit war.

Alle Eltern ziehen eine erneute ergotherapeutische Behandlung unter bestimmten Voraussetzungen in Betracht. Teilnehmerin 4 würde kein *Neurofeedback* mehr machen, sondern die klassische Ergotherapie bevorzugen. Teilnehmerin 5 setzt voraus, dass die Ergotherapie bei der gleichen Person stattfinden müsste und Teilnehmerin 6 möchte, dass ihr Sohn Ergotherapie bei einer bestimmten Ergotherapeutin bekommt. Bei Teilnehmerin 5 ist eine erneute Ergotherapie als Vorbereitung auf die Schule bereits im Gespräch.

Die Eltern merkten auch einige Kritikpunkte an. Teilnehmerin 1 und Teilnehmerin 4 beschrieben, dass die *Neurofeedbackprogramme* abwechslungsreicher und interessanter gestaltet sein müssten. Teilnehmerin 6 fühlte sich von der Ergotherapeutin nicht verstanden, hatte den Eindruck, dass sie nichts über Autismus weiß und ihr nicht richtig zuhört. Außerdem empfand sie das von der Therapeutin festgelegte Ziel als unpassend.

Als positiv wurde benannt, dass es in Bezug auf den Alltag schnell Erfolge gab (TN 2) und dass die Kommunikation und die Beratung mit der Therapeutin sehr gut liefen (TN 2, 5).

Teilnehmerin 3 erwähnte positiv, dass die Ergotherapeutin sehr engagiert war und sie sich nichts anderes von der Therapie gewünscht hätte.

„Das war auch so dieses zwischenmenschliche ähm wenn jetzt privat so ... nicht privat, also gerade wenn ich an meine Grenzen gekommen bin, konnte ich auch anrufen und konnte sagen hier brennt es und da müssen wir mal noch gucken und was mache ich denn da und ja.“ (TN 5-167ff)

Auch Teilnehmerin 5 fühlte sich gut aufgehoben und schätzte besonders, dass sie jederzeit um Hilfe bitten konnte. Außerdem lobte sie, dass die Ergotherapeutin sich immer durchgesetzt hat und ihr viele Alltagstipps und Denkanstöße gegeben hat.

6 Diskussion

Eine Studie von Klauber et al. (2016) zeigte, dass Ergotherapie nach Pharmakotherapie die zweithäufigste, von Krankenkassen verschriebene Therapieform bei ASS ist. In den Interviews wurde deutlich, dass bei Familien mit einem Kind mit ASS ein großer Bedarf an Unterstützung besteht.

Alle Teilnehmerinnen schätzen ihre familiäre Belastung als besonders hoch ein und äußerten den Wunsch nach mehr Unterstützung, besonders im Alltag.

Durch die für ASS typische Symptomatik (DGKJP & DGPPN, 2016; Bölte 2009) (→2.1.2) stehen die Familien im Alltag vor unterschiedlichen Herausforderungen. Besonders oft wurde der hohe Betreuungsaufwand (TN 1 & 6), die Belastung durch viele Therapiefahrten (TN 1 & 2) und die immer wieder auftretenden Wutanfälle genannt (TN 1,2, & 5).

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde untersucht, welche Erfahrungen Familien mit einem Kind mit ASS mit Ergotherapie gemacht haben.

In den folgenden drei Kapiteln werden die einzelnen Leitfragen beleuchtet und diskutiert. Dazu werden die erhobenen Daten mit der durch die Forscherinnen recherchierten Literatur und Studien verglichen und in Bezug zueinander gebracht und somit eine Theorientriangulation hergestellt (Höhs, 2016).

6.1 Wie lief der Prozess der ergotherapeutischen Behandlung ab?

Wie bereits im theoretischen Hintergrund beschrieben, wird der ergotherapeutische Prozess in der vorliegenden Forschungsarbeit anhand des *CPPFs* (Townsend & Polatajko, 2013) (→2.4.3) dargestellt. Die ersten beiden Schritte des *CPPFs* „*Eintreten/Initiieren*“ und „*Erwartungen abklären*“ (Townsend & Polatajko, 2013) fanden in der Regel in einem ersten Telefongespräch zur Terminvereinbarung und einem Erstgespräch statt (TN 1 & 4). Die größten Unterschiede waren hierbei, ob das Kind in diesem ersten Gespräch dabei war (TN 2 & 6) oder nicht (TN 3). Hauptbestandteil des Erstgesprächs war fast immer eine ausführliche Anamnese (TN 1,2,3,4 & 6).

In der Literatur wird die ausführliche Anamnese (Wer ist der Klient? Welche besonderen Herausforderungen hat der Klient?) ebenfalls als wichtiger Aspekt beschrieben. Zusätzlich muss der*die Therapeut*in hinterfragen, mit welchen Interventionen er den*die Klient*in behandeln würde und ob er ihm*ihr bieten kann, was er*sie braucht (Davis et al., 2013).

Der dritte Schritt des *CPPFs* ist „*Erheben/Bewerten*“ (Townsend & Polatajko, 2013).

Um Betätigungsanliegen und die Funktionsfähigkeiten strukturiert erfassen zu können, schlagen die meisten ergotherapeutischen Modelle den Einsatz von Assessments vor. Im *CMOP-E* ist es z.B. das *COPM* (Zillhardt & Merklein de Freitas, 2016). Von den Interviewteilernehmerinnen konnte sich nur eine Teilnehmerin an einen „Test“ erinnern, aber nicht mehr daran, wie dieser hieß und was damit getestet wurde (TN 2). Der Einsatz von Assessments ist wichtig, um die Klienten besser in den Therapieprozess mit einzubinden, um gemeinsam Betätigungsziele zu formulieren und um die Wirksamkeit der Interventionen aufzeigen zu können (Van Hartingsveldt, Meijers, Ras, Stal, & Ten Velden, 2019). Im Rahmen von Qualitätssicherung in der Ergotherapie können Assessments außerdem zur Objektivierung von Diagnostik und Behandlungsergebnissen dienen, eine systematische Dokumentation erleichtern und die professionelle Kommunikation und Transparenz der Ergotherapeut*innen erhöhen (Weber & Hucke,

2019).

Neben der Verwendung von standardisierten Assessments spielt auch der Einsatz des gezielten Beobachtens einer bedeutungsvollen Betätigung im Prozess der Inventarisierung eine wichtige Rolle (Van Hartingsveldt et al., 2019). Die bedeutungsvolle Betätigung ist ein zentraler Aspekt des zeitgenössischen Paradigmas (→G). Es liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Mensch aus sich heraus nach Betätigung strebt und vor Betätigungsherausforderungen steht: Diese Betätigungsherausforderungen sollen der Mittelpunkt der ergotherapeutischen Behandlung sein (Satink & Van de Velde, 2019). Daraus kann gefolgert werden, dass das Identifizieren und Analysieren der für den*die Klient*innen bedeutungsvollen Betätigung eine entscheidende Rolle spielt.

Teilnehmerinnen haben beschrieben, dass die Therapeutin das Kind bei verschiedenen Aufgaben beobachtet hat, allerdings nicht bei bedeutungsvollen Betätigungen, sondern bei von der Therapeutin vorgegebenen Aufgaben, wie z.B. beim Schneiden mit der Schere (TN 2,4 & 5).

Das Formulieren von Betätigungszielen wird als wesentlicher und wichtiger Schritt des ergotherapeutischen Prozesses dargestellt (Costa, 2016). Ziele sollten möglichst nach Kriterien, wie SMART (→G) formuliert und zu einem späteren Zeitpunkt des Prozesses überprüft werden. Außerdem sollten sie spezifisch, relevant und *klientenzentriert* sein (Costa, 2016). Lediglich eine Interviewteilnehmerin beschrieb, dass die Therapeutin gemeinsam mit dem Kind Ziele formuliert, aufgeschrieben und am Ende einer Verordnung überprüft hat (TN 3). Alle anderen Teilnehmerinnen haben lediglich mündlich ein Ziel (TN 1 & 2), meistens auf Funktionsebene, formuliert. Gelegentlich wurden die Ziele von der Therapeutin festgelegt (TN 5 & 6) oder es gab keine Ziele (TN 4).

Das Fehlen von klar festgelegten, *klientenzentrierten* Zielen und der Nutzung von Assessments ist ein Grund dafür, dass die Eltern den durch die Therapie erzielten Fortschritt nur schwer beurteilen konnten oder unzufrieden mit den Ergebnissen der Therapie waren (Logister-Proost & Steensels, 2019).

Nach dem Festlegen der Ziele findet die Intervention statt, durch die die Ziele erreicht werden sollen (Townsend & Polatajko, 2013).

Zwei der Teilnehmerinnen (TN 1 & 4) nannten die Durchführung von *Neurofeedback* bei ihren Söhnen im Rahmen der ergotherapeutischen Intervention. Diese Behandlungsmethode wurde in den theoretischen Vorüberlegungen von den Forscherinnen nicht berücksichtigt, da es zu *Neurofeedback* als Behandlungsmethode von ASS auch international aktuell nur einige wenige Studien gibt.

Eine amerikanische Studie bestätigte, dass *Neurofeedback* Auswirkungen auf die Aktivität in bestimmten Hirnregionen bei Kindern mit ASS hat (Datko, Pineda, & Müller, 2017). Die Ergebnisse wurden mit Hilfe einer Kontrollgruppe und eines Vorher-Nachher-Vergleichs erhoben.

Sowohl Friedrich (2020) als auch Kober & Wood (2020) weisen in ihren Veröffentlichungen darauf hin, dass mehr klinische Forschung zu *Neurofeedback* stattfinden muss. Friedrich (2020) beschreibt außerdem, wie ein *Neurofeedbackprogramm* für Menschen mit ASS aussehen sollte.

Teilnehmerin 3 beschrieb die Gestaltung eines Tagesplanes in Form einer großen Tafel als hilfreichen Tipp der Ergotherapeutin. Hier lassen sich die Grundannahmen der „Strukturierung“ und der „Visualisierung“, wie beispielsweise im *TEACCH-Ansatz* erkennen (Häußler, 2008) (→2.5.3).

Ein anderes Behandlungskonzept, welches in einem Interview genannt wurde, ist die *sensorische Integrationstherapie* (TN 6). Zur Wirkung der *sensorischen Integrationstherapie* nach Jean Ayres (1989) gibt es bereits mehrere Studien, die die Wirksamkeit belegen (→2.5.2). Trotzdem beschreibt die Teilnehmerin, dass die Therapie für ihren Sohn unpassend war, weil er oft ganze Therapieeinheiten verweigert hat und sich offensichtlich nicht auf diese Form der Therapie einlassen konnte. Freude hatte

er hingegen z.B. beim Aussägen eines Schwertes. Hier war seine Mitarbeitsbereitschaft groß, was unterstreicht, dass die *Klientenzentrierung* (→2.3.2.1.) eine wesentliche Rolle spielt. Der*die (erweiterte) Klient*in soll über die Therapiegestaltung mitentscheiden können (Fisher, 2009). Daraus ergibt sich, dass nicht jede Interventionsart für jedes Kind mit einer bestimmten Diagnose die Richtige ist und individuell geprüft werden muss, welche Intervention die Passende ist. Hucke und Gans (2009) sagen, dass im Rahmen des Qualitätsmanagements häufig eine Standardisierung von bestimmten Maßnahmen und Methoden angestrebt wird, was gleichzeitig die Gefahr erhöht, dass die Bedürfnisse der Klient*innen in den Hintergrund rücken. Es muss eine Balance zwischen festgelegten Abläufen und Methoden und der Anpassung an individuelle Bedürfnisse gelingen. Dazu können, z.B. bestimmte Behandlungsabläufe so festgelegt werden, dass genügend Raum für die individuellen Bedürfnisse des*der Klientin bleibt (Hucke & Gans, 2009).

Tiebel und Huber (2020) beschreiben, dass auch im Rahmen der EBP immer die Individualität des*der Klient*in berücksichtigt werden muss: Wissenschaftliche Studien dienen dazu, das Wissen des*der Therapeut*in zu erweitern. Trotzdem dürfen die Erfahrungen und das Gefühl des*der Therapeut*in nicht außer Acht gelassen werden: Wissenschaftliche Erkenntnisse sind keine Anleitungen, die auf jeden*jede Klient*in anwendbar sind. Evidenz und Intuition des*der Therapeut*in sollten gleichermaßen in die Behandlung mit einfließen (Tiebel & Huber, 2020).

Auch van der Hulst, Ollevier und Wouda (2019) sagen, dass ein*eine Ergotherapeut*in im Rahmen des professionellen Handelns nicht anhand von interner und externer Evidenz über die Intervention entscheiden sollte, sondern das EBP immer von den individuellen Wünschen des*der Klient*in ausgehen muss.

Die Intervention muss „überwacht und verändert“ werden (Townsend & Polatajko, 2013).

Einige Teilnehmer*innen beschrieben, dass ein Wechsel der Therapieform vorgenommen wurde, z.B. von Einzel- zur Gruppentherapie (TN 3) oder von der „klassischen“ Ergotherapie zu *Neurofeedback* (TN 4). Weber und Hucke (2019) betonen, dass die regelmäßige Evaluation sowohl der einzelnen Therapieeinheiten als auch der erzielten Ergebnisse wichtige Schritte zur Sicherung der Qualität darstellen.

Die letzten Schritte des *CPPFs* sind „Ergebnis bewerten“ und „Beenden/Abschließen“ (Townsend & Polatajko, 2013). Der Schritt „Ergebnis bewerten“ wurde auf Grund der fehlenden Zielformulierung in der Regel auf Grundlage der subjektiven Wahrnehmung von Eltern und Therapeutin durchgeführt. Meist kam es zu einem Therapieende, weil entweder die Therapeutin, häufiger aber die Eltern, das Gefühl hatten, dass die Therapie keinen Erfolg bringt oder keine weitere Verbesserung erreicht wurde (TN 1, 5 & 6). Die Literatur hingegen zeigt auf, dass das wiederholte Einsetzen von Assessments eine gute Möglichkeit bietet, um die Verbesserungen messbar zu machen (Costa, 2016).

Nur zwei Teilnehmerinnen haben ein Abschlussgespräch mit der Therapeutin geführt (TN 1 & 5). Davis et al. (2013) betonen, dass es wichtig ist anders vorzugehen, weil der Abschluss besonders gut geplant werden soll, da hier wichtige Themen, wie eine erneute Ergotherapie oder eine Überweisung an andere Stellen besprochen werden.

Einige Teilnehmerinnen erwähnten im Interview, dass die Ergotherapeutin ihnen zumindest angeboten hat, sich auch nach Therapieende bei Problemen jederzeit zu melden (TN 2 & 5).

Betrachtet man das *CMOP-E*, wird deutlich, dass nicht nur der Klient selbst, sondern auch seine Umwelt betrachtet werden muss (Townsend & Polatajko, 2013). Bei Kindern mit ASS spielt vor allem die soziale Umwelt, insbesondere die Familie des Kindes, eine wichtige Rolle.

Townsend und Polatajko (2013) beschreiben den Ansatz des *power-sharings*. Dieser meint, dass der*die Klient*in am besten Aussagen über seine*ihre Betätigungsanliegen machen kann und deshalb aktiv über den ergotherapeutischen Prozess mitbestimmen sollte. Im Falle eines Kindes mit ASS können hier auch die Eltern als erweiterte Klient*innen miteinbezogen werden. Die gemeinsame Suche nach Betätigungsanliegen, die in der Therapie im Vordergrund stehen sollen, führt zu einer größeren Motivation des Kindes und zu einer größeren Zufriedenheit der Familie (Logister-Proost & Steensels, 2019).

Modelle, die ebenfalls den Einbezug der gesamten Familie unterstützen, sind das *FCC* und das *OPC*.

Dem *FCC* (→2.5.5) liegt zugrunde, dass eine respektvolle Zusammenarbeit zwischen Familie und Behandlungserbringer*in die Gesundheit von Kindern und deren Familien verbessern kann (Arrango, 2011).

Das *OPC* (→2.5.1) ist ein ergotherapeutisches Modell, welches das Coaching der Eltern in den Mittelpunkt der ergotherapeutischen Intervention stellt. Eltern sollen angeleitet werden, ihren Kindern zu einer größtmöglichen Teilhabe zu verhelfen (Graham et al., 2008). Verschiedene Studien zeigen, dass das *OPC* für Kinder mit ASS im internationalen Kontext eine valide (→G) Behandlungsmethode ist (Graham et al., 2014; Dunn et al., 2018). In Deutschland liegen aktuell noch keine Validierungsstudien vor, die Annahme scheint aber auch auf den deutschen Kontext übertragbar zu sein.

Drei der insgesamt sechs Interviewteilnehmerinnen waren in den Therapieeinheiten der Kinder nicht dabei (TN 3,4 & 6). Die Kommunikation mit der Therapeutin verlief bei allen Teilnehmer*innen ähnlich. Am Ende einer Einheit hat die Ergotherapeutin gezeigt, was gemacht wurde und erklärt, warum es gemacht wurde. Gelegentlich wurde kurz darüber gesprochen, welche Probleme es aktuell im Alltag gibt. Familienmitglieder waren in keiner Weise aktiver Teil der Therapie (TN 1,2,3,4,5 & 6).

Die Interviewteilnehmerinnen beschrieben, dass der Leidensdruck der gesamten Familie (Eltern und Geschwister) sehr groß ist und die Familien sich mehr Unterstützung wünschen.

Verschiedene Studien zum *OPC* und zum *FCC* zeigen, dass der Einbezug der Familie die Effektivität der Ergotherapie erhöhen kann und weisen auf die Wichtigkeit hin, Eltern im häuslichen Kontext zu coachen und anzuleiten (→2.5.1; →2.5.5).

Der Einsatz eines solchen Modells kann dazu dienen, Betätigungsanliegen von allen Beteiligten zu erfassen und Lösungsstrategien zu erarbeiten. Der Einbezug der Eltern ermöglicht eine bessere Übertragung der gelernten Therapieinhalte auf den Alltag und hilft ihnen auch in Zukunft auftretende Probleme mit Hilfe der gelernten Strategien zu lösen (Graham et al., 2008).

Um die Elternarbeit bzw. das Elterncoaching in Deutschland in der Praxis einsetzen zu können, können Ergotherapeut*innen Fortbildungen machen. Aktuell bietet der DVE eine Fortbildung mit dem Titel „Elternarbeit bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen – Psychoedukation in Elterngruppen“ an (DVE, 2020).

Modelle, wie das *OPC* und das *FCC* in Praxen zu implementieren, ist ein langfristiger Prozess, der viel Einsatz und *Engagement* der Mitarbeiter erfordert (Meyn, Georg, Dechmann, Peter, & Katenkamp, 2015). In welcher Art und Weise solche Modelle im deutschen Kontext angewendet werden können, muss in Studien untersucht werden.

6.2 Hatte die ergotherapeutische Behandlung Auswirkungen auf den Alltag der Familie?

Das Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei „bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit“ zu unterstützen (DVE, 2007) (→2.3.1).

Wie bereits beschrieben, führt die fehlende Zielformulierung dazu, dass die Auswirkungen nicht messbar sind, sondern von der subjektiven Wahrnehmung des Kindes, der Eltern und der Therapeutin abhängen.

Mehrfach beschrieben wurde die Verbesserung von Graphomotorik und Feinmotorik (TN 1,3 & 4). Auch Studien haben ergeben, dass es durch Ergotherapie zu einer Verbesserung der Feinmotorik kommen kann (Ozonoff & Cathcart, 1998).

Studien zeigen ebenfalls, dass Ergotherapie die Konzentration von Kindern mit ASS verbessern kann (Schaaf, Benevides & Hunt, 2012).

Einige Teilnehmerinnen beschrieben Verbesserungen der Konzentration (TN 4), andere hingegen merkten an, dass sie in diesem Bereich keine Verbesserung erkennen konnten (TN 1).

Ein wichtiger Bestandteil der ergotherapeutischen Behandlung ist das Ermöglichen (*Enabling*) (Knagge, 2016). Klient*innen sollen Betätigung, Teilhabe und *Engagement* ermöglicht werden. Dazu können Ergotherapeut*innen auf das *CMCE*, die *Enablement-Skills* zurückgreifen (Townsend & Polatajko, 2013) (→2.4.2).

Fast alle Teilnehmerinnen erhielten Tipps für den Alltag, wie eine Magnettafel als Strukturierungshilfe (TN 3), Tipps gegen Überreizung, Gewichtsdecke und Sandweste etc. (TN 5). Diese Tipps wurden von den Teilnehmerinnen als sehr hilfreich wahrgenommen, was unterstreicht, dass die Kompetenz *Beraten* (→2.4.2.2) eine zentrale Rolle im Behandlungsprozess spielen sollte.

Nach Townsend und Polatajko (2013) umfasst die Kompetenz *Beraten* das Sammeln von Informationen, das Nachdenken über verschiedene Perspektiven und das Entwerfen von alternativen Vorschlägen. Die Ergotherapeutinnen haben im Rahmen des Erstgesprächs und durch ihre eigenen Beobachtungen Informationen über die Symptomatik des Kindes gesammelt. Sie haben identifiziert, welche Situationen die Symptomatik verstärkt und die Eltern beraten, wie sie in diesen Situationen agieren können. Teilnehmerin 5 beschrieb z.B., dass sie von der Therapeutin gelernt hat, zu akzeptieren, dass ihr Sohn seinen Schneeanzug nach dem Kindergarten nicht ausziehen möchte und ihn nicht zu drängen, da er dies in diesem Moment scheinbar braucht. Dadurch konnten in Zukunft viele Konfliktsituationen vermieden werden. Teilnehmerin 3 beschrieb, dass sie gemeinsam mit der Ergotherapeutin einen Tagesplan in Form einer Magnetwand gestaltet hat, den sie seitdem regelmäßig mit ihrem Sohn bespricht. Dies gibt ihrem Sohn viel Sicherheit und erleichtert den Alltag der ganzen Familie.

Eine der sechs Säulen der Ergotherapie ist die *Kontextbasierung* (→2.3.2.3). Unter *Kontextbasierung* wird verstanden, dass die Ergotherapie nach Möglichkeit in der persönlichen Umwelt des*der Klient*in stattfinden soll (Cup & Van Hartingsveldt, 2019).

Auch im *CMOP-E* ist die Umwelt des*der Klient*in ein wichtiger Faktor, der auf das Betätigungsverhalten Einfluss nimmt und deshalb in der Therapie berücksichtigt werden muss (Townsend & Polatajko, 2013).

Teilnehmerin 4 äußerte, dass die in der Therapie erlernten Strategien zur Verbesserung der Konzentration in der Schule nicht umgesetzt werden konnten, weil die Rahmenbedingungen sich zu stark von denen in der Ergotherapie unterscheiden. Durch diese Äußerung wird deutlich, dass die Therapie einen größeren Erfolg gehabt hätte, wenn sie an das Setting Schule angepasst wäre. Hierzu wäre,

z.B. ein Austausch mit den Lehrer*innen oder ein Schulbesuch möglich gewesen, welcher nicht stattfand.

Die Tochter von Teilnehmerin 6 erhielt hingegen Ergotherapie im schulischen Setting, welche die Teilnehmerin als sehr positiv und zielführend empfand, da sie direkt auf die Unterrichtssituation abgestimmt war und eine enge Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrer*innen stattfinden konnte.

In einem systematischen Review aus der Schweiz (Schofhauser & Gurtner, 2015) wurde die Effektivität der schulbasierten Ergotherapie bei Kindern mit leichter Beeinträchtigung untersucht: Die Ergebnisse der Studie unterstreichen die Schilderungen von Teilnehmerin 6. Der systematische Review zeigte, dass schulbasierte Ergotherapie an Regelschulen sowohl in Bezug auf die Körperfunktionen als auch in Bezug auf Aktivität und Teilhabe wirksam ist. Sie können Kinder mit Beeinträchtigungen unterstützen und ihnen Teilhabe ermöglichen und damit auch einen wichtigen Beitrag zur Inklusion leisten. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass weitere Forschung notwendig ist.

6.3 Was hätten sich die Eltern noch von bzw. im Rahmen der Therapie gewünscht?

Die Frage, was die Eltern sich noch von der Ergotherapie gewünscht hätten, beantworteten fünf Teilnehmerinnen damit, dass sie keine weiteren Wünsche mehr gehabt hätten (TN 1,2,3,4 & 5). Einige Eltern begründeten dies damit, dass sie keine Vorstellungen davon haben, was noch möglich gewesen wäre und vollständig auf das Wissen und die Erfahrungen der Therapeutin vertraut haben. Häufig wurde dies auch als Grund dafür angegeben, dass die Eltern nicht über die Inhalte der Therapie mitbestimmen wollten (TN 2 & 6).

Im Rahmen des *power-sharings* soll der*die (erweiterte) Klient*in aktiv in den gesamten Therapieprozess miteinbezogen werden (Townsend & Polatajko, 2013). Dazu muss der*die Klient*in darüber aufgeklärt werden, was Ergotherapie ist, er muss an der Zielformulierung beteiligt werden, über verschiedene Behandlungsmethoden informiert sein und über diese entscheiden (Townsend & Polatajko, 2013).

Eine immer bedeutendere Rolle spielt auch das *Empowerment*. Ergotherapeut*innen sollen den*die Klient*in als Expert*in für seine*ihre Situation sehen und ihn dabei unterstützen selbstständig Entscheidungen zu treffen; Es geht nicht darum, dem*der Klient*in etwas zu ermöglichen, sondern ihm*ihr dabei zu helfen, es sich selbst zu ermöglichen (CAOT, 2002; CAOT & Townsend, 1997). Der Ansatz des *Empowerments* unterstreicht sowohl die Wichtigkeit des *Elterncoachings* (→6.1) als auch den Aspekt des *power-sharings*.

Fast alle Teilnehmerinnen berichteten, dass ihnen erklärt wurde, was Ergotherapie ist (TN 1,2,3,4 & 5). Keine der Teilnehmerinnen konnte diese Erklärung wiedergeben, sodass die Forscherinnen keine Aussage zum Inhalt der Erklärungen machen können.

Die fehlende Beteiligung an wichtigen Entscheidungsprozessen, z.B. über Ziele und Intervention, deutet daraufhin, dass die Eltern nicht ausreichend über Ziele und Möglichkeiten innerhalb der Ergotherapie aufgeklärt wurden und nur passiv an der Therapie ihres Kindes beteiligt waren.

Auch wenn die Teilnehmerinnen auf Nachfrage keine Wünsche äußern konnten, nannten sie im Rahmen der Interviews einige Kritikpunkte.

Besondere Kritik wurde an den *Neurofeedbackprogrammen* geübt. Beide Teilnehmerinnen (TN 1 & 4) beschrieben, dass diese wenig abwechslungsreich gestaltet waren und für ihre Söhne unpassend.

Beide Mütter können sich vorstellen, dass ein ansprechenderes *Neurofeedbackprogramm* bessere Erfolge erzielen könnte.

Teilnehmerin 6 beschrieb, dass sie das von der Therapeutin festgelegte Ziel als nicht relevant empfand, da es für sie nicht wichtig war, dass ihr Sohn weniger auf dem Boden liegt und sie lieber daran gearbeitet hätte, dass ihr Sohn sich besser spürt. Wie bereits genannt (→6.1), kann dies durch den Miteinbezug der Eltern und den Einsatz von Assessments verbessert werden (Logister-Proost & Steensels, 2019; Costa, 2016).

In den Interviews wurde deutlich, dass bei allen Teilnehmerinnen der Wunsch nach Unterstützung im Alltag besteht. Diesen verknüpften sie aber in erster Linie mit einem familienentlastenden Dienst oder Therapeuten aus anderen Professionen (TN 4 & 5). In der Definition vom DVE (2007) heißt es: „hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.“ Davon ausgehend haben Ergotherapeut*innen genau das nötige Wissen und die Kompetenzen, die für die Unterstützung der Familien im Alltag gebraucht werden. Wichtige Aspekte, die besonders die Eltern unterstützen, sind das Betrachten und Stärken der Resilienz der Eltern innerhalb der Therapie. Es geht nicht nur darum den physischen Kontext in den Blick zu nehmen, sondern auch die bedeutungsvollen Betätigungen der Eltern.

Dies wurde auch in einem systematischen Review (Kuhaneck et al., 2015) aufgezeigt: Die Bedürfnisse von Eltern und auch Geschwistern sollten in der Therapie des Kindes berücksichtigt werden, da das Verhalten des Kindes mit ASS in der Regel nicht vollständig verändert werden kann und eine hohe Selbstwirksamkeit und gute Coping-Strategien der Eltern deshalb umso wichtiger sind.

Im Fall der Teilnehmerinnen führte fehlende Aufklärung über die Kerngedanken der Ergotherapie, die fehlende *Kontextbasierung* und der fehlende Miteinbezug der Eltern dazu, dass diese die Ergotherapie nicht als direkte Unterstützung in ihrem Alltag wahrnahmen.

6.4 Stärken und Schwächen

Im folgenden Kapitel soll die durchgeführte Forschung mittels einer Stärken-Schwächen-Analyse reflektiert werden.

6.4.1 Stärken der durchgeführten Studie

Gläser und Laudel (2010) formulierten vier methodologische Prinzipien (→3.1.1).

Die Forscherinnen strukturierten den gesamten Forschungsprozess nach Gläser und Laudel (2010) und stellen die einzelnen Schritte in dieser Forschungsarbeit transparent und nachvollziehbar dar, wodurch das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens und das Prinzip vom Verstehen befolgt werden. Die Forscherinnen führten zu Beginn des Forschungsprozesses eine ausführliche Literaturrecherche durch und entwickelten ein hypothetisches Modell, um das gewonnene Wissen zu strukturieren. Damit folgten sie dem Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens. Um das Prinzip der Offenheit zu gewährleisten, führten die Forscherinnen einen Pretest durch und fügten dem Interviewleitfaden anschließend Fragen hinzu. Außerdem wurde das hypothetische Modell nach der Datenerhebung in Bezug auf unvorhergesehene Informationen ergänzt und angepasst.

Die Forscherinnen orientierten sich während des gesamten Prozesses an den Gütekriterien von Cope (2014) und Lincoln und Guba (1985), um eine möglichst hohe Güte zu gewährleisten (Höhl, 2016). Die Forschung zeichnet sich besonders durch ihre hohe Übertragbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Authentizität aus, da die Forscherinnen jeden Schritt ihrer Forschung im Kapitel 4 und den Inhalten im Anhang transparent und nachvollziehbar für Dritte darstellen.

Durch die Durchführung des Member Checks nach Abschluss der Transkription konnte die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht werden.

Um das Führen von Experteninterviews zu trainieren und die Auswahl und Formulierung der Fragen, sowie den zeitlichen Rahmen zu überprüfen, führten die Forscherinnen einen Pretest durch.

Die Forscherinnen hielten sich während des gesamten Prozesses an die von Gläser und Laudel (2010) formulierten Grundsätze der Forschungsethik gegenüber den Teilnehmer*innen (→3.6).

Eine weitere Stärke dieser Studie ist, dass alle Studien, die während der Literaturrecherche gefunden wurden, nach Borgetto und Tomlin (2011) bezüglich ihres Evidenzlevels eingeordnet wurden.

6.4.2 Schwächen der durchgeführten Studie

Eine Schwäche der Studie ist die geringe Anzahl von Teilnehmer*innen. Rückblickend fällt auf, dass viele Teilnehmer*innen ausschieden, weil die ergotherapeutische Behandlung noch nicht abgeschlossen war. Eine Veränderung dieses Kriteriums wäre eine Möglichkeit gewesen, mehr Teilnehmerinnen zu generieren, allerdings hätten in diesem Fall keine Informationen zum Therapieende gewonnen werden können und ggfs. wäre auch die Beurteilung der Therapieergebnisse nur begrenzt möglich gewesen.

Als Schwäche dieser Studie ist zu erwähnen, dass dies die erste Forschungserfahrung der beiden Forscherinnen war. Die Forscherinnen hatten keine Vorerfahrung mit dem Führen von Experteninterviews. Durch die Führung des Pretests wurde dieser Schwäche entgegengewirkt.

Eine weitere Schwäche ist, dass die Expertin des Pretests (→4.4), nicht den festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien dieser Studie entsprach, da der Junge zu alt war und die ergotherapeutische Behandlung bereits mehrere Jahre zurücklag. Trotzdem konnten wichtige Erkenntnisse gewonnen und in den folgenden Interviews berücksichtigt werden.

Des Weiteren ist durch die Verwendung eines teilstrukturierten Interviews eine ungewollte Beeinflussung der Teilnehmer*innen nicht auszuschließen.

Bei der Auswertung der Interviews kann eine Interpretation der Antworten durch die Forscherinnen oder das Übersehen von einzelnen Informationen nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Dies beeinflusst die Authentizität der Arbeit in geringem Maße.

Für die Forschungsarbeit wurden überwiegend internationale Studien verwendet, daher kann der Inhalt dieser nicht vollständig auf den Kontext dieser Forschungsarbeit übertragen werden. Gleichzeitig bieten die internationalen Studien eine gute Grundlage für die Durchführung nationaler Forschung und auch für diese Forschungsarbeit.

Im Verlauf des Interviews zeigte sich, dass Teilnehmerin 6 ein weiteres Kind mit ASS hat, welches sich zum Zeitpunkt des Interviews noch in ergotherapeutischer Behandlung befand. Die Forscherinnen entschieden sich, auch die Tochter der Teilnehmerin in die Auswertung der Interviews mit einzubeziehen. Somit entspricht eines der Kinder nicht allen Einschlusskriterien.

Den Forscherinnen war es wichtig, dass die ergotherapeutische Behandlung der Kinder abgeschlossen ist, sodass die Eltern den gesamten ergotherapeutischen Prozess beschreiben und beurteilen können. Teilnehmerin 6 kennt diesen Prozess bereits aus der Therapie ihres Sohnes und konnte durch die Therapie ihrer Tochter wertvolle Vergleichswerte liefern, weshalb die Forscherinnen entschieden, auch die Tochter in der Forschungsarbeit zu berücksichtigen.

7 Schlussfolgerung

Die Teilnehmerinnen waren insgesamt zufrieden mit der ergotherapeutischen Behandlung und konnten keine konkreten Wünsche für eine zukünftige Behandlung äußern. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Eltern nicht ausreichend über Ergotherapie aufgeklärt waren und ihnen nicht klar war, was die Ergotherapie leisten kann. Das neue Paradigma der Ergotherapie scheint sowohl bei den Klient*innen und bei den Ergotherapeut*innen noch nicht ausreichend bekannt zu sein bzw. umgesetzt zu werden. Außerdem sollten in Zukunft weitere Maßnahmen ergriffen werden, um die Ergotherapie in Deutschland insgesamt populärer zu machen. Dies wäre ein wichtiger Beitrag zur Professionalisierung des Berufes.

Des Weiteren wurde deutlich, dass besonders die Aspekte der Zielformulierung, der *Klientenzentrierung* und der *Kontextbasierung* zu einer größeren Zufriedenheit der Eltern führen würden und während der Behandlungen nicht ausreichend in den Mittelpunkt gestellt wurden. Der Einsatz eines ergotherapeutischen Modells kann den Ergotherapeut*innen eine Struktur geben und dabei helfen, die wichtigsten Schritte des Prozesses einzuhalten (Weber & Hucke, 2019). Dies sollte von deutschen Ergotherapeuten*innen verstärkt genutzt werden. Konzepte wie *power-sharing* und *Empowerment* stellen außerdem eine wichtige Grundlage für die Therapie dar.

Im Rahmen des aktuellen Paradigmas soll der*die Klient*in mit seinen*ihren Betätigungsherausforderungen im Zentrum der Intervention stehen. Eine Balance zwischen der zielführenden Anwendung von EBP und der Berücksichtigung der Individualität der Klient*innen sollte in Deutschland vermehrt in den Fokus rücken, um die Qualität der ergotherapeutischen Behandlung zu gewährleisten.

Die Literaturrecherche im internationalen Kontext hat ergeben, dass es mit Modellen, wie dem *OPC*, dem *FCC*, *TEACCH*, etc. einige evidente Behandlungsmethoden für die Behandlung von Kindern mit ASS gibt. Diese scheinen auch für die Bewältigung der Betätigungsanliegen von Familien mit einem Kind mit ASS in Deutschland anwendbar zu sein. In weiteren Forschungen muss untersucht werden, inwieweit die Modelle in den nationalen Kontext übertragbar sind.

Die Familien beschreiben Einschränkungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Betrachtet man die Kompetenzen eines*einer Ergotherapeut*in, wie sie z.B. in den *CMCEs* definiert sind, wird deutlich, dass diese dazu in der Lage sind, die Klient*innen bei der Bewältigung ihrer Betätigungsherausforderungen zu unterstützen.

In der Therapie gelernte Strategien konnten häufig nicht in den Alltag übertragen werden.

Studien aus dem Ausland haben gezeigt, dass schulbasierte Ergotherapie die Kinder effektiv unterstützen kann, da die Behandlung in ihrem persönlichen Kontext eine direkte Anwendung der Therapieinhalte ermöglicht. *Kontextbasierung* als Kernsäule der Ergotherapie sollte, so gut wie möglich, in jeder ergotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden.

In Deutschland gibt es aktuell einige wenige Ergotherapeut*innen, die in Schulen arbeiten. Nach Meinung der Autorinnen sollte dies in Zukunft vermehrt in den Fokus rücken. Es stellt sich außerdem die Frage, wie eine stärkere *Kontextbasierung* auch in anderen Bereichen im deutschen Praxissystem funktionieren kann. Die vermehrte Verordnung von Hausbesuchen kann ein erster Schritt sein, um den*die Klient*in in seinem* ihrem häuslichen Umfeld zu unterstützen.

Die Einführung der Blankoverordnung (DVE, 2019) stellt eventuell außerdem eine Möglichkeit dar, im häuslichen Umfeld des Kindes zu arbeiten.

Abschließend kann gesagt werden, dass weitere Forschung im Bereich der ergotherapeutischen Behandlung von Kindern mit ASS notwendig ist.

In der Zukunft sollte besonders Aspekte wie *power-sharing*, *Empowerment* und *Elterncoaching* Beachtung finden. Die Implementierung von Modellen sollte angestrebt werden, um eine zielführende, evidente Behandlung zu gewährleisten. Die Individualität des einzelnen Kindes in seinem Familiensystem muss dabei berücksichtigt werden, um eine *Klientenzentrierung* im Sinne des aktuellen Paradigmas sicherzustellen. Wie die Modelle im nationalen Kontext anzuwenden sind, muss in weiteren Studien überprüft werden.

Literaturverzeichnis

- Abelmann, S. (2018). Autismus/Autismus-Spektrum-Störungen [Text]. Abgerufen 13. April 2020, von Umweltbundesamt website: <https://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/umweltmedizin/autismusautismus-spektrum-stoerungen>
- An, S.-J. L. (2017). Parent Training Occupational Therapy Program for Parents of Children with Autism in Korea. *Occupational Therapy International*, 2017, 1–8.
<https://doi.org/10.1155/2017/4741634>
- Arrango, P. (2011). Family- Centered Care. *Academic Pediatrics*, (11), 97–99.
- AWMF. (2016). Abgerufen 21. Mai 2020, von Leitlinien website: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/028-047.html>
- Bauerfeind, S. (2016). *Ein Kind mit Autismus zu begleiten, ist auch eine Reise zu sich selbst: Das Buch zu Ellas Blog* (2. Aufl.). Norderstedt: Books on Demand.
- Baumgarten, A. (2016). Kinder mit Autismus- Spektrum- Störung (ASS) im Fokus der Intervention. In *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (2016. Aufl., S. 385–394). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Baumgarten, A., & Hasselbusch, A. (2013). Partizipation im Lebensalltag für Kinder mit Autismus ermöglichen, Teil 1: Alltags- und betätigungsorientierte Umfeldberatung im Bezugsrahmen der SI. *Ergotherapie und Rehabilitation*, (12), 11–15. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2013-51020131201>
- Biscaldi, M., Paschke-Müller, M., Rauh, R., & Schaller, U. M. (2016). Evaluation des Freiburger TOM-TASS: Ein soziales Kompetenztraining mit Schwerpunkt auf Theory of Mind für Kinder und Jugendliche mit hochfunktionalen Autismus-Spektrum-Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie*,

Psychologie und Psychotherapie, 64(4), 269–275. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000288>

Bölte, S. (2009). *Autismus—Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (1., Aufl.). Bern: Huber.

Borgetto, B. (2017). *Die Forschungspyramide - Teil 1: Theoretische und konzeptionelle Grundlagen*. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-54020170201>

Borgetto, B., & Tomlin, G. (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>

Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (Rev.ed). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Canadian Association of Occupational Therapists, & Townsend, E. A. (1997). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Chapparo, C. (2016). Hermeneutik. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), & R. Weigl (Übers.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (1. Aufl. 2016, S. 98–112). Berlin Heidelberg: Springer.

Costa, U. M. (2016). Zielfindung mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (2016. Aufl., S. 151–161). Idstein: Schulz-Kirchner.

Cup, E., & Van Hartingsveldt, M. (2019). Der Ergotherapeut. In M. Le Granse, A. Kinébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. Kap. 8 (E-Book)). Thieme.

Czmowski, G. M., Willert, S. L., & 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. *Journal of Special Education Apprenticeship*, 3(1), 15.
- Daniela Küchemann. (2009). In kleinen Schritten Kontakt aufnehmen.pdf. *Ergopraxis*, 2(9), 26–29.
- Datko, M., Pineda, J. A., & Müller, R.-A. (2017). Positive effects of neurofeedback on autism symptoms correlate with brain activation during imitation and observation. *The European journal of neuroscience*, 47(6), 579–591. (28245068). <https://doi.org/10.1111/ejn.13551>
- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2013). Using the Canadian Practice Process Framework: Amplifying the process. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (9. Aufl., S. 247–273). Ottawa.
- De Vries, M., & Geurts, H. (2015). Influence of autism traits and executive functioning on quality of life in children with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Development Disorders*, 45(9), 2734–2743. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2438-1>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2007, August). *Definition Ergotherapie*. Abgerufen von <https://dve.info/ergotherapie/definition>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2015a, März 27). Ergotherapeutisches Coaching bei Autismus: Davon profitieren Kinder, Eltern und das Umfeld. Abgerufen von <https://www.presseportal.de/pm/106910/2983833>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2015b, November). *Gemeinwesenorientierte Ergotherapie—Möglichkeiten der praktischen Umsetzung*. Abgerufen von <https://dve.info/ergotherapie/fachbereiche/gemeinwesenorientierte-ergotherapie>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2019, August 26). Direktzugang: Möglichkeiten für Modellprojekte schaffen. Abgerufen 20. März 2020, von Deutscher Verband der

- Ergotherapeuten (DVE) e.V. website: <https://dve.info/service/aktuelles/1900-direktzugang-m%C3%B6glichkeiten-f%C3%BCr-modellprojekte-schaffen>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2020). DVE Akademie—Elternarbeit bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen—Psychoedukation in Elterngruppen. Abgerufen 3. Oktober 2020, von Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V. website: <https://dve.info/service/dve-akademie/eventdetail/1210/-/elternarbeit-bei-kindern-mit-autismus-spektrum-st%C3%B6rungen>
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (2011). *Glossar zur Evidenzbasierten Medizin*. Abgerufen von <https://www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar>
- DGGPN, & DGKJP. (2016). *Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Teil 1 Diagnostik S3 Leitlinie*. Abgerufen von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf
- DIMDI. (2020). ICD-10-GM. Abgerufen 11. Mai 2020, von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>
- Döring, N., & Bortz, J. (2015). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5., vollst. überarb., akt. u. erw. Aufl. 2016). Berlin Heidelberg: Springer.
- Dresing, Dr. T., & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse—Anleitungen und Regelalgorithmen für qualitative Forschende* (6. Aufl.). Marburg: Eigenverlag Marburg. Abgerufen von www.audiotranskription.de/praxisbuch
- Duden. (2020a). Alltag. Abgerufen 18. Mai 2020, von Duden | Alltag | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft website: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Alltag>

- Duden. (2020b). Coping. Abgerufen 1. November 2020, von Duden | Coping | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft website: https://www.duden.de/rechtschreibung/Coping_Bewältigungsstrategie
- Duden. (2020c). Prävalenz. Abgerufen 30. September 2020, von Duden | Prävalenz | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft website: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Praevalenz>
- Duden. (2020d). Resilienz. Abgerufen 2. Oktober 2020, von Duden | Resilienz | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft website: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Resilienz>
- Duden. (2020e). Valid. Abgerufen 1. November 2020, von Duden | valid | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft website: <https://www.duden.de/rechtschreibung/valid>
- Dunn, W., Little, L. M., Pope, E., & Wallisch, A. (2018). Establishing Fidelity of Occupational Performance Coaching. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 38(2), 96–104.
<https://doi.org/10.1177/1539449217724755>
- Fisher, A. G. (2009). *OTIPM - Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (2018 2t. Aufl.; Barbara Dehnhardt, Übers.). Idstein: Schulz Kirchner Verlag.
- Friedrich, E. V. C. (2020). Designing a Successful Neurofeedback Training for Children with Autism Spectrum Disorder. *Lernen Und Lernstörungen*, 9(3), 175–185. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000303>
- Gabovitch, E. M., & Curtin, C. (2009). Family-Centered Care for Children With Autism Spectrum Disorders: A Review. *Marriage & Family Review*, 45(5), 469–498.
<https://doi.org/10.1080/01494920903050755>

- Gläser, J., & Laudel, G. (1991). *Technische Anleitung zum Erstellen von Extraktionsmakros mit MIA (Word 2013)* (S. 15). Abgerufen von <http://www.laudel.info/downloads/mia/>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Götsch, K. (2006). Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jahn (Hrsg.), *Ergotherapie—Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3., überarb. u. erw. Aufl., S. 56–64). Stuttgart: Thieme.
- Graff, M., Satinks, T., & Steultjens, E. (2019). Ergotherapie und Wissenschaft. In M. Le Granse, A. Kinébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. Kapitel 30 (E-Book)). Thieme.
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2009). Coaching parents to enable children's participation: An approach for working with parents and their children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(1), 16–23. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2008.00736.x>
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2014). Mothers' Experiences of Engaging in Occupational Performance Coaching. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 189–197. <https://doi.org/10.4276/030802214X13968769798791>
- Hagedoren-Meuwissen, E., Heijkers, J., & Roentgen, U. (2019). Technologie in der Versorgung. In M. Le Granse, A. Kinébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. Kap. 11 (E-Book)). Thieme.
- Hartmann, H. (2018). Therapeutische Maßnahmen bei Autismus-Spektrum-Störungen. In B. Rollet & U. Kastner-Koller (Hrsg.), *Praxisbuch Autismus: Für Erzieher, Lehrer, Psychologen, Therapeuten und Eltern* (5. Aufl., S. 119–136). München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.

- Häußler, A. (2016). *Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus: Einführung in Theorie und Praxis* (verbesserte und erweiterte Aufl.). Dortmund: modernes lernen.
- Höfer, J. (2019). *Die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen* (Carl von Ossietzky Universität). Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg. Abgerufen von <http://oops.uni-oldenburg.de/4209/1/hoever19.pdf>
- Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (1. Aufl. 2016, S. 127–135). Berlin Heidelberg: Springer.
- Holter, U. (2009). Mein Bruder oder Wie ist das mit Deinem Bruder, der Autismus hat? In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (1., Aufl., S. 544–557). Bern: Huber.
- Hucke, B., & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- ICD-11—11. Revision der ICD der WHO. (2020). Abgerufen 12. April 2020, von Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information website: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>
- Iwanaga, R., Honda, S., Nakane, H., Tanaka, K., Toeda, H., & Tanaka, G. (2014). Pilot Study: Efficacy of Sensory Integration Therapy for Japanese Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder. *Occupational Therapy International*, (21), 4–11. <https://doi.org/10.1002/oti.1357>
- Jones, S., Bremer, E., & Lloyd, M. (2017). Autism spectrum disorder: Family quality of life while waiting for intervention services. *Quality of Life Research*, 26(2), 331–342. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1382-7>

- Kinébanian, A., & Logister-Proost, I. (2019). Begriffe verstehen: Der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In M. Le Granse, A. Kinébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. Kap. 17 (E-Book)). Thieme.
- Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B.-P., Schmacke, N., & Abbas, S. (Hrsg.). (2016). *Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche: [mit Online-Zugang]: mit 59 Abbildungen und 69 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer.
- Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (2016. Aufl., S. 63–83). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Kober, S. E., & Wood, G. (2020). Was kann Neurofeedback? *Lernen und Lernstörungen*, 9(3), 147–148. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000305>
- Kruse, J. (2020). Qualitative Rekrutierungsverfahren. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch—Lexikon der Psychologie* (18. Aufl., S. 1278). Hogrefe Verlag. Abgerufen von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/qualitative-rekrutierungsverfahren/>
- Kufner, S., & Scholz-Schwärzler, N. (2012). Coaching – Eine Aufgabe der klientenzentrierten Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 21(11), 11–15. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2012-51020121101>
- Kuhaneck, H. M., Madonna, S., Novak, A., & Pearson, E. (2015). Effectiveness of Interventions for Children With Autism Spectrum Disorder and Their Parents: A Systematic Review of Family Outcomes. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 6905180040p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.017855>
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien* (6., vollständig überarbeitete). Weinheim Basel: Beltz.

- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M. A., & Polatajko, H. J. (2020). *COPM 5th Edition Revised: Canadian Occupational Performance Measure* (5. Aufl.; U. Marotzki, C. Mentrup, & P. Weber, Hrsg.; B. Dehnhardt, S. George, & A. Harth, Übers.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Le Granse, M., Van Hartingsveldt, M., & Kinebanian, A. (Hrsg.). (2019). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl.). Stuttgart, Thieme: Thieme.
- Lehnhardt, F.-G., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Kockler, H., Schilbach, L., & Vogeley, K. (2013). The Investigation and Differential Diagnosis of Asperger Syndrome in Adults. *Deutsches Ärzteblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0755>
- Logister-Proost, I., & Steensels, M. (2019). Methodisches Handeln. In M. Le Granse, A. Kinébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl., S. Kapitel 24 (E-Book)). Thieme.
- Manuel, P. M. (2003). Occupied with Ponds: Exploring the Meaning, Bewaring the Loss for Kids and Communities of Nature's Small Spaces. *Journal of Occupational Science*, 10(1), 31–39. <https://doi.org/10.1080/14427591.2003.9686508>
- Meyn, C., Georg, A., Dechmann, U., Peter, G., & Katenkamp, O. (2015). *Gesundheit und Beteiligung in Change-Prozessen (2015)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3364.4881>
- Miesen, M., Christopher, A., & Mentrup, C. (2004). Begriffsbestimmung Ergotherapie. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V (Hrsg.), *Berufsprofil Ergotherapie 2004* (1. Aufl.). Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Noculak, A., & Metelski, A. (2009, September). *Mehr als nur 1000 Worte. Das TEACCH Konzept in der Ergotherapie bei Klienten mit Autismus-Spektrum-Störung.*

- Noterdaeme, M. (2011). Autismus-Spektrum-Störungen – ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand. *Klinische Pädiatrie*, 223(S 01), E1–E15. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1256068>
- O’Dea, Á., Robinson, K., & Coote, S. (2020). Effectiveness of interventions to improve participation outcomes for children with developmental coordination disorder: A systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(4), 256–273. <https://doi.org/10.1177/0308022619866116>
- Oetken, A. (2008). Verbesserte Koordination durch kognitive Strategien.pdf. *Ergopraxis*, 1(1), 16–19.
- Ozonoff, S., & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 28(1), 25–32.
- Panerai, S., Ferrante, L., & Zingale, M. (2002). Benefits of the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) programme as compared with a non-specific approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(4), 318–327. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00388.x>
- Paschke-Müller, M. S., Biscaldi, M., Rauh, R., Fleischhaker, C., & Schulz, E. (2012). *TOMTASS - Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrumstörungen: Freiburger Therapiemanual für Kinder und Jugendliche* (2013. Aufl.). Berlin: Springer.
- Polatajko, H. (2001). The Evolution of Our Occupational Perspective: The Journey from Diversion through Therapeutic Use to Enablement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 203–207. <https://doi.org/10.1177/000841740106800401>
- Polatajko, H. J., & Townsend, E. A. (2013). *Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (Second Edition). Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (1. Aufl. 2016, S. 61–65). Berlin Heidelberg: Springer.
- 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*, *56*(1), 41–50.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2008.00739.x>
- Salehi, F., Raji, P., Mahmoodian, M., Dadgar, H., & Baghestani, A. R. (2017). *Research Paper: Quality of Life of Mothers of Children With Autism Spectrum Disorders and Its Relationship With Severity of Disorder and Child's Occupational Performance*. *11*(3), 9.
- Sanz-Cervera, P., Fernández-Andrés, M. I., a Pastor-Cerezuela, G., Tárraga-Mínguez, R., & a Pastor-Cerezuela, G. (2018). The effectiveness of teach intervention in autism spectrum disorder a review study. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, *39*(1).
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2851>
- Satink, T., & Van de Velde, D. (2019). Kerndomänen in der Ergotherapie. In M. Le Granse, A. Kinnébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (1. Aufl., S. Kap 2 (E-Book)). Thieme.
- Schaaf, R., Hunt, J., & Benevides, T. (2012). Occupational Therapy Using Sensory Integration to Improve Participation of a Child With Autism A Case Report. *The American Journal of Occupational Therapy*, (5), 547–555. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.004473>
- Schoen, S., Lane, S., Mailloux, Z., May-Benson, T., Parham, D., Smith Roley, S., & Schaaf, R. (2019). A Systematic Review of Ayres Sensory Integration Intervention for Children with Autism.pdf – OneDrive. *Autism Research*, (12), 6–19. <https://doi.org/10.1002/aur.2046>

- Schofhauser, P., & Gurtner, B. (2015). *Schulbasierte Ergotherapie: Unterstützung für Kinder mit leichten Beeinträchtigungen?* DE: Schulz-Kirchner Verlag. Abgerufen von <https://doi.org/10.2443/skv-s-2015-54020150303>
- Sinzig, J. (2015). Autismus-Spektrum-Störungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 163(7), 673–680. <https://doi.org/10.1007/s00112-014-3242-2>
- Stangl, W. (2020). Exekutivfunktionen. Abgerufen 15. Juni 2020, von Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik website: <https://lexikon.stangl.eu/21257/exekutivfunktionen/>
- Stoner, J. B., Bock, S. J., Thompson, J. R., Angell, M. E., Heyl, B. S., & Crowley, E. P. (2005). Welcome to Our World: Parent Perceptions of Interactions Between Parents of Young Children With ASD and Education Professionals. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20(1), 39–51. <https://doi.org/10.1177/10883576050200010401>
- Sturma, A., Ritschl, V., Dennhardt, S., & Stamm, T. (2016). Reviews. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (1. Aufl. 2016, S. 207–221). Berlin Heidelberg: Springer.
- Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation* (5. Aufl.). Wolters Kluwer.
- Tiebel, J., & Huber, M. (2020). Zwischen zwei Polen. *ergopraxis*, 6. Abgerufen von <https://www-thieme-connect-de.zuyd.idm.oclc.org/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1161-2304.pdf>
- Tsang, S. K. M., Shek, D. T. L., Lam, L. L., Tang, F. L. Y., & Cheung, P. M. P. (2007). Brief Report: Application of the TEACCH Program on Chinese Pre-School Children with Autism: Does Culture Make a Difference? *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 37(2), 390–396. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0199-6>

- Van der Hulst, P., Ollevier, A., & Wouda, P. (2019). Die Perspektive der Ergotherapeuten. In M. Le Granse, A. Kinébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. Kap. 2.9.3 (E-Book)). Thieme.
- Van Hartingsveldt, M., Meijers, R., Ras, S., Stal, R., & Ten Velden, M. (2019). Assessments in der Ergotherapie. In M. Le Granse, A. Kinébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., Bd. 1, S. Kap. 28 (E-Book)). Thieme.
- Van Hartingsveldt, M., & Piškur, B. (2019). Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E) und Canadian Practice Process Framework (CPPF). In M. Le Granse, A. Kinébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. Kap. 18 (E-Book)). Thieme.
- Walther, E. (2016). Neurofeedback (NFB) in der Pädiatrie. In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (2016. Aufl., S. 287–292). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Weber, B., & Hucke, B. (2019). Qualitätsmanagement (QM) in der deutschen Ergotherapie. In M. Le Granse, A. Kinébanian, & M. Van Hartingsveldt (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl., S. Kap. 29.6 (E-Book)). Thieme.
- World Federation of Occupational Therapists. (2010). Client-centredness-in-Occupational-Therapy.pdf. Abgerufen 7. April 2020, von <https://wfot.org/assets/resources/Client-centredness-in-Occupational-Therapy.pdf>
- World Health Organisation, & Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. (2019, September 20). ICD-10-GM-F84.- Tiefgreifende Entwicklungstörung- ICD10 [ICD 10 Code Suchmaschine]. Abgerufen 17. April 2020, von <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F80.-.html?sp=SF80>

- Yerxa, E. J. (1998). Occupation: The Keystone of a Curriculum for a Self-Defined Profession. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 365–372. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.365>
- Zillhardt, C., & Merklein de Freitas, C. (2016). The Canadian Practice Process Framework (CPPF). In A. Baumgarten & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert—Betätigungsorientiert—Evidenzbasiert* (2016. Aufl., S. 87–101). Idstein: Schulz-Kirchner.

Glossar

Assessments	Assessments können Messinstrumente, Fragebögen oder Selbsteinschätzungsinstrumente sein. Sie werden während des ergotherapeutischen Prozesses zu Beginn in der Inventarisierungsphase, aber auch zum Ende des Prozesses in der Evaluationsphase genutzt (Van Hartingsveldt et al., 2019). Mit ergotherapeutischen Assessments kann das Betätigungsanliegen eines Klienten erhoben werden (Van Hartingsveldt et al., 2019).
Coping	„Bewältigungsstrategie zum Umgang mit einem Problem z.B. mit einer Krankheit.“ (Duden, 2020b)
Evidenz	Aus dem englischen ein schlüssiger Beweis; im wissenschaftlichen Kontext ein wissenschaftlicher Beleg (Borgetto, 2017). Lässt sich in interne und externe Evidenz unterteilen (Borgetto, 2017) (→A3/ Evidenzbasierung).
Evidenz basierte Praxis	Der Einbezug von aktuellem Wissen aus Forschungen bei der Entscheidungsfindung über eine Behandlung (Graff, Satinks, & Steultjens, 2019). Bei der EBP wird das Wissen des*der Therapeut*in, das Wissen des Klienten und externe Evidenz integriert, um über den Behandlungsansatz zu entscheiden (Graff et al., 2019) (→A3/ Evidenzbasierung).
Exekutivfunktionen	Exekutivfunktionen sind geistige Funktionen, die das Verhalten an die Umwelt angepasst steuern. Wichtige exekutive Funktionen sind das Arbeitsgedächtnis, die Steuerung der Aufmerksamkeit und die Hemmung der Reaktion (durch das Ausblenden von Reizen) (Stangl, 2020) (→A3/ Technologiebasierung).
Frames of references/ Bezugsrahmen	Götsch (2006), dass Bezugsrahmen auf Bezugswissenschaften basieren. Dies sind Ergotherapie fremde Wissenschaften, die für die Ergotherapie bedeutsame Informationen und Erfahrungen bereitstellt, wie zum Beispiel aus der Naturwissenschaft oder der Medizin.
Gatekeeper	Als Gatekeeper bezeichnet man all diejenigen, die Zugang zu möglichen Expert*innen haben. Diese Gatekeeper werden kontaktiert, und um Informationen gebeten, um möglichst gezielt an potenzielle Studienteilnehmer*innen herantreten zu können (Kruse, 2020).
ICD-10-GM	Der ICD-10 ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Die 10 steht für die 10. Revision und GM für „German Modification“. Mit Hilfe des ICD-10 werden Diagnosen verschlüsselt. Er wird sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich verwendet (DIMDI, 2020).
Member Check	Kontrolle der Ergebnisse der Datenanalyse durch die Teilnehmer*innen. Dadurch kann überprüft werden, ob die Erfahrungen der Teilnehmer*innen korrekt wiedergegeben wurden (Höhl, 2016).
Neurofeedback	Bei der Neurofeedbackbehandlung werden Gehirnaktivitäten des*der Klient*in auf dem Computer sichtbar gemacht. Dem*der Klient*in wird neuronale Aktivität visuell und akustisch, durch „Belohnung“ (Erfolg) und „keine Veränderung“ (Misserfolg), angezeigt (Walther, 2016). „Dabei wird die Hirnaktivität so verändert, dass sie störende Symptome reduzieren.

	Dies soll zu einer spezifischen Verhaltensänderung im Alltag führen“ (Walther, 2016, S.288).
Paradigma	„Unter Paradigma versteht man in der Wissenschaft und in der Philosophie ein zusammenhängendes Konstrukt aus Modellen und Theorien, das einen Denkraum bildet, in dem die Wirklichkeit analysiert und beschrieben wird“ (Satink & Van de Velde, 2019, Kap. 2.2 (E-Book)). Das Berufsparadigma unterliegt einem ständigen Wandel und erfüllt u.a. Funktionen wie die Bereitstellung einer gemeinsamen Basis für Ergotherapeuten und eines Curriculums für die Ausbildung (Satink & Van de Velde, 2019). Inhaltliche Aspekte des zeitgenössischen Paradigmas in der Ergotherapie sind vor allem die Klientenzentrierung, die Betätigungsbasierung sowie die Kontextbasierung (Miesen et al., 2004).
Prävalenzrate	Die Rate einer bestimmten Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitabschnitt (Duden, 2020c).
Resilienz	Der Begriff Resilienz beschreibt die psychische Widerstandskraft, die einer Person dabei hilft, mit herausfordernden Lebenssituationen umzugehen (Duden, 2020d).
Schneeballverfahren	Das Schneeballverfahren ist eine Sampling-Methode, bei der Informationen an verschiedene Personen gegeben werden und diese gleichzeitig zur Weiterverbreitung dieser Informationen aufgerufen werden (Ritschl & Stamm, 2016). Mit dieser Methode sollen möglichst viele Teilnehmer*innen erreicht werden (Ritschl & Stamm, 2016).
Scoping Review	Literaturüberblick; Unterschied zu anderen Reviews ist, dass hier auch unveröffentlichte Literatur und Themen mit kaum wissenschaftlicher Literatur behandelt werden können (Sturma, Ritchel, Dennhardt & Stamm, 2016)
SMART	Ergotherapeutische Ziele sollten nach den SMART-Kriterien formuliert sein. SMART steht für s pezifisch, m essbar, a ktivierend, r ealistisch und t erminiert (Costa, 2016).
Theory of Mind	Menschen mit ASS haben aufgrund ihrer Einschränkungen im sozialen Bereich Probleme, das Verhalten von anderen vorherzusagen, da sie deren Handeln/ Verhalten nicht richtig interpretieren können. Deshalb reagieren sie oft in unangemessener Art und Weise (Biscaldi, Paschke-Müller, Rauh, & Schaller, 2016)
Top-Down-Ansatz	Der*die Ergotherapeut*in richtet seinen*ihren Fokus bei der Betrachtung/Behandlung des*der Klient*in auf die Bedürfnisse, Wünsche und die erwünschte Lebensrolle des*der Klient*in (Fisher, 2009).
valid	„gültig“ oder „gesichert“ (Duden, 2020e)
Zentrale Kohärenz	Der Begriff der „zentralen Kohärenz“ beschreibt Veränderungen in der (visuellen) Wahrnehmung. Bei einer schwachen zentralen Kohärenz, wie sie bei ASS häufig auftritt, können Gesamtzusammenhänge nicht erkannt werden. Der Fokus liegt auf Details (Baumgarten, 2016).

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Psychopathologische Begleitsymptome einer Autismus-Spektrum-Störung (Lehnhardt, 2013)</i>	6
<i>Abbildung 2: The CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013)</i>	12
<i>Abbildung 3: Canadian Model of Client-Centred Enablement (Le Granse et al, Kap. 8.5, E-Book)</i>	14
<i>Abbildung 4: Canadian Practice Process Framework (Le Granse et. al,2019, Kap. 18.3 (E-Book)</i>	16
<i>Abbildung 5: Das Variablenmodell nach Gläser und Laudel (2010)</i>	26
<i>Abbildung 6: graphische Darstellung des hypothetischen Modells</i>	27
<i>Abbildung 7: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010)</i>	36
<i>Abbildung 8: Grafische Darstellung des modifizierten hypothetischen Modells</i>	37

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Darstellung der 6 Säulen der Ergotherapie nach Cup und Van Hartingsveldt (2019)</i>	9
<i>Tabelle 2: Darstellung der 8 Aktionspunkte des CPPF's nach Davis, Craik und Polatajko (2013)</i>	17
<i>Tabelle 3: Definition der Variablen nach Gläser und Laudel (2010)</i>	26
<i>Tabelle 4: Tabellarische Darstellung des Zeitplanes der Forscherinnen</i>	32
<i>Tabelle 5: Darstellung der Kategorien</i>	38

Anlagenverzeichnis

<i>Anlage 1 DARSTELLUNG RELEVANTER ASPEKTE DER LITERATURRECHERCHE</i>	76
<i>Anlage 2 BEWERTUNG DER STUDIEN NACH BORGETTO UND TOMLIN (2011)</i>	78
<i>Anlage 3 DETAILLIERTE BESCHREIBUNG DER SÄULEN DER ERGOTHERAPIE: EVIDENZBASIERUNG, POPULATIONSBASIERUNG & TECHNOLOGIEBASIERUNG</i>	79
<i>Anlage 4 DAS FREIBURGER TOMTASS</i>	81
<i>Anlage 5 DIE VARIABLEN</i>	82
<i>Anlage 6 DEFINITION DER FRAGETYPEN NACH GLÄSER UND LAUDEL (2010)</i>	86
<i>Anlage 7 INTERVIEWLEITFÄDEN VOR UND NACH DEM PRETEST</i>	87
<i>Anlage 8 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN</i>	99
<i>Anlage 9 ANSCHREIBEN FORSCHUNG UND DATENSCHUTZERKLÄRUNG</i>	101
<i>Anlage 10 TRANSKRIPTIONSREGELN IN ANLEHNUNG AN DRESING UND PEHL</i>	105
<i>Anhang 11 TRANSKRIPTIONSAUSZUG TEILNEHMER*IN 3</i>	106
<i>Anlage 12 KATEGORIENTABELLE</i>	107
<i>Anlage 13 EXTRAKTIONSREGELN</i>	112
<i>Anhang 14 TABELLARISCHE ZUSAMMENFASSUNG DER KATEGORIE „ERGOTHERAPEUTISCHE INTERVENTION“ DURCH DAS PROGRAMM MIA</i>	113
<i>Anhang 15 TABELLARISCHE ZUSAMMENFASSUNG DER KATEGORIE „ERGOTHERAPEUTISCHE INTERVENTION“ ZUSAMMENGEFASST DURCH DIE FORSCHERINNEN</i>	121

Anlagen

Anlage 1

DARSTELLUNG RELEVANTER ASPEKTE DER LITERATURRECHERCHE

DARSTELLUNG DER VERWENDETEN DATENBANKEN

- DIZ:
 - Academic Search Ultimate
 - CINAHL Plus
 - Cochrane
 - IEEE Xplore Digital Library
 - Sage Journals
 - ScienceDirect
 - Springer Link
 - Taylor & Francis Online
 - Wiley Online Library
 - HBO-Kennisbank
 - Narcis
- PubMed
- OT-Seeker
- OTdbase
- CINHAL
- Google Scholar

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG DER SUCHBEGRIFFE MIT SUCHERGEBNISSEN

Datenbank: DIZ			
Einschränkung	Zeitraum	Sprache	Publikationsform
	Ab 2014	Englisch	Full article
Stichwörter und Operatoren			Trefferanzahl
Occupational Therapy AND Autism Spectrum Disorders			16361
Occupational Therapy AND Autism Spectrum Disorders AND Sensory Integration			4309
Occupational Therapy AND Autism Spectrum Disorders AND Sensory Integration Therapy			5030

Occupational Therapy AND Autism Spectrum Disorders AND Sensory Integration Therapy AND Ayres	574
---	-----

Anlage 2

BEWERTUNG DER STUDIEN NACH BORGETTO UND TOMLIN (2011)

INTERNATIONALE STUDIEN

Ergotherapeutische Studien	Evidenzlevel nach Borgetto und Tomlin (2011)
Schoen et al., 2019	Descriptive Research Level 1
O’Dea, Robinson & Coote, 2020	Descriptive Research Level 1
Vargas & Camilli, 1999	Experimental Research Level 1
Schofhauser & Gurtner, 2015	Experimental Research Level 1
Salehi, Raji, Mahmoodian, Dadgar & Baghestani, 2017	Descriptive Research Level 3
Graham, Rodger & Ziviani, 2014	Descriptive Research Level 3 Qualitative Research Level 2
Iwanga et al., 2013	Outcome Research Level 3
Schaaf, Hunt & Benevides, 2012	Experimental Research Level 4
Czmowski, Willert & Nielsen, 2014	Experimental Research Level 4
An, 2017	Outcome Research Level 4 Qualitative Research Level 2
Rodger & Brandenburg, 2009	Descriptive Research Level 4
Studien aus Bezugswissenschaften	Evidenzlevel nach Borgetto und Tomlin (2011)
Sanz-Cervera, Fernandez-Andres, Pastor-Cerezuela & Tarraga-Minguez, 2018	Experimental Research Level 1
Kuhaneck, Madonna, Novak & Pearson, 2015	Descriptive Research Level 1
De Vries & Geurts, 2015	Descriptive Research Level 2
Tsang, Shek, Lam, Tang & Cheung, 2007	Experimental Research Level 2
Jones, Bremer & Lloyd, 2016	Descriptive Research Level 3
Ozonoff & Cathcart, 1998	Experimental Research Level 3
Panerai, Ferrante & Zingale, 2002	Experimental Research Level 3
Datko, Pineda & Müller, 2017	Experimental Research Level 3

NATIONALE STUDIEN

Ergotherapeutische Studien	Evidenzlevel nach Borgetto und Tomlin (2011)
Noculak & Metelski, 2009	Qualitative Research Level 3
Studien aus den Bezugswissenschaften	Evidenzlevel nach Borgetto und Tomlin (2011)
Biscaldi, Paschke-Müller, Rauh & Schaller, 2016	Experimental Research Level 3

Anlage 3

DETAILLIERTE BESCHREIBUNG DER SÄULEN DER ERGOTHERAPIE:

EVIDENZBASIERUNG, POPULATIONSBASIERUNG & TECHNOLOGIEBASIERUNG

EVIDENZBASIERUNG

Eine qualitativ hochwertige ergotherapeutische Praxis basiert auf angemessener Evidenz (→G), welche sorgfältig durch den*die Praktiker*in abgewogen wurde (Townsend & Polatajko, 2013). Evidence-based-practice (EBP) formt die Basis einer qualitativ hochwertigen Behandlung (Townsend & Polatajko, 2013).

Unter Evidenz-basierter Medizin (EbM) oder evidenzbasierter Praxis (EBP) im engeren Sinne versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, individuelle Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen. Diese Technik umfasst die systematische Suche nach der relevanten Evidenz in der medizinischen Literatur für ein konkretes klinisches Problem (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., 2011, S16)

Nach Borgetto (2017) lässt sich Evidenz in interne und externe Evidenz unterteilen, er erläutert diese wie folgt: Externe Evidenz besteht aus Forschungsergebnissen wie Studien, die z.B. die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Interventionen untersuchen. Interne Evidenz umfasst die personale Evidenz mit der Expertise des*der Therapeut*in und die situative Evidenz mit den Zielen, Werten und Vorstellungen des*der Klient*in sowie den Umgebungsbedingungen, wie zum Beispiel das Interventionssetting in der die Behandlung stattfindet (Borgetto, 2017).

Im Laufe dieser Arbeit werden angeführte Studien, nach dem Evidenzlevel der Forschungspyramide (→G) von Borgetto eingeschätzt.

„Die Forschungspyramide ist ein Modell zur Bewertung und Zusammenführung von externer Evidenz aus unterschiedlichen Forschungsansätzen. Sie bietet eine Grundlage zur Aufbereitung und Systematisierung von Forschungsergebnissen, um, basierend auf wissenschaftlicher Evidenz, ergotherapeutische Fragestellungen zu beantworten und ergotherapeutische Entscheidungen in der alltäglichen Praxis zu treffen“ (Borgetto, 2017, S. 1).

POPULATIONSBASIERUNG

Die populationsbasierte Ergotherapie richtet sich auf die Versorgung von vulnerablen Personengruppen; Ergotherapie kann einen Beitrag zur sozialen Partizipation solcher Gruppen in der Gesellschaft leisten (Cup & Van Hartingsveldt, 2019).

„Ziel ist es, die gesundheitliche und/oder soziale Situation des Einzelnen wie auch der Gemeinschaft zu verbessern. Mit einem partnerschaftlichen Ansatz werden die teilnehmenden Menschen darin unterstützt, gemeinsam mit anderen aktiv zu werden und so ihre eigenen Interessen und Belange zu verfolgen ...Im Sinne der Vermeidung von Exklusion wendet sie sich auch aktiv an von Isolation bedrohte Menschen in Form zugehender Strukturen und zeigt Wege in die Gemeinschaft auf“. (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2015b, S. 3)

TECHNOLOGIEBASIERUNG

Cup und Hartingsveldt (2019) schreiben in Grundlagen der Ergotherapie, dass der Fortschritt in der Technik einen Einfluss auf die Therapie hat. Die Bandbreite der technischen Hilfsmittel und Maßnahmen steigt stetig. Somit werden Therapeuten*innen in Zukunft neue Technologien in ihren Alltag integrieren und auch den Klient*innen im Umgang mit verschiedenster Technologie beraten und unterstützen.

Hagedoren-Meuwissen et al (2019) beschreiben die Rolle der Ergotherapie in der technologischen Versorgung. Sie betonen, dass sich der zielgerichtete Einsatz von technischen Anwendungen direkt auf die Ausführung von Betätigung auswirken können. Technik kann ein wichtiger möglicher Ansatz zur Lösung eines Betätigungsproblem sein (Hagedoren-Meuwissen et al., 2019). Bei Technologie in der Versorgung kann zwischen Unterstützungstechnologie (z.B. Hilfsmittel) und Telemedizin (Bereitstellung und Empfang von Versorgung durch IT) unterschieden werden außerdem kann Technologie eine Unterstützung in der Therapie sein, wie zum Beispiel ein Computerprogramm zur Förderung der Konzentration (Hagedoren-Meuwissen et al., 2019).

Anlage 4

DAS FREIBURGER TOMTASS

Das Freiburger *TOMTASS* ist ein soziales Kompetenztraining für Kinder und Jugendliche mit ASS aus dem Bereich der Psychotherapie. Es basiert auf der Theory of Mind. Es besteht aus 24 Sitzungen die jeweils 60 Minuten dauern. Der Fokus liegt auf dem Training von sozialen Fähigkeiten und deren Anwendung auf den Alltag (Paschke-Müller, Biscaldi, Rauh, Fleischhaker & Schulz, 2012).

In einer Studie des Universitätsklinikums Freiburg (Biscaldi, Paschke-Müller, Rauh & Schaller, 2016) wurde der Effekt des *TOMTASS* mit 38 männlichen Teilnehmern zwischen 8 und 18 Jahren untersucht. Es konnte eine deutliche Verbesserung in der sozialen Reaktivität festgestellt werden. Die Eltern der Kinder beschrieben eine positive Auswirkung des Trainings auf den Alltag, die Verbesserung der Lebensqualität war aber nicht signifikant.

Anlage 5

DIE VARIABLEN

Unabhängige Variable	Dimension/ Indikatoren
Das Kind mit ASS	<p>Sachliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Welche Symptomatik tritt auf? · Symptomatik aus den Bereichen Kommunikation, soziale Interaktion und repetitive Verhaltensmuster und Aktivitäten (DGPPN & DGKJP, 2016) · Psychopathologische Begleitsymptome (Lehnhardt, 2013) <p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Die Symptomatik des Kindes zu Beginn der ergotherapeutischen Intervention <p>Indikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Kontaktaufnahme schwierig (DGPPN & DGKJP, 2016) · Regeln einhalten und verstehen schwierig (DGPPN & DGKJP, 2016) · kaum Mimik und Gestik (Bölte, 2009) · spielt nicht (Bölte, 2009) · Vorlieben bestimmter Gegenstände (Bölte, 2009) · Wiederholung bestimmter Bewegungen (Bölte, 2009) · Verunsichert durch von Abweichungen vom Tagesablauf und Veränderungen (DGPPN & DGKJP, 2016) · Schnell abgelenkt (Häußler, 2008) · Mag keine lauten Geräusche (Häußler, 2008)
Familie	<p>Sachliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Einwirken der Familienmitglieder auf das Betätigungsverhalten der Familie/des Kindes <p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · vor/während/ nachdem der ergotherapeutischen Intervention

	<p>Indikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Suche nach Hilfe und Unterstützung (Jones, Bremer und Lloyd, 2017) · Hohe Belastung, Trauer, Wut (Stoner et al., 2005) · Information (Stoner et al., 2005) · Teilhabe (Kuhaneck, Madonna, Novak & Pearson, 2015)
Alltag (DVE, 2007)	<p>Sachliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · „täglicher, gleichförmiger Ablauf des Lebens“ (Duden, 2020a) <p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tagesablauf der Familie bis zum Beginn der ergotherapeutischen Intervention <p>Indikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Strenge Routine (Bauerfeind, 2016) · Durchgehende Betreuung (Egger-Mertin, 2009) · Gemeinsames Essen (von Juterczenka, 2019) · Familienausflüge und Urlaube (DeGrace, 2003 & Bauerfeind, 2016) · Zurückstecken der Geschwister (Bauerfeind, 2016)
Abhängige Variable	Dimension/ Indikatoren
Kind mit ASS	<p>Sachliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Veränderungen der beobachtbaren Symptomatik nach der DGPPN und der DGKJP (2016) und Lehnhardt (2013) (→ unabhängige Variable) <p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · während und nach der ergotherapeutischen Intervention <p>Indikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Verbesserung der Fein- und Grobmotorik (Ozonoff & Cathcart, 1998) · Verbesserte Konzentration (Schaaf, Benevides & Hunt, 2012)
Familie	<p>Sachliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Subjektive Empfindungen der Eltern · Beurteilung der Behandlung und des Ergebnisses der Behandlung durch die Eltern

	<p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Während und nach der Therapie wahrgenommen <p>Indikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Geringeres Stresslevel (Sanz-Cervera, Fernández-Andrés, a Pastor- Cerezuela & Tárraga-Mínguez, 2018) · Verbesserung der Selbstwahrnehmung und des Selbstvertrauens (Graham, Rodger & Ziviani, 2014) · Strategien für den Umgang im Alltag (Graham, Rodger & Ziviani, 2014) · Erreichte Betätigungsziele
Alltag (DVE, 2007)	<p>Sachliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Auswirkungen auf den „täglichen, gleichförmigen Ablauf des Lebens“ <p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · während und nach der ergotherapeutischen Intervention <p>Indikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Mehr Flexibilität (Schaaf, Benevides & Hunt, 2012) · Mehr Selbstständigkeit (Schaaf, Benevides & Hunt, 2012) · Mehr Teilhabe (Graham, Rodger & Ziviani, 2014) · Umfeldanpassung (Bölte, 2009) · Unterstützung durch Visualisierung und Strukturierung (Bölte, 2009)
Vermittelnde Handlung/ unabhängige Variable	Dimension/ Indikatoren
Ergotherapeutische Intervention	<p>Sachliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Die Inhalte und der Aufbau der Therapie(stunden) <p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Der Zeitraum der ersten bis zur letzten Therapieeinheit <p>Akteure der Handlung</p> <ul style="list-style-type: none"> · Kind mit ASS, Eltern/Familienmitglieder, Ergotherapeut*in <p>Indikatoren:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> · Ablauf · Fragebogen (Van Hartingsveldt, Meijers, Ras, Stal & Ten Velden, 2019)) · Zielformulierung · Einbezug der Eltern, Zusammenarbeit mit Therapeut*in (Graham, Rodger & Ziviani, 2014) (Kuhaneck, Madonna, Novak & Pearson, 2015) (Townsend & Polatajko, 2013) · Beziehung zum*zur Therapeut*in · Behandlungsansatz
Intervenierende Variable	Dimension/ Indikatoren
Wissen und Erfahrungen des Ergotherapeuten	<p>Sachliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Erfahrungswerte und Wissen des Therapeuten in Bezug auf ASS <p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Vor dem und im Behandlungszeitraum
Frames of references	<p>Sachliche Dimension: nach Townsend und Polatajko (2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Die Theorien, Modelle und gewählten Bezugsrahmen des Therapeuten <p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Im Behandlungszeitraum
Praxiskontext	<p>Sachliche Dimension: nach Townsend und Polatajko (2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Physisch (Praxisräume, Behandlungsequipment) · Sozial (andere Professionen, Klienten,..) · Kulturell (Werte, Glaube,..) · Institutionell (Praxisvorschriften, Verordnungen,..) <p>Zeitliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> · während der Behandlung

Anlage 6

DEFINITION DER FRAGETYPEN NACH GLÄSER UND LAUDEL (2010)

Frage	Definition
Faktfragen	Es werden nachprüfbare Tatsachen abgefragt.
Erzählregungen	Haben den Zweck längere Ausführungen zu einem Thema seitens des Interviewten herauszufordern; Es sollen Gegebenheiten erklärt, erzählt oder begründet werden.
Detailfragen	Zweck ist es kurze detaillierte Antworten zu bekommen.
Filterfragen	Durch Filterfragen kann der*die Interviewer*in generieren, welche Fragen des Leitfadens für das Interview relevant sein werden. Soll zum Beispiel ein Prozess genauer beschrieben werden, ist es sinnvoll zuvor zu erfragen, ob der*die Interviewte einen solchen Prozess überhaupt durchlaufen hat, wenn nicht kann dieser Teil des Leitfadens übersprungen werden.
Meinungsfragen	Es sollen Meinung, Einstellung und oder Bewertungen des*der Interviewten gegenüber Personen oder einem Prozess erfragt werden. Meinungsfragen sind kaum überprüfbar.
Hypothetische Fragen	Es wird sich auf einen angenommenen, nicht realen Sachverhalt bezogen und von dem*der Interviewpartner*in eine subjektive Ansicht angefordert. Sie muss keine Bewertung enthalten. Hypothetische Fragen werden im Konjunktiv formuliert.

Anlage 7

INTERVIEWLEITFÄDEN VOR UND NACH DEM PRETEST

INTERVIEWLEITFADEN VERSION FÜR DEN PRETEST		
Kategorie	Frage und Fragetyp	Quellen
Allgemein	<p>Vorspann:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedanken, dass der TN mitmacht• Kurze Vorstellung, wer führt das Interview• Die dritte Person schaltet die Kamera aus und hält sich im Hintergrund, kümmert sich um die technischen Sachen• Einverständniserklärung unterschrieben?• Die Daten werden anonymisiert• Der Ton des Interviews wird aufgenommen• Fragen müssen nicht beantwortet werden und das Interview kann jederzeit abgebrochen/unterbrochen werden, auch ohne Angabe eines Grundes• Uns interessieren die persönlichen Erfahrungen, es gibt kein richtig oder falsch, die Antworten müssen nicht extra kurzgehalten werden• Wir haben nun alle Formalien geklärt, haben Sie noch Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen?	Gläser und Laudel, 2010, S. 144
Familie und Kind mit ASS	<p>Ich würde gerne als erstes etwas zu ihrem Kind erfahren:</p> <p>Kind:</p>	DGPPN & DGKJP (2016); Graham, Rodger & Ziviani (2008)

- Wie alt ist das Kind mit ASS und wie lautet die genaue Diagnose? (Faktfrage)
- In welchem Alter wurde die Diagnose gestellt? (Faktfrage)
- Wie hat sich die Symptomatik ihres Kindes entwickelt?
 - *Wie sah die Symptomatik zu Beginn der Ergotherapie aus? (Detailfrage)*

Als nächstes habe ich Fragen zu ihrer Familienkonstellation:

Familie:

- Wer lebt alles gemeinsam in ihrem Haushalt? (Faktfrage)
 - *Gibt es Geschwister (Filterfrage)*
 - *Welche Rolle haben die Geschwister (Erzählanregung)*
 - *Leben sie mit dem leiblichen Vater/Mutter ihres Kindes zusammen? (Faktfrage)*
 - *Wenn nein, Seit wann sind sie getrennt? (Detailfrage)*
 - *Wenn, nein hat das Kind regelmäßigen Kontakt zu seinem leiblichen Vater seiner leiblichen Mutter? (Detailfrage)*
- Welche anderen Familienmitglieder spielen eine wichtige Rolle im Familiensystem? (Faktfrage)
 - *Gibt es regelmäßigen Kontakt zu Verwandten? (Filterfrage)*
 - *Welche Aufgaben übernehmen diese im Familiensystem? (Erzählanregung)*
 - *Gibt es andere wichtige Bezugspersonen, die nicht zur Familie gehören? (Faktfrage)*

Alltag	<p>Als nächstes würde ich gerne einen genaueren Einblick in ihren Alltag bekommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreiben Sie bitte, wie ihr normaler Tag bei Ihnen abläuft (Faktfrage) <ul style="list-style-type: none"> • Geht Ihr Kind Kindergarten oder in die Schule? • <i>Wie ist ihr Morgen gestaltet? (Erzählanregung)</i> • <i>Wie verläuft ihr Nachmittag (Erzählanregung)</i> • <i>Wie sieht die Abendroutine ihrer Familie aus? (Erzählanregung)</i> • Welche Aufgaben übernehmen die einzelnen Familienmitglieder? (Faktfrage) • <i>Wer betreut Ihr Kind wann? (Erzählanregung)</i> • <i>Unterstützen die Geschwister im Haushalt oder in der Betreuung (Erzählanregung)</i> • <i>Wie hoch ist die Belastung der einzelnen Familienmitglieder? (Erzählanregung)</i> • Welche besonderen Herausforderungen gibt es? (Faktfrage) • Welche Ressourcen stehen Ihnen im Alltag zur Verfügung? (Faktfrage) 	DVE, 2015a; Stoner et al., 2005; DGPPN & DGKJP (2016)
Ergotherapie	<p>Rahmenbedingungen: Jetzt habe ich einen guten Eindruck von ihrem Alltag bekommen. Die nächsten Fragen beziehen sich auf die ergotherapeutische Behandlung.</p>	Einschlusskriterien; Townsend & Polatajko (2013); Graham, Rodger & Ziviani, 2014; Kuhaneck, Madonna, Novak & Pearson, 2015;

- Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt der ET? (Faktfrage)
- Wie kamen sie zur Ergotherapie? (Faktfrage)
- *Wer hat die Ergotherapie initiiert (Familie, Arzt, andere Berufsgruppe) (Detailfrage)*
- Mit welchem Anliegen sind sie zur Ergotherapie gekommen? (Faktfrage)
 - *Warum wurde Ergotherapie verordnet (Erzählanregung)*
- Wo fand die Ergotherapie statt? (Praxis, Klinik, Schule...) (Faktfrage)

Townsend & Polatakjo,
2013;
An, 2017;
DVE, 2008

Prozess/Verlauf:

Erstkontakt:

- Erinnern sie sich noch an den ersten Kontakt zum Ergo? (Filterfrage)
 - *Wie verlief der? (Erzählanregung)*
 - *Was ist in der Einheit passiert? (Erzählanregung)*

Intervention:

- Waren sie in den Therapieeinheiten dabei? (Faktfrage)
- Wie lief der Austausch zwischen Ihnen und dem Ergo? (Meinungsfrage)
 - *Gab es regelmäßige Gespräche? (Detailfrage)*

- *Wurden sie über die Inhalte der Therapie informiert (Detailfrage)*
- *Durften sie über die Inhalte der Therapie mitbestimmen? (Filterfrage)*
- *In welcher Form? (Erzählanregung)*

- *Gab es klar festgelegte Ziele? (Faktfrage)*
 - *Wie wurden die Ziele festgelegt? (Erzählanregung)*
 - *Von wem wurden die Ziele festgelegt? (Detailfrage)*
 - *Wurden ihre Alltagsprobleme in der Therapie erfragt/berücksichtigt? (Meinungsfrage)*
 - *In welcher Art und Weise? (Erzählanregung)*

Abschluss:

- *Wurde ein Abschlussgespräch geführt? (Filterfrage)*
 - *Was wurde da besprochen? (Erzählanregung)*
- *Haben Sie einen Abschlussbericht erhalten? (Faktfrage)*
- *Hat die Ergotherapie Ihnen, ihrer Familie oder dem Kind im Alltag geholfen? (Meinungsfrage)*
 - *Konnten Sie oder das Kind Dinge aus der Therapie umsetzen? (Filterfrage)*
 - *In welcher Form? (Erzählanregung)*
 - *Hat sich die Symptomatik des Kindes während der Therapie verändert? (Filterfrage)*

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>In welcher Form (Erzählanregung)</i> • Wie zufrieden waren sie mit der Ergotherapie? (Meinungsfrage) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Was fanden sie gut? (Erzählanregung)</i> • <i>Was fanden sie nicht gut? (Erzählanregung)</i> • Würden sie erneut eine ergotherapeutische Behandlung in Betracht ziehen? (Meinungsfrage) • <i>Warum? (Erzählanregung)</i> • Was hätten sie sich noch von der Ergotherapie gewünscht? (Hypothetische Frage) 	
Abschluss	<p>Abschlussfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das waren erstmal alle unsere Fragen, möchten sie noch etwas ergänzen? • Für die Teilnahme bedanken • Transkript wird Ihnen zugeschickt, sodass Sie überprüfen können, ob wir die Daten richtig aufgenommen haben • Wenn Sie möchten, schicken wir eine fertige Bachelorarbeit per Mail zu 	Gläser und Laudel, 2010, S. 148

INTERVIEWLEITFADEN ÜBERARBEITETE VERSION NACH DEM PRETEST		
Kategorie	Frage und Fragetyp	Quellen
Allgemein	<p>Vorspann:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedanken, dass der TN mitmacht • Kurze Vorstellung, wer führt das Interview • Die dritte Person schaltet die Kamera aus und hält sich im Hintergrund, kümmert sich um die technischen Sachen • Einverständniserklärung unterschrieben? • Die Daten werden anonymisiert • Der Ton des Interviews wird aufgenommen • Fragen müssen nicht beantwortet werden und das Interview kann jederzeit abgebrochen/unterbrochen werden, auch ohne Angabe eines Grundes • Uns interessieren die persönlichen Erfahrungen, es gibt kein richtig oder falsch, die Antworten müssen nicht extra kurzgehalten werden • Wir haben nun alle Formalien geklärt, haben Sie noch Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen? 	Gläser und Laudel, 2010, S. 144
Familie und Kind mit ASS	<p>Ich würde gerne als erstes etwas zu ihrem Kind erfahren:</p> <p>Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie alt ist das Kind mit ASS und wie lautet die genaue Diagnose? (Faktfrage) • In welchem Alter wurde die Diagnose gestellt? (Faktfrage) • Wie hat sich die Symptomatik ihres Kindes entwickelt? 	DGPPN & DGKJP (2016); Graham, Rodger & Ziviani (2008)

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie sah die Symptomatik zu Beginn der Ergotherapie aus? (Detailfrage)</i> <p>Als nächstes habe ich Fragen zu ihrer Familienkonstellation:</p> <p>Familie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer lebt alles gemeinsam in ihrem Haushalt? (Faktfrage) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gibt es Geschwister (Filterfrage)</i> • <i>Welche Rolle haben die Geschwister (Erzählanregung)</i> • <i>Leben sie mit dem leiblichen Vater/Mutter ihres Kindes zusammen? (Faktfrage)</i> • <i>Wenn nein, seit wann sind sie getrennt? (Detailfrage)</i> • <i>Wenn, nein hat das Kind regelmäßigen Kontakt zu seinem leiblichen Vater seiner leiblichen Mutter? (Detailfrage)</i> • Welche anderen Familienmitglieder spielen eine wichtige Rolle im Familiensystem? (Faktfrage) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gibt es regelmäßigen Kontakt zu Verwandten? (Filterfrage)</i> • <i>Welche Aufgaben übernehmen diese im Familiensystem? (Erzählanregung)</i> • <i>Gibt es andere wichtige Bezugspersonen, die nicht zur Familie gehören? (Faktfrage)</i> 	
Alltag	<p>Als nächstes würde ich gerne einen genaueren Einblick in ihren Alltag bekommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreiben Sie bitte, wie ein normaler Tag bei Ihnen morgens, mittags und abends abläuft (Faktfrage) <ul style="list-style-type: none"> • Geht Ihr Kind in den Kindergarten oder in die Schule? 	DVE, 2015a; Stoner et al., 2005; DGPPN & DGKJP (2016)

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie ist ihr Morgen gestaltet? (Erzählanregung)</i> • <i>Wie verläuft ihr Nachmittag (Erzählanregung)</i> • <i>Wie sieht die Abendroutine ihrer Familie aus? (Erzählanregung)</i> • Welche Aufgaben übernehmen die einzelnen Familienmitglieder? (Faktfrage) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wer betreut Ihr Kind wann? (Erzählanregung)</i> • <i>Unterstützen die Geschwister im Haushalt oder in der Betreuung (Erzählanregung)</i> • Wie äußern sich die Symptome Ihres Kindes im Alltag? (Faktfrage) • Welche besonderen Herausforderungen gibt es in Ihrem Alltag? (Faktfrage) • Wie hoch ist die Belastung der einzelnen Familienmitglieder? (Meinungsfrage) • Was hilft Ihnen den Alltag zu bewältigen? (Faktfrage) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wer oder was hilft Ihnen. Wie erfahren Sie Unterstützung? (Erzählanregung)</i> 	
Ergotherapie	Rahmenbedingungen:	Einschlusskriterien; Townsend & Polatajko (2013);

Jetzt habe ich einen guten Eindruck von ihrem Alltag bekommen. Die nächsten Fragen beziehen sich auf die ergotherapeutische Behandlung.

- Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt der ET? (Faktfrage)
- Wie kamen sie zur Ergotherapie? (Faktfrage)
- *Wer hat die Ergotherapie initiiert (Familie, Arzt, andere Berufsgruppe) (Detailfrage)*
- Mit welchem Anliegen sind sie zur Ergotherapie gekommen? (Faktfrage)
 - *Warum wurde Ergotherapie verordnet (Erzählanregung)*
- Wo fand die Ergotherapie statt? (Praxis, Klinik, Schule...) (Faktfrage)

Prozess/Verlauf:

Erstkontakt:

- **Erinnern sie sich noch an den ersten Kontakt zum Ergo? (Filterfrage)**
 - *Wie verlief der? (Erzählanregung)*
 - *Was ist in der Einheit passiert? (Erzählanregung)*
 - *Wurde Ihnen erklärt, was Ergotherapie ist? (Faktfrage)*

Intervention:

- **Waren sie in den Therapieeinheiten dabei? (Faktfrage)**

Graham, Rodger & Ziviani, 2014;
Kuhaneck, Madonna, Novak & Pearson, 2015;
Townsend & Polatakjo, 2013;
An, 2017;
DVE, 2008

- Wie lief der Austausch zwischen Ihnen und dem Ergo? (Meinungsfrage)
 - *Gab es regelmäßige Gespräche? (Detailfrage)*
 - *Wurden sie über die Inhalte der Therapie informiert (Detailfrage)*
 - *Durften sie über die Inhalte der Therapie mitbestimmen? (Filterfrage)*
 - *In welcher Form? (Erzählanregung)*

- Was wurde in den Einheiten gemacht?
 - *Wurde Ihnen erklärt, warum das gemacht wurde?(Faktfrage)*
 - *Wissen Sie, ob nach einem bestimmten Behandlungskonzept/Ansatz gearbeitet wurde? (Faktfrage)*

- Gab es klar festgelegte Ziele? (Faktfrage)
 - *wie wurden die Ziele festgelegt? (Erzählanregung)*
 - *von wem wurden die Ziele festgelegt? (Detailfrage)*
 - *Wurden ihre Alltagsprobleme in der Therapie erfragt/berücksichtigt? (Meinungsfrage)*
 - *in welcher Art und Weise? (Erzählanregung)*

Abschluss:

- Wurde ein Abschlussgespräch geführt? (Filterfrage)
 - *Was wurde da besprochen? (Erzählanregung)*

- Haben Sie einen Abschlussbericht erhalten? (Faktfrage)

	<ul style="list-style-type: none"> • Hat die Ergotherapie Ihnen, ihrer Familie oder dem Kind im Alltag geholfen? (Meinungsfrage) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Konnten Sie oder das Kind Dinge aus der Therapie umsetzen? (Filterfrage)</i> • <i>In welcher Form? (Erzählanregung)</i> • Hat sich die Symptomatik des Kindes während der Therapie verändert? (Filterfrage) • <i>In welcher Form (Erzählanregung)</i> • Wie zufrieden waren sie mit der Ergotherapie? (Meinungsfrage) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Was fanden sie gut? (Erzählanregung)</i> • <i>Was fanden sie nicht gut? (Erzählanregung)</i> • Würden sie erneut eine ergotherapeutische Behandlung in Betracht ziehen? (Meinungsfrage) • <i>Warum? (Erzählanregung)</i> • Was hätten sie sich noch von der Ergotherapie gewünscht? (Hypothetische Frage) 	
Abschluss	<p>Abschlussfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das waren erstmal alle unsere Fragen, möchten sie noch etwas ergänzen? • Für die Teilnahme bedanken • Transkript wird Ihnen zugeschickt, sodass Sie überprüfen können, ob wir die Daten richtig aufgenommen haben • Wenn Sie möchten, schicken wir eine fertige Bachelorarbeit per Mail zu. 	Gläser und Laudel, 2010, S. 148

Anlage 8

EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

FAMILIE MIT EINEM KIND MIT ASPERGER-SYNDROM, FRÜHKINDLICHEM AUTISMUS ODER ATYPISCHEM AUTISMUS

Nach Bölte (2009) unterscheidet sich das Rett-Syndrom sowohl in der Ätiologie als auch in der Symptomatik von den anderen Autismus-Formen. Die Unterschiede in der Symptomatik bedingen, dass Kinder mit dem Rett-Syndrom von der Studie ausgeschlossen werden.

ALTER DES KINDES ZWISCHEN 4 UND 14 JAHREN

Eine Studie von Höfer (2019) untersuchte die Frage, in welchem Alter bei Kindern im Durchschnitt in Deutschland die Diagnose einer ASS gestellt wird. Die Stichprobe umfasste 207 Teilnehmer. Das Durchschnittsalter bei der Diagnosestellung betrug im Schnitt 6,5 Jahre.

Auch Sinzig (2015) und Noterdaeme (2011) bestätigten ein Alter von etwa 4-6 Jahren bei der Diagnose Asperger-Autismus. Bei anderen Autismus-Formen kann die Diagnosestellung auch schon früher erfolgen. Im Durchschnitt bemerken die Eltern erste Symptome während des 3. Lebensjahres (Sinzig, 2015). Auch Bölte (2009) empfiehlt eine Diagnosestellung erst nach dem 3. Lebensjahr, da die Symptome vorher nicht deutlich genug sind.

Auf Grundlage der Diagnostik wird für diese Forschungsarbeit eine Altersspanne von 4-14 Jahren festgelegt. Das Mindestalter beträgt 4 Jahre, da eine Diagnosestellung in den meisten Fällen nach dem 3. Lebensjahr erfolgt und zum Zeitpunkt der Studie bereits Ergotherapie Erfahrung vorhanden sein muss. Das Höchstalter ist auf 14 Jahre festgelegt.

FAMILIE MUSS IN DEUTSCHLAND LEBEN

Da die Ergotherapie Erfahrungen von Familien in Deutschland untersucht werden sollen, muss die Familie in Deutschland leben und auch die ergotherapeutische Intervention muss in Deutschland stattgefunden haben. Familien aus anderen deutschsprachigen Ländern (Österreich, Schweiz) werden aus der Studie ausgeschlossen, da der kulturelle Hintergrund sich von dem deutscher Familien bedeutend unterscheiden kann.

MINDESTENS EINE VERORDNUNG MIT 10 BEHANDLUNGSEINHEITEN ABGESCHLOSSEN

Um genügend Erfahrungen für die Beantwortung der Interviewfragen zu haben, muss die Familie bzw. das Kind mit ASS mindestens 10 Behandlungseinheiten abgeschlossen haben.

ERGOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG LIEGT NICHT LÄNGER ALS 3 JAHRE ZURÜCK

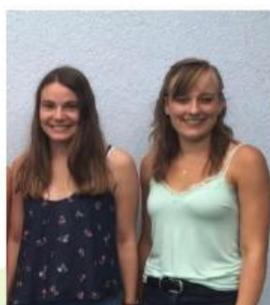
Da in der Forschungsarbeit die aktuelle ergotherapeutische Behandlung im Vordergrund steht, sollen die Erfahrungen der Familie nicht länger als 2 Jahre zurück liegen.

DAS KIND DARF SICH AKTUELL NICHT IN ERGOTHERAPEUTISCHER BEHANDLUNG BEFINDEN

Da unter anderem das Ergebnis der ergotherapeutischen Intervention untersucht werden soll, muss die Behandlung zum Zeitpunkt des Interviews bereits abgeschlossen sein.

Anlage 9

ANSCHREIBEN FORSCHUNG UND DATENSCHUTZERKLÄRUNG



Leonie Gerasch & Kathinka Behn
(Ergotherapeutinnen)

ERGOTHERAPIE ERFAHRUNGEN VON FAMILIEN MIT KINDERN MIT EINER AUTISMUS-SPEKTRUM- STÖRUNG

Ermöglichen Sie es, durch Ihre mit uns geteilten Erfahrungen, den Ablauf einer ergotherapeutischen Behandlung von Kindern mit Autismus-Spektrum Störung zu erfassen.

Teilen Sie dafür Ihre Erfahrungen mit der ergotherapeutischen Behandlung Ihres Kindes und seien Sie aktiver Teil einer Forschung.

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

SIND SIE EIN MÖGLICHER TEILNEHMER UNSERER STUDIE?

Wir suchen:

In Deutschland lebende Familien mit einem Kind mit einer Autismus-Spektrum-Störung, welches in ergotherapeutischer Behandlung war

- ✓ Diagnose des Kindes: Asperger-Syndrom, frühkindlicher Autismus oder atypischer Autismus
- ✓ Alter des Kindes: zwischen 4 und 14 Jahren
- ✓ Dauer der erhaltenen ergotherapeutischen Behandlung: mindestens ein Rezept/ 10 Einheiten
- ✓ Ergotherapeutische Behandlung liegt nicht länger als 2 Jahre zurück
- ✓ Ergotherapeutische Behandlung hat in Deutschland stattgefunden
- ✓ Kind befindet sich aktuell nicht mehr in ergotherapeutischer Behandlung

Wer sind wir?

Wir sind zwei staatlich examinierte Ergotherapeutinnen, die momentan berufsbegleitend an der Zuyd Hogeschool in Heerlen Ergotherapie studieren. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit suchen wir Teilnehmer*innen für unsere Forschung.

Wie wird die Studie durchgeführt?

Um Ihre Sicht erfassen zu können werden je nach Wunsch telefonisch oder per Videochat Interviews durchgeführt. Die Interviews sollen im Juni und Juli 2020 durchgeführt werden.

Die Fragen befassen sich mit Themen rund um die ergotherapeutische Behandlung Ihres Kindes. Uns ist es wichtig, Ihre Meinung als Expert*in für Ihre Situation zu erfassen.

Ihre Anonymität und der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten wird von uns gewährleistet. Die Ergebnisse der Bachelorarbeit werden genutzt, um die ergotherapeutische Intervention familienzentrierter durchführen zu können. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt anonym und kann nicht auf Sie zurückgeführt werden.

Wie ist der zeitliche Umfang?

Das Interview wird ca. 45 Minuten dauern.

Wie treten wir in Kontakt?

Konnten wir Ihr Interesse wecken und die angegebenen Kriterien treffen auf Sie zu?

Dann würden wir uns sehr über eine Rückmeldung bis zum 21.06.2020 über die folgende E-Mail-Adresse freuen:

ergotherapie-ass@gmx.de

1 GEGENSTAND DES FORSCHUNGSPROJEKTES

1. Forschungsprojekt: Ergotherapie Erfahrungen von Familien mit Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung
2. Forschungszweck: Erfassung des Ablaufes und der Zufriedenheit mit der ergotherapeutischen Behandlung ihres Kindes mit einer Autismus-Spektrum-Störung
3. Durchführende Institution: Zuyd Hogeschool Heerlen, Faculteit Gezondheidszorg
4. Interviewdatum: _____
5. Interviewer/in: Kathinka Behn und Leonie Gerasch

2 EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit willige ich ein, dass im Rahmen des unter 1. beschriebenen Forschungsprojekts im Rahmen einer Bachelorthesis Daten meiner Person erhoben und ausgewertet werden. Die Daten werden mittels eines Interviews erhoben. Das Interview findet via Videochat oder per Telefon statt, es werden nur die Audio-Aufnahmen des Videos gespeichert. Die Tonaufnahmen werden von den Forscherinnen verschriftlicht/transkribiert, anonymisiert und für wissenschaftliche Analysen und daraus hervorgehende Veröffentlichung auszugsweise verwendet werden.

Ihre Einwilligung und Teilnahme am Interview sind freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview zu pausieren oder abubrechen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen und dass das Interview mittels einer Audioaufzeichnung aufgenommen wird.

Weder ich noch meine Familie befinden sich aktuell in einer akuten Krise oder Belastungssituation. Ich fühle mich in der Lage an dem Interview teilzunehmen.

(Name & Vorname in Druckbuchstaben)

(Ort, Datum, Unterschrift)

3. INFORMATIONEN ÜBER DIE ERHEBUNG UND VERARBEITUNG IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN

3.1 KURZDARSTELLUNG DER AM FORSCHUNGSPROJEKT BETEILIGTEN

Das Forschungsprojekt wird im Rahmen einer Bachelorthesis von Kathinka Behn (staatlich examinierte Ergotherapeutin) und Leonie Gerasch (staatlich examinierte Ergotherapeutin) durchgeführt.

Zuyd Hogeschool
Faculteit Gezondheidszorg
Bachelorstudiengang Ergotherapie
Nieuw Eyckholt 300, P.O. Box 550
NL 6400 AN HEERLEN

3.2 ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Erhebung und Verarbeitung der Daten dienen allein für die in 1.2 genannten wissenschaftlichen Zwecke.

Ihre Kontaktdaten werden gesondert und ausschließlich für die Projektleitung zugänglich gespeichert. Dies dient der Dokumentation ihrer Einverständniserklärung und einer möglichen Identifizierung Ihrer Daten falls Sie diese Einwilligung später widerrufen.

3.3 ART DER DATENVERARBEITUNG

Die Gespräche werden aufgezeichnet, die Aufnahmen abgetippt und anonymisiert. Bei der Anonymisierung werden Personennamen, Ortsnamen und Berufsbezeichnungen, Kontaktdaten wie E-Mail-Adressen oder Telefonnummern ersetzt. Ihr Name und Ihre Kontaktdaten werden für datenschutzrechtliche Dokumentation gesondert gespeichert. Zugriff hierauf hat ausschließlich die Projektleitung.

In Veröffentlichungen können einzelne anonymisierte Zitate wiedergegeben werden.

Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zum Zweck einer automatisierten Entscheidungsfindung (einschließlich Profiling) gemäß Art. 22 Abs. 1 und Abs. 4 DSGVO findet nicht statt.

3.4 RECHTSGRUNDLAGE

Wir verarbeiten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß § 4 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und mit Geltung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), ab dem 25. Mai 2018, gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO. Sofern besondere Kategorien personenbezogener Daten betroffen sind, verarbeiten wir die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß § 4 Abs. 1 BDSG und mit Geltung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

3.5 EMPFÄNGER ODER KATEGORIEN VON EMPFÄNGERN

Ihre Daten werden ausschließlich von der unter 1.3. genannten Institution genutzt.

3.6 DAUER DER SPEICHERUNG

Ihre personenbezogenen Daten werden gespeichert, solange Sie Ihre Einwilligung nicht widerrufen haben. Es besteht eine Notwendigkeit zur Aufbewahrung der Daten von 10 Jahren.

Die bei den Interviews aufgenommenen Audiodateien werden direkt nach der Transkription in Schriftform nach Maßgabe der Anforderungen des Datenschutzrechts gelöscht.

4 ANLAGE: BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

- „**Personenbezogene Daten**“ sind gemäß Art. 4 Nr. 1 DSGVO alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen identifiziert werden kann, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind. Das kann z.B. die Angabe sein, wo eine Person versichert ist, wohnt oder wie viel Geld er oder sie verdient. Auf die Nennung des Namens kommt es dabei nicht an. Es genügt, dass man herausfinden kann, um welche Person es sich handelt.
- „**Besondere Kategorien**“ personenbezogener Daten sind gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.
- „**Gesundheitsdaten**“ sind gemäß Art. 4 Nr. 15 DSGVO personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.
- „**Verarbeitung**“ ist gemäß Art. 4 Nr. 2 DSGVO jeder mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.

Anlage 10

TRANSKRIPTIONSREGELN IN ANLEHNUNG AN DRESING UND PEHL

1. Es wird wörtlich transkribiert.
2. Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt. Bei Wörtern, bei denen keine Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten.
3. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angepasst.
4. Die Interpunktion wird so angepasst, dass der Text gut lesbar ist, Sinnabschnitte aber beibehalten werden.
5. Pausen werden durch eine Klammer mit Punkten (...) gekennzeichnet, wenn sie länger als 2 Sekunden dauern.
6. Verständnislaute des Interviewers werden nicht transkribiert.
7. Alle Laute und Äußerungen des Befragten werden transkribiert.
8. Die Antwort „mh“ wird mit (bejahend) oder (verneinend) näher beschrieben, wenn sie nicht neutral ist.
9. Besonders betonte Wörter werden in Großbuchstaben geschrieben.
10. Zwischen den Sprechabschnitten der Interviewpartner werden Leerzeilen gemacht.
11. Nach jedem Abschnitt erfolgt eine Zeitangabe, die mit # gekennzeichnet ist.
12. Nonverbale Gefühlsäußerungen wie Lachen oder Seufzen werden in Klammern benannt.
13. Nicht zu verstehende Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere Passagen werden außerdem mit einer Begründung versehen.
14. Die interviewende Person wird mit einem „I“ abgekürzt, die Befragte mit einem „B“
15. Namen und Orte werden mit (Name) oder (Ort) beschrieben, um die Anonymisierung zu gewährleisten.
16. Abgebrochene Sätze und Worte werden mit ... beendet.
17. Nicht relevante Teile aus Interviews wurden bei einer Dauer von über 60 Sekunden nicht transkribiert. Im Transkript wird dieses benannt und mit einer Zeitangabe versehen.

Anhang 11

*TRANSKRIPTIONSAUSZUG TEILNEHMER*IN 3*

Transkript Teilnehmer 3-41#

I: Und ähm wurde Ihnen von der Ergotherapeutin erklärt, was Ergotherapie ist? #00:18:13-17#

Transkript Teilnehmer 3-42#

B: Ja ausführlich. Mhh (bejahend) genau. #00:18:17-21#

Transkript Teilnehmer 3-43#

I: Und dann generell in den Einheiten, war Sie da dann mit dabei? #00:18:21-28#

Transkript Teilnehmer 3-44#

B: Nein, also ähm sie also sie hat es ihm freigestellt und er wollte aber gerne mit ihr alleine arbeiten. #00:18:28-37#

Transkript Teilnehmer 3-45#

I: Okay, und äh gab es da dann trotzdem zwischen Ihnen und der Ergotherapeutin einen regelmäßigen Austausch? #00:18:37-45#

Transkript Teilnehmer 3-46#

B: Jeden Tag, also jedes Mal, wenn er da war. Sie hat dann immer fünf Minuten früher aufgehört und hat mir so ein Feedback jedes Mal über die Stunde gegeben. Ähm die hatten auch so ein Belohnungssystem mit Aufklebern und immer für zehn Aufkleber konnte man sich so eine Kleinigkeit aus so einer Kram-Kiste rausnehmen und da hat sich auch immer mit mir und ihm gemeinsam besprochen, ob er heute einen Aufkleber kriegt und wofür oder, also er hat nie keinen gekriegt, aber äh ne das wäre halt auch besprochen worden, warum es keinen geben würde. Und sie hat immer Rückblick gegeben, was sie gemacht haben gemeinsam. #00:18:46-00:19:18#

Anlage 12

KATEGORIENTABELLE

Kategorie	Sachliche Dimension	Zeitliche Dimension	Indikatoren	Wirkungsdimension
Das Kind mit ASS	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Symptomatik tritt auf? - Symptomatik aus den Bereichen Kommunikation, soziale Interaktion und repetitive Verhaltensmuster und Aktivitäten (DGPPN & DGKJP, 2016) - Psychopathologische Begleitsymptome (Lehnhardt, 2013) 	Aktuell im Alltag	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktaufnahme schwierig (DGPPN & DGKJP, 2016) - Regeln einhalten und verstehen schwierig (DGPPN & DGKJP, 2016) - kaum Mimik und Gestik (Bölte, 2009) - spielt nicht (Bölte, 2009) - Vorlieben bestimmter Gegenstände (Bölte, 2009) - Wiederholung bestimmter Bewegungen (Bölte, 2009) - Verunsichert durch von Abweichungen vom Tagesablauf und Veränderungen (DGPPN & DGKJP, 2016) - Schnell abgelenkt (Häußler, 2008) - Mag keine lauten Geräusche (Häußler, 2008) 	Auswirkungen der Symptomatik auf den Alltag/auf die Familie

Familie	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine familiäre Situation - Rolle der einzelnen Familienmitglieder - Belastungen der einzelnen Familienmitglieder 	vor/während/nach der ergotherapeutischen Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Suche nach Hilfe und Unterstützung (Jones, Bremer und Lloyd, 2017) - Hohe Belastung, Trauer, Wut (Stoner et al., 2005) - Information (Stoner et al., 2005) - Teilhabe (Kuhaneck, Madonna, Novak & Pearson, 2015) 	
Alltag	<ul style="list-style-type: none"> - „täglich, gleichförmiger Ablauf des Lebens“ (<i>Duden Alltag Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft, o. J.</i>) - Tagesablauf der Familie - Aufgaben der einzelnen Familienmitglieder 	Aktueller Tagesablauf/Wochentag/Wochenende	<ul style="list-style-type: none"> - Strenge Routine (Bauerfeind, 2016) - Durchgehende Betreuung (Egger- Mertin, 2009) - Gemeinsames Essen (von Juterzenka, 2019) - Familienausflüge und Urlaube (DeGrace, 2003 & Bauerfeind, 2016) - Zurückstecken der Geschwister (Bauerfeind, 2016) 	

Kategorie	Sachliche Dimension	Zeitliche Dimension	Indikatoren	Ursachendimension
Symptomatik des Kindes	Veränderungen der beobachtbaren Symptomatik nach der DGPPN und der	während und nach der ergotherapeutischen Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Fein- und Grobmotorik (Ozonoff & Cathcart, 1998) 	Durch die ergotherapeutische Intervention

	DGKJP (2016) und Lehnhardt (2013) (→ unabhängige Variable)		- Verbesserte Konzentration (Schaaf, Benevides & Hunt, 2012)	
Subjektive Empfindungen der Eltern	<ul style="list-style-type: none"> - Subjektive Empfindungen der Eltern - Beurteilung der Behandlung und des Ergebnisses der Behandlung durch die Eltern - Wahrnehmung der Kompetenz des Ergotherapeuten 	Während und nach der Therapie wahrgenommen	<ul style="list-style-type: none"> - Geringeres Stresslevel (Sanz-Cervera, Fernández-Andrés, a Pastor-Cerezuela & Tárraga-Mínguez, 2018) - Verbesserung der Selbstwahrnehmung und des Selbstvertrauens (Graham, Rodger & Ziviani, 2014) - Erreichte Betätigungsziele - Therapeut als Experte - Therapeut verfolgt Ziele - Vertrauen in den Therapeuten 	
Auswirkungen auf den Alltag	<ul style="list-style-type: none"> - Auswirkungen auf den „täglichen, gleichförmigen Ablauf des Lebens“ - Bewältigung der einzelnen Alltagsherausforderungen 	während und nach der ergotherapeutischen Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Flexibilität (Schaaf, Benevides & Hunt, 2012) - Mehr Selbstständigkeit (Schaaf, Benevides & Hunt, 2012) - Mehr Teilhabe (Graham, Rodger & Ziviani, 2014) - Umfeldanpassung (Bölte, 2009) - Unterstützung durch Visualisierung und Strukturierung (Bölte, 2009) - Strategien für den Umgang im Alltag (Graham, Rodger & Ziviani, 2014) 	Durch die ergotherapeutische Intervention

Kategorie	Sachliche Dimension	Zeitliche Dimension	Indikatoren	Wirkungsdimension
Ergotherapeutische Behandlung: Erstkontakt	Kontaktaufnahme und das erste Gespräch zwischen Klienten und Therapeuten	Beginn der ergotherapeutischen Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonat - Terminvereinbarung - Anamnese - erste Einheit mit Kind/ohne Kind - Kontaktaufnahme - Ziele festlegen 	Einfluss auf die Therapeuten-Klienten Beziehung und die Zielsetzung
Ergotherapeutische Behandlung: Intervention	Behandlung des Klienten	Nach dem Erstkontakt	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalte der Einheiten - Zielverfolgung - Austausch über Therapieinhalte etc. mit dem Therapeuten 	Einfluss auf das Verhalten des Kindes im Alltag
Ergotherapeutische Behandlung: Abschluss	Abschluss der Behandlung/Zielerreichung	Am Ende eines Rezeptes oder nach mehreren Rezepten	<ul style="list-style-type: none"> - Abschlussgespräch - Abschlussbericht - Abbruch der Therapie 	

Kategorie	Sachliche Dimension	Zeitliche Dimension	Indikatoren	Wirkungsdimension
Wissen und Erfahrungen des Ergotherapeuten	Erfahrungswerte und Wissen des Therapeuten in Bezug auf ASS	Vor dem und im Behandlungszeitraum	<ul style="list-style-type: none"> - Fortbildungen des Therapeuten - Alter des Therapeuten 	Nimmt Einfluss auf die ergotherapeutische Intervention

Frames of references	Die Theorien, Modelle und gewählten Bezugsrahmen des Therapeuten	Im Behandlungszeitraum	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsansatz - Konzept 	Nimmt Einfluss auf die ergotherapeutische Intervention
Praxiskontext	<ul style="list-style-type: none"> - Physisch (Praxisräume, Behandlungsequipment) - Sozial (andere Professionen, Klienten, ...) - Kulturell (Werte, Glaube, ...) - Institutionell (Praxisvorschriften, Verordnungen, ...) 	Während der Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Kletterwände - Spiele - Therapiematerial - Praxisräume - Sozialpädiatrisches Zentrum - Schere, Stift - -Basteln 	Nimmt Einfluss auf die ergotherapeutische Intervention

Anlage 13

EXTRAKTIONSREGELN

1. Alle Transkripte sind als auszuwertendes Material zu verwenden.
2. Eine Analyseeinheit entspricht in der Regel einer Antwort durch die befragte Person.
3. Wenn eine Antwort Informationen enthält, die verschiedenen Kategorien zugeordnet werden müssen, werden diese getrennt voneinander zugeordnet.
4. Wenn eine Antwort zu wenige Informationen enthält, um sie einer Kategorie zuordnen zu können, wird ggfs. die folgende Antwort dazu genommen.
5. Alle Informationen, die in Auswertungskategorien übertragen wurden, werden mit Quellenangaben in Form der Teilnehmercodierung und einer Zeitangabe versehen.
6. Bei Zuordnungs- und Abgrenzungsproblemen wird die zu extrahierende Information auf ihre Kausaldimensionen überprüft und dadurch einer Kategorie zugeordnet.
7. Die Indikatoren werden fortlaufend ergänzt.
8. Wenn ein Symptom in Zusammenhang mit einem Alltagsproblem geäußert wird, wird es der Kategorie "Kind mit ASS" zugeordnet und auf die Dimension Alltag verwiesen.
9. Innerhalb der Kategorien werden bestimmte Äußerungen mit den Stichpunkten "Herausforderung", "Belastung" und "Ressource" gekennzeichnet.
10. Aktuelles Lebensalter des Kindes, Diagnose und Geschlecht werden in die Kategorie „Kind mit ASS“ geordnet.
11. Alter, in dem die Diagnose gestellt wurde, wird in die Kategorie „Kind mit ASS“ eingeordnet.
12. Das Alter des Kindes zu Beginn der ergotherapeutischen Behandlung wird der Kategorie „Ergo Erstkontakt“ zugeordnet.
13. Das Ziel der Ergotherapie wird in die Kategorie „ergotherapeutische Intervention“ geordnet.

Anhang 14

TABELLARISCHE ZUSAMMENFASSUNG DER KATEGORIE „ERGOTHERAPEUTISCHE INTERVENTION“ DURCH DAS PROGRAMM MIA

Sachdimension	Zeitdimension	Indikatoren	Wirkungsdimension	Quelle
Neurofeedback	20 Einheiten nach Diagnosestellung	Neurofeedback, Computer		\Transkript Teilnehmer 1-28\
Eltern waren während ergotherapeutischer Intervention anwesend	während der Intervention			\Transkript Teilnehmer 1-69\
Kommunikation/Austausch zwischen Eltern und Therapeut während und nach den Einheiten schwierig, da Kind immer dabei gewesen; guter Austausch über die Alltagsprobleme des Kindes	während der Intervention	Kommunikation, Austausch		\Transkript Teilnehmer 1-75\
Therapieziele: Verbesserung der Konzentration und Impulsivität zu Hause und in der Schule	während der ergotherapeutischen Intervention			\Transkript Teilnehmer 1-79\
Inhalte der Therapie: Neurofeedbackprogramme mit unterschiedlichen spielen wie Puzzle oder kleine Männchen; Kind hat Interesse schnell verloren	in den ergotherapeutischen Einheiten	Programm, Sitzungen		\Transkript Teilnehmer 1-95\
Neus Ziel hat sich von Fein- und Graphomotorik nach ca. einem Jahr auf logisches Denken geändert	nach einem Jahr	Schwerpunkt		\Transkript Teilnehmer 2-170\

Austausch zwischen Mutter und Therapeutin während der Einheiten oder kurz am Ende; Aufklärung über Therapieeinheit sowie sinnvolle Übungen für zu Hause	während der Intervention	Gespräche, aufgeklärt, jedes Mal		\Transkript Teilnehmer 2-170\
Therapieziele: Verbesserung der Fein- und Grafomotorik und das sitzen bleiben am Tisch	während der Intervention	Fein- und Graphomotorik, am Tisch sitzen, erste Ziel		\Transkript Teilnehmer 2-174\
Mutter verlässt sich auf das Wissen und die Vorgehensweise der Therapeutin, daher möchte sie sich nicht anmaßen bei Therapieinhalten mitzuentcheiden	während der Intervention	Profi, Job, verlassen		\Transkript Teilnehmer 2-178\
Austausch zwischen Mutter und Therapeutin; Therapeutin hat sie am Ende der Stunde informiert/sie durfte am Ende der Einheit kurz gucken was gemacht wurde und warum etwas gemacht wurde	während der Intervention	Informiert, erklärt, Stunde		\Transkript Teilnehmer 2-178\
Ergotherapeutin hat Mutter Ratschläge für zu Hause gegeben	während der Intervention	zu Hause		\Transkript Teilnehmer 2-178\
Elternteil kann nicht sagen, ob in der Therapie nach einem bestimmten Ansatz gearbeitet wurde	während der Intervention	Konzept, Test		\Transkript Teilnehmer 2-182\
Alltagsprobleme am Tischen sitzen und Konzentration wurden in der Therapie berücksichtigt	während der Intervention	Tisch sitzen, Konzentration	Auswirkungen auf den Alltag	\Transkript Teilnehmer 2-186\
Elternteil war zu Beginn der ergotherapeutischen Intervention zunächst bei der Therapie	im Verlauf der Intervention	draußen		\Transkript Teilnehmer 2-190\

anwesend; mit der Zeit hat sie sich immer Mal wieder rausgeschlichen; am Ende war es möglich, dass sie draußen wartet und Kind dies weiß und zu ihr kommen kann, falls was ist				
Mutter war in den Einheiten nicht dabei, der Sohn durfte darüber entscheiden	während der Intervention	Einheiten, freigestellt, alleine		\Transkript Teilnehmer 3-44\
Austausch: In den letzten 5 Minuten hat die Therapeutin ein Feedback zu der Einheit gegeben. Dabei wurde mit einem Belohnungssystem gearbeitet und reflektiert.	am Ende jeder Einheit	Feedback, Rückblick, jedes Mal, Belohnungssystem		\Transkript Teilnehmer 3-46\
Mutter hatte die Möglichkeit über Therapieinhalte mitzubestimmen	während der Intervention			\Transkript Teilnehmer 3-48\
Therapieinhalt: Schleife binden, Wunsch der Mutter, wurde geübt, hat aber nicht funktioniert	während der Intervention	Thema, Schleife binden, nicht geklappt		\Transkript Teilnehmer 3-48\
Therapieinhalt: Schulhefte mit in die Therapie bringen, damit die Therapeutin besseren Einblick bekommt	im Rahmen der Intervention	Schulhefte, Einblick		\Transkript Teilnehmer 3-48\
gemeinsam mit dem Kind hat die Therapeutin immer für 10 Einheiten Ziele schriftlich festgelegt und sie nach 10 Einheiten mit ihm überprüft	am Anfang und am Ende einer Verordnung	zusammen, Zettel, zehn Einheiten, kontrolliert		\Transkript Teilnehmer 3-52\
Alltagsprobleme wie z.B. Schleife binden wurden berücksichtigt	in der Intervention	Alltagsproblem, aufgegriffen		\Transkript Teilnehmer 3-54\

Die letzten 10 Einheiten wurden im Rahmen einer Gruppentherapie durchgeführt, um die Konzentration zu verbessern	die letzten 10 Einheiten	Gruppe, Ablenkung, fokussieren		\Transkript Teilnehmer 3-56\
Gruppentherapie wurde nach einem Konzept durchgeführt, Mutter weiß den Namen nicht.	während der Gruppentherapie	Konzept, Name		\Transkript Teilnehmer 3-60\
Kind hatte 1 Jahr Ergotherapie	ergotherapeutische Intervention			\Transkript Teilnehmer 4 -152\
Mutter war nur in der ersten Einheit dabei	erste Einheit			\Transkript Teilnehmer 4 -208\
In der ersten Einheit wurde ein Konzentrationsspiel mit motorischer Belohnung verbunden, es gab eine Seilrutsche, Kind wurde für weitere Einheiten motiviert.	erste Einheit	Konzentrationsspiel, motorische Belohnung, Seilrutsche, Motivation		\Transkript Teilnehmer 4 -212\
Der Mutter wurde immer erklärt, warum etwas gemacht wurde	während der ergotherapeutischen Intervention			\Transkript Teilnehmer 4 -216\
Nach jeder Einheit gab es Austausch über Therapieinhalte, Mutter durfte die letzten Minuten mit in den Raum und anschauen was gemacht wurde, Therapeutin hat erklärt	nach jeder Einheit	kurzer Austausch, Sitzungsraum, Therapeutin, erklärt		\Transkript Teilnehmer 4 -224\
Mutter durfte Wünsche äußern und es wurde regelmäßig besprochen, wie es in der Schule läuft und wo es noch Bedarf gibt	während der ergotherapeutischen Intervention	Schule, Bedürfnisse, Austausch		\Transkript Teilnehmer 4 -232\
Ziel: es gab keine klar definierten Ziele, Konzentration und motorische Geschicklichkeit standen im Vordergrund	in der Intervention	motorische Geschicklichkeit, festgeschriebener Plan		\Transkript Teilnehmer 4 -244\

Einen Schulbesuch oder Austausch mit der Lehrerin gab es nicht	während der Intervention			\Transkript Teilnehmer 4 -266\
Neurofeedback im Anschluss an 1. Intervention: Material fand das Kind nicht ansprechend, Familie hat keinen Effekt gemerkt.	nach der ersten Intervention	Effekt, Bespaßung		\Transkript Teilnehmer 4 -278\
Intervention dauerte ca. 1,5 Jahre	Dauer der gesamten Intervention			\Transkript Teilnehmer 5-119\
Ziel: Kind macht ein paar Minuten mit, wenn es eine Aufgabe bekommt		Plan, Aufgabe		\Transkript Teilnehmer 5-155\
Ziel war vorgegeben	zu Beginn der Intervention	Ziel, vorgegeben		\Transkript Teilnehmer 5-159\
Austausch: Familie durfte sich immer melden, wenn es zuhause Probleme gab	während der Intervention	Probleme, E-Mail, anrufen, besondere Herausforderung		\Transkript Teilnehmer 5-167\
Ergotherapeutin hat Tipps zur Förderung der Wahrnehmung für zuhause gegeben (Sandweste und Gewichtsdecke)	während der ergotherapeutischen Intervention	Tipps, Wahrnehmung, Sandweste, Gewichtsdecke		\Transkript Teilnehmer 5-167\
Mutter war in allen Einheiten dabei	während der Intervention			\Transkript Teilnehmer 5-174\
Therapieinhalt: Die Kletterwand wurde eingesetzt, um die Höhenangst zu besiegen	während der Intervention	Probleme, Höhe, Kletterwand		\Transkript Teilnehmer 5-178\
Therapieinhalt: Balancieren	während der Intervention	Balancieren		\Transkript Teilnehmer 5-178\
Therapieinhalt: Rollenspiele mit anderen Personen zur Förderung der Kommunikation	während der Intervention	Kommunikation, spielen, fremde Personen		\Transkript Teilnehmer 5-178\
Kind wollte lieber sein eigenes Ding machen und wollte nicht, dass sich jemand einmischt	während der Intervention	einbaut, eigenes Ding		\Transkript Teilnehmer 5-178\

Eltern durften über die Therapieinhalte mitbestimmen	während der Intervention	vorher gefragt		\Transkript Teilnehmer 5-182\
Es wurde erklärt, warum etwas gemacht wurde, wie es gemacht wurde	nach jeder Einheit			\Transkript Teilnehmer 5-186\
Mutter weiß nicht, ob nach einem Konzept gearbeitet wurde	während der Intervention	Behandlungskonzept		\Transkript Teilnehmer 5-192\
Ergotherapeutin legte zur Abgrenzung des Therapieeinheit zu Beginn und zum Ende ein Händedruck mit Blickkontakt fest, für das Kind schlecht ertragbar für die Mutter unverständlich, dass die Therapeutin drauf bestand	Beginn und Ende einer Einheit	Händedruck, Blickkontakt, Abgrenzung		\Transkript Teilnehmer 6-192\
Therapieziele festgelegt durch die Ergotherapeutin: Still sitzen können, da Kind viel auf dem Boden liegt und sich wälzt, um Situationen zu bewältigen	zu Beginn der Intervention	lernen, wichtig		\Transkript Teilnehmer 6-192\
Ergotherapeutin hat Mutter nach jeder Einheit über Inhalte informiert, Kind wurde nicht eher entlassen bevor die Therapeutin mit Gespräch fertig war; Mutter empfand es als kritisch, dass die Therapeutin dem Kind keinen konkreten Zeitpunkt nannte, was dem Kind hätte helfen können das Gespräch zu ertragen	nach jeder Einheit	nach jeder Einheit, Gespräch, Inhalte		\Transkript Teilnehmer 6-192\
Inhalte der Therapien: Aufgabenblätter mit Mathe, Puzzle, Lego	während der Intervention	Aufgabenblätter, Lego, Puzzle		\Transkript Teilnehmer 6-196\

Ergotherapeutin sagt aus, dass für sie das ganze erste Rezept ein Kennenlernen und Ausprobieren was möglich ist	Erste Verordnung	erstes Rezept		\Transkript Teilnehmer 6-208\
Inhalte der Therapie in denen das Kind Spaß hatte: Hängematte, Knetsand und aussägen eines Schwertes	während der Intervention	Hängematte, Knetsand		\Transkript Teilnehmer 6-212\
Kind hat sich teilweise, wenn er keinen Spaß hatte, die gesamte Einheit in eine Ecke gehockt und die Teilnahme an der Einheit verweigert	während der Intervention	Zwischen Matten, 30-40 Minuten, Einheit		\Transkript Teilnehmer 6-212\
Mutter verlässt sich auf das Wissen der Therapeutin; hatten keine Vorstellungen von Ergotherapie; wollte daher nicht aktiv an Zielen mitbestimmen	während der Intervention	keine Vorstellung, Fachleute, Möglichkeiten		\Transkript Teilnehmer 6-220\
Ergotherapeutin der Tochter (auch mit ASS Diagnose) arbeitet am Selbstwert der Tochter	während der Intervention	Selbstwert, einmal die Woche		\Transkript Teilnehmer 6-279\
Ergotherapie der Schwester (auch mit ASS Diagnose): Austausch zwischen der Mutter und Therapeutin über E-Mail und Telefon; es wurde sich über Probleme ausgetauscht	während der Intervention	E-Mail, Telefon		\Transkript Teilnehmer 6-287\
Ergotherapeutin der Tochter (auch mit ASS Diagnose) arbeitet sehr Alltagsbezogen an den Problemen der Tochter in der Schule, steht im engen	während der Intervention	Durchhaltevermögen, Unterricht, Lehrer		\Transkript Teilnehmer 6-287\

Austausch mit den Lehrern, Ziel Durchhaltevermögen im Unter- richt zu fördern				
---	--	--	--	--

Anhang 15

TABELLARISCHE ZUSAMMENFASSUNG DER KATEGORIE „ERGOTHERAPEUTISCHE INTERVENTION“ ZUSAMMENGEFASST DURCH DIE FORSCHERINNEN

Sachdimension	Zeitdimension	Indikatoren	Wirkungsdimension	Quelle
Eltern waren während ergotherapeutischer Intervention anwesend	während der Intervention			\Transkript Teilnehmer 1-69\ \Transkript Teilnehmer 5-174\ \Transkript Teilnehmer 2-190\ \Transkript Teilnehmer 3-44\ \Transkript Teilnehmer 4 -208\ \Transkript Teilnehmer 1-79\ \Transkript Teilnehmer 4 -244\ \Transkript Teilnehmer 3-56\ \Transkript Teilnehmer 2-170\ \Transkript Teilnehmer 2-174\ \Transkript Teilnehmer 2-170\ \Transkript Teilnehmer 2-174
Elternteil war zu Beginn der ergotherapeutischen Intervention zunächst bei der Therapie anwesend; mit der Zeit hat sie sich immer Mal wieder rausgeschlichen; am Ende war es möglich, dass sie draußen wartet und Kind dies weiß und zu ihr kommen kann, falls was ist	im Verlauf der Intervention	draußen		
Mutter war in den Einheiten nicht dabei	während der Intervention	Einheiten, freigestellt, allein		
Therapieziel: Verbesserung der Konzentration	während der Intervention			
Therapieziel: Fein- und Graphomotorik, motorische Geschicklichkeit		Fein- und Graphomotorik, motorische Geschicklichkeit		

				\Transkript Teilnehmer 4 -244\
Therapieziele: Impulsivität zu Hause und in der Schule	während der ergotherapeutischen Intervention			\Transkript Teilnehmer 1-79\
logisches Denken	nach einem Jahr	Schwerpunkt		\Transkript Teilnehmer 2-170\
Therapieziele: das sitzen bleiben am Tisch	während der Intervention	am Tisch sitzen, erstes Ziel, lernen, wichtig		\Transkript Teilnehmer 2-174\ \Transkript Teilnehmer 6-192\
gemeinsam mit dem Kind hat die Therapeutin immer für 10 Einheiten Ziele schriftlich festgelegt und sie nach 10 Einheiten mit ihm überprüft	am Anfang und am Ende einer Verordnung	zusammen, Zettel, zehn Einheiten, kontrolliert		\Transkript Teilnehmer 3-52\
Ziel: es gab keine klar definierten Ziele	in der Intervention	festgeschriebener Plan		\Transkript Teilnehmer 4 -244\
Ziel: Kind macht ein paar Minuten mit, wenn es eine Aufgabe bekommt		Plan, Aufgabe		\Transkript Teilnehmer 5-155\
Ziel war vorgegeben	zu Beginn der Intervention	Ziel, vorgegeben		\Transkript Teilnehmer 5-159\ \Transkript Teilnehmer 6-192\
Ergotherapeutin der Tochter (auch mit ASS Diagnose) arbeitet am Selbstwert der Tochter	während der Intervention	Selbstwert, einmal die Woche		\Transkript Teilnehmer 6-279\
Kommunikation/Austausch zwischen Eltern und Therapeut während und nach den Einheiten schwierig, da Kind immer dabei gewesen; guter Austausch über die Alltagsprobleme des Kindes	während der Intervention	Kommunikation, Austausch		\Transkript Teilnehmer 1-75\

Austausch zwischen Mutter und Therapeutin; Therapeutin hat sie am Ende der Stunde informiert/ sie durfte am Ende der Einheit kurz gucken was gemacht wurde und warum etwas gemacht wurde	während der Intervention	Informiert, erklärt, Stunde, kurzer Austausch, Sitzungsraum, Therapeutin, erklärt		\Transkript Teilnehmer 2-178\ \Transkript Teilnehmer 4 -224\
Austausch: In den letzten 5 Minuten hat die Therapeutin ein Feedback zu der Einheit gegeben. Dabei wurde mit einem Belohnungssystem gearbeitet und reflektiert.	am Ende jeder Einheit	Feedback, Rückblick, jedes Mal, Belohnungssystem		\Transkript Teilnehmer 3-46\
Der Mutter wurde immer erklärt, warum etwas gemacht wurde	während der ergotherapeutischen Intervention			\Transkript Teilnehmer 4 -216\ \Transkript Teilnehmer 5-186\
Austausch: Familie durfte sich immer melden, wenn es zuhause Probleme gab	während der Intervention	Probleme, E-Mail, anrufen, besondere Herausforderung		\Transkript Teilnehmer 5-167\
Ergotherapeutin hat Mutter nach jeder Einheit über Inhalte informiert, Kind wurde nicht eher entlassen bevor die Therapeutin mit Gespräch fertig war; Mutter empfand es als kritisch, dass die Therapeutin dem Kind keinen konkreten Zeitpunkt nannte, was dem Kind hätte helfen können das Gespräch zu ertragen	nach jeder Einheit	nach jeder Einheit, Gespräch, Inhalte		\Transkript Teilnehmer 6-192\
Ergotherapie der Schwester (auch mit ASS Diagnose): Austausch zwischen der Mutter und Therapeutin über E-Mail und Telefon; es wurden sich über Probleme gemeinsam ausgetauscht	während der Intervention	E-Mail, Telefon		\Transkript Teilnehmer 6-287\

Mutter durfte Wünsche äußern und es wurde regelmäßig besprochen, wie es in der Schule läuft und wo es noch Bedarf gibt	während der ergotherapeutischen Intervention	Schule, Bedürfnisse, Austausch		\Transkript Teilnehmer 4 -232\
Therapieinhalt: Schleife binden, Wunsch der Mutter, wurde geübt, hat aber nicht funktioniert	während der Intervention	Thema, Schleife binden, nicht funktioniert		\Transkript Teilnehmer 3-48\
Therapieinhalt: Schulhefte mit in die Therapie bringen, damit die Therapeutin besseren Einblick bekommt	im Rahmen der Intervention	Schulhefte, Einblick		\Transkript Teilnehmer 3-48\
Einen Schulbesuch oder Austausch mit der Lehrerin gab es nicht	während der Intervention			\Transkript Teilnehmer 4 -266\
Neurofeedback: Material fand das Kind nicht ansprechend, Familie hat keinen Effekt gemerkt.	nach der ersten Intervention	Effekt, Bespaßung		\Transkript Teilnehmer 4 -278\ \Transkript Teilnehmer 1-95\
Therapieinhalt: Die Kletterwand wurde eingesetzt, um die Höhenangst zu besiegen	während der Intervention	Probleme, Höhe, Kletterwand		\Transkript Teilnehmer 5-178\
Therapieinhalt: Balancieren	während der Intervention	Balancieren		\Transkript Teilnehmer 5-178\
Therapieinhalt: Rollenspiele mit anderen Personen zur Förderung der Kommunikation	während der Intervention	Kommunikation, spielen, fremde Personen		\Transkript Teilnehmer 5-178\
Inhalte der Therapien: Aufgabenblätter mit Mathe, Puzzle, Lego	während der Intervention	Aufgabenblätter, Lego, Puzzle		\Transkript Teilnehmer 6-196\
Inhalte der Therapie in denen das Kind Spaß hatte: Hängematte, Knet Sand und aussägen eines Schwertes	während der Intervention	Hängematte, Knet Sand		\Transkript Teilnehmer 6-212\
Die letzten 10 Einheiten wurden im Rahmen einer Gruppentherapie durchgeführt (Schwerpunkt Konzentration)	die letzten 10 Einheiten	Gruppe, Ablenkung, fokussieren		\Transkript Teilnehmer 3-56\

Alltagsprobleme am Tischen sitzen und Konzentration wurden in der Therapie berücksichtigt	während der Intervention	Tisch sitzen, Konzentration	Auswirkungen auf den Alltag	\Transkript Teilnehmer 2-186\
Alltagsprobleme wie z.B. Schleifen binden wurden berücksichtigt	in der Intervention	Alltagsproblem, aufgegriffen		\Transkript Teilnehmer 3-54\
Ergotherapeutin der Tochter (auch mit ASS Diagnose) arbeitet sehr Alltagsbezogen an den Problemen der Tochter in der Schule, steht im engen Austausch mit den Lehrern, Ziel Durchhaltevermögen im Unterricht zu fördern	während der Intervention	Durchhaltevermögen, Unterricht, Lehrer		\Transkript Teilnehmer 6-287\
Mutter hatte die Möglichkeit über Therapieinhalte mitzubestimmen	während der Intervention			\Transkript Teilnehmer 3-48\ \Transkript Teilnehmer 5-182\
Mutter verlässt sich auf das Wissen und die Vorgehensweise der Therapeutin, daher möchte sie sich nicht anmaßen bei Therapieinhalten mitzuentcheiden	während der Intervention	Profi, Job, verlassen, keine Vorstellung, Fachleute, Möglichkeiten		\Transkript Teilnehmer 2-178\ \Transkript Teilnehmer 6-220\
Ergotherapeutin hat Mutter Ratschläge für zu Hause gegeben	während der Intervention	zu Hause		\Transkript Teilnehmer 2-178\ \Transkript Teilnehmer 2-170\
Ergotherapeutin hat Tipps zur Förderung der Wahrnehmung für zu Hause gegeben (Sandweste und Gewichtsdecke)	während der ergotherapeutischen Intervention	Tipps, Wahrnehmung, Sandweste, Gewichtsdecke		\Transkript Teilnehmer 5-167\
Elternteil kann nicht sagen, ob in der Therapie nach einem bestimmten Ansatz gearbeitet wurde	während der Intervention	Konzept, Test		\Transkript Teilnehmer 2-182\ \Transkript Teilnehmer 5-192\

Gruppentherapie wurde nach einem Konzept durchgeführt, Mutter weiß den Namen nicht.	während der Gruppentherapie	Konzept, Name		\Transkript Teilnehmer 3-60\
Kind hatte 1 Jahr Ergotherapie	ergotherapeutische Intervention			\Transkript Teilnehmer 4 -152\
Intervention dauerte ca. 1,5 Jahre	Dauer der gesamten Intervention			\Transkript Teilnehmer 5-119\
Kind wollte lieber sein eigenes Ding machen und wollte nicht, dass sich jemand einmischt	während der Intervention	einbaut, eigenes Ding		\Transkript Teilnehmer 5-178\
Ergotherapeutin legte zur Abgrenzung des Therapieeinheit zu Beginn und zum Ende ein Händedruck mit Blickkontakt fest, für das Kind schlecht ertragbar für die Mutter unverständlich, dass die Therapeutin darauf bestand	Beginn und Ende einer Einheit	Händedruck, Blickkontakt, Abgrenzung		\Transkript Teilnehmer 6-192\
Ergotherapeutin sagt aus, dass für sie das ganze erste Rezept ein Kennenlernen und Ausprobieren was möglich ist	erste Verordnung	erstes Rezept		\Transkript Teilnehmer 6-208\
Kind hat sich teilweise, wenn er keinen Spaß hatte, die gesamte Einheit in eine Ecke gehockt und die Teilnahme an der Einheit verweigert	während der Intervention	Zwischen Matten, 30-40 Minuten, Einheit		\Transkript Teilnehmer 6-212\