

# Kooperation als Unterstützungselement in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung

---

## **Masterarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Arts**

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Tanja Maria Reisinger, Bakk.<sup>a</sup> phil.

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaften

Begutachter: Univ.-Prof. Dr. Arno Heimgartner

Graz, 2018

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Tanja Maria Reisinger, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, Mai 2018

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## **Danksagung**

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all jenen Personen bedanken, die an mich geglaubt und die mich beim Verfassen dieser wissenschaftlichen Arbeit begleitet sowie unterstützt haben.

Vor allem möchte ich mich bei Herrn Univ.-Prof. Dr. Arno Heimgartner bedanken. Seine Art der Herangehensweise und seine hilfreichen Anregungen haben mich stets motiviert, inspiriert und unterstützt.

Ein weiterer Dank geht an alle meine InterviewteilnehmerInnen, die sich Zeit für die Befragung genommen haben. Sie haben mit ihren Informationen maßgeblich zur Verfassung meiner Masterarbeit beigetragen.

Einen ganz besonderen Dank möchte ich meiner Mutter aussprechen: Ohne dich wäre es mir nicht möglich gewesen, dieses Studium zu machen und abzuschließen. Danke für deine Unterstützung, deine Ermutigungen und deine Geduld!

Des Weiteren möchte ich mich bei meiner Familie, meinen FreundInnen und bei meinen ArbeitskollegInnen bedanken. Vielen Dank für eure Unterstützung und Motivation in manchen schwierigen Situationen in meinem Leben sowie während der Erstellung dieser Arbeit.

Meine letzten Dankesworte richte ich an Maria, Nicole und Hermann: Ich vermisse euch!

Herzlichen Dank an euch!

## **Zusammenfassung**

Familien mit Angehörigen mit einer Autismus-Spektrum-Störung erleben in ihrer Lebens- und Alltagswelt unterschiedliche Herausforderungen, die für die einzelnen Familienmitglieder sehr belastend sind. Um diesen Belastungssituationen vorzubeugen und den Eltern Unterstützung zu ermöglichen, bietet das Steiermärkische Behindertengesetz diverse Unterstützungsleistungen an, welche die Eltern in Anspruch nehmen können.

In der vorliegenden Masterarbeit liegt der Fokus auf der Erfassung einer Kooperation der einzelnen außerschulischen Dienstleistungsangebote. Dabei werden einerseits die interdisziplinäre Kooperation, andererseits die Kooperation mit Fachkräften anderer Disziplinen erfasst. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Hinterfragung, inwieweit die Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen in diese Prozesse integriert sind.

In der empirischen Untersuchung geben Fachkräfte aus unterschiedlichen Institutionen sowie Eltern darüber Aufschluss, wie Kooperation in einem professionellen Rahmen gelebt wird, welche Themen besprochen werden, wie der Umgang im Kooperationsprozess verläuft, welche Vorteile und Herausforderungen in einem solchen Prozess entstehen und welche Auswirkungen wahrgenommen werden.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass eine Kooperation von vielen Fachkräften aus unterschiedlichen Institutionen vorhanden ist, obwohl diese gesetzlich nicht verankert ist. Zusätzlich zu der Zustimmung der Eltern sind eine gute Vertrauens- und Kommunikationsbasis sowie Respekt und Wertschätzung essenziell. Aufbauend auf dieser Grundlage kann eine gelingende Kooperation stattfinden, bei der alle beteiligten Personen (Eltern und Fachkräfte) am gleichen Wissensstand sind und disziplinenübergreifend die Kinder und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung bei ihrer Entwicklung begleiten und unterstützen.

## **Abstract**

Families, whose relatives have an autism spectrum disorder, face different challenges in their everyday lives. They are very concerned about and care for their individual family members. In order to prevent these stressful situations the Styrian Disability Act offers various support services that parents can use.

This master's thesis investigates the cooperation of individual extracurricular services involved in dealing with autism disorders. Both the interdisciplinary cooperation, as well as the cooperation with experts from other disciplines, are being examined. Another focus of this paper is the extent to which parents, whose children/adolescents have an autism spectrum disorder, are integrated into these processes.

In the conducted empirical study, parents and experts from different institutions provide insights into the ways in which cooperation can be practiced in a professional setting. They also report on which the type of topics being discussed in these sessions, how the cooperation-process is handled and organized and which benefits, challenges and effects such processes involve.

The results of the study show that there actually is a voluntary cooperation of several specialists from different institutions, despite not being regulated by law. In addition to parental consent, which provides the necessary foundation for trust and communication, collegial respect and appreciation are also essential for a successful cooperation. Based on these components, successful cooperation can take place allowing all people involved (parents and experts), to have the same level of knowledge to best support the children and adolescents with autism spectrum disorders in their development.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>8</b>
<b>Theoretische Grundlagen</b>	<b>11</b>
<b>1. Autismus-Spektrum-Störung (ASS) erkennen und verstehen</b>	<b>12</b>
1.1. <i>Historischer Abriss</i>	13
1.2. <i>Kernbereiche der Autismus-Spektrum-Störung (Trias)</i>	16
1.2.1. Soziale Fähigkeiten	16
1.2.2. Spielentwicklung	17
1.2.3. Sprachliche Entwicklung	18
1.2.4. Kognitive Entwicklung	20
1.2.5. Stereotypes und repetitives Verhalten	20
1.3. <i>Formen der Autismus-Spektrum-Störung</i>	21
1.4. <i>Differenzialdiagnostik und Komorbidität</i>	24
1.5. <i>Epidemiologie</i>	26
1.6. <i>Ätiologie</i>	27
1.7. <i>Neuropsychologisches Modell</i>	28
1.7.1. Imitationsfähigkeit	28
1.7.2. Exekutive Funktion	29
1.7.3. Schwache zentrale Kohärenz	30
1.7.4. Theory of Mind	30
1.8. <i>Entwicklungsspezifische Aspekte</i>	31
1.9. <i>Alltägliche Herausforderungen für die Eltern</i>	34
<b>2. Kooperation</b>	<b>38</b>
2.1. <i>Begrifflichkeit und Position</i>	39
2.2. <i>Kooperationsformen</i>	42
2.3. <i>HelferInnenkonferenz</i>	45
2.4. <i>Selbstverständnis der KooperationspartnerInnen</i>	45
2.5. <i>Kompetenzen der Fachkräfte</i>	47
2.5.1. Vertrauen	48
2.5.2. Transparenz	49
2.5.3. Verbindlichkeit	49
2.5.4. Konfliktbewältigung	50
2.5.5. Lösungsorientierung	51
2.5.6. Kommunikationsfreudigkeit	51
2.6. <i>Perspektive der KlientInnen und ihrer Angehörigen</i>	52
2.7. <i>Zusammenfassung</i>	55

<b>3. Rechtliche Rahmenbedingungen</b>	<b>56</b>
3.1. UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)	56
3.2. Charta für autistische Menschen	59
3.3. Steiermärkisches Behindertengesetz (StBHG)	61
<b>4. Unterstützende Hilfen in Österreich</b>	<b>64</b>
4.1. Grundsätze und Handlungsprinzipien	65
4.2. Bildungswesen	68
4.3. Therapeutisches Setting	69
4.3.1. Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung (IFF)	70
4.3.2. Therapien	72
4.4. Pädagogisches Setting	75
4.4.1. Familientlastungsdienst (§22 BHG)	76
4.4.2. Freizeitassistenz (BHG §21a)	78
4.5. Wohnen, Beschäftigung und Geldleistungen	79
<b>Empirischer Teil</b>	<b>81</b>
<b>1. Beschreibung des Forschungsprozesses</b>	<b>82</b>
1.1. Vorüberlegungen zur qualitativen Forschung	82
1.2. Zielsetzung und Fragestellung	83
1.3. Beschreibung der Stichprobe	84
1.4. Erhebungsmethode – das qualitative Interview	87
<b>2. Datenerhebung</b>	<b>89</b>
2.1. Kontaktaufnahme	89
2.2. Durchführung	90
<b>3. Auswertungsverfahren</b>	<b>91</b>
3.1. Transkription	91
3.2. Kategorienbildung	92
3.3. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	93
<b>4. Darstellung der Ergebnisse</b>	<b>98</b>
4.1. Kurzbeschreibung der InterviewteilnehmerInnen (HK1)	98
4.2. Perspektive der Fachkräfte	102
4.2.1. Motivation (HK2)	103
4.2.2. Möglichkeit zu einer Kooperation (HK3)	104
4.2.3. Kooperation mit anderen Leistungsstrukturen (HK4)	109
4.2.4. Kooperation mit den Eltern (HK5)	116

4.2.5.	Teilnahme an einer HelferInnenkonferenz (HK6)	119
4.2.6.	Kompetenzen der KooperationspartnerInnen (HK7).	121
4.2.7.	Ausbildungen (HK8)	123
4.2.8.	Finanzierung von Kooperation (HK9)	124
4.2.9.	Aspekte der Kooperation (HK10)	125
4.2.10.	Anregungen, Erwartungen (HK11)	132
4.3.	<i>Perspektive der Eltern</i>	134
4.3.1.	Kooperation zwischen Eltern und Fachkräften (KH12)	135
4.3.2.	Kooperation zwischen den Fachkräften (HK13)	138
4.3.3.	Teilnahme an einer HelferInnenkonferenz (HK14)	139
4.3.4.	Kompetenzen der KooperationspartnerInnen (HK15)	139
4.3.5.	Ausbildungen (HK16)	142
4.3.6.	Finanzierung von Kooperation (HK17)	143
4.3.7.	Aspekte der Kooperation (HK18)	143
4.3.8.	Anliegen, Erwartungen (HK19)	145
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>147</b>
<b>6.</b>	<b>Beantwortung der Forschungsfragen</b>	<b>151</b>
<b>7.</b>	<b>Resümee</b>	<b>160</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>162</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>172</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>173</b>
	<b>Anhang</b>	<b>174</b>

## **Einleitung**

Die Lebenswelt von Familien mit Angehörigen mit einer Autismus-Spektrum-Störung ist durch unterschiedliche Herausforderungen hinsichtlich der Symptomatik der Erkrankung geprägt. Dazu zählen Beeinträchtigungen in der Kommunikation, des sozialen Verhaltens und der Interaktion sowie Auffälligkeiten hinsichtlich der stereotypischen und repetitiven Interessen. Diese Verhaltensweisen und teilweise reduzierten Fähigkeiten der Kinder beeinflussen einerseits das Familienleben und andererseits die Gestaltung sowie Bewältigung des Alltags (vgl. Jungbauer/Meye 2008, S. 522). Da die Kinder aufgrund ihrer Beeinträchtigungen Schwierigkeiten haben, den Alltag selbst zu bewältigen, und da das Gefahrenbewusstsein gering ausgeprägt ist, benötigen sie eine „non-stop-Betreuung“, die vor allem die Eltern, meistens die Mütter, übernehmen. Die ständige Beobachtung und das hohe Maß an Organisationsleistung verlangen den Eltern Energie und Zeit ab. Dies wirkt sich wiederum auf das familiäre Zusammenleben und auf das Freizeitverhalten aus (vgl. Jungbauer/Meye 2008, S. 525; Pastewka et al. 2011, S. 26). In Anbetracht dessen bedarf es einer individuellen Unterstützung und Begleitung des familiären Systems und der Betroffenen selbst.

Das Unterstützungsnetzwerk umfasst aus systemtheoretischer Perspektive die formalen und familieninternen Ressourcen sowie die informellen und professionellen Dienstleistungsangebote. Aufgrund der Besonderheit der Erkrankung zieht sich das familiäre und formale Hilfsnetzwerk oftmals zurück. Das tertiäre Leistungsangebot wird verstärkt in Anspruch genommen. Es wird damit zu einer bedürfnis- und ressourcenorientierten Unterstützung in der Alltags- und Lebenswelt der Familie. Nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz können mehrere Dienstleistungsangebote parallel genutzt werden, eine Kooperation ist darin nicht verankert. Daher ist es möglich, dass die einzelnen Fachkräfte mit verschiedenen Professionen nebeneinander arbeiten, ohne dabei zu kooperieren.

Diesbezüglich entstanden die folgenden vier erkenntnisleitenden (Haupt-)Forschungsfragen für die vorliegende Arbeit:

- (1) Inwieweit gibt es Kooperationsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Fachkräften innerhalb einer Institution und zwischen den Fachkräften verschiedener Institutionen?
- (2) Inwieweit werden die Eltern in diesen Kooperationsprozess integriert?
- (3) Wie gestaltet sich der Kooperationsprozess der Leistungsstrukturen bei Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung?
- (4) Welche Auswirkungen hat dieser Prozess auf die Familien?

Dabei wurden die Sichtweisen der Personen der verschiedenen Unterstützungsleistungen und die Perspektiven der Eltern berücksichtigt.

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit lässt sich wie folgt darstellen: Der erste Teil widmet sich der theoretischen Auseinandersetzung und befasst sich mit der Autismus-Spektrum-Thematik. Dieses grundlegende Verständnis ist für die weiteren Ausführungen von Bedeutung. Hierbei wird auf die historischen Aspekte der Autismusforschung eingegangen. Zudem werden die Kernbereiche der Störung sowie die epidemiologischen und ätiologischen Aspekte näher betrachtet. Zusätzlich wird einerseits auf das neuropsychologische Modell eingegangen, das versucht, die Verhaltensweisen von betroffenen Personen zu erklären, andererseits wird das entwicklungspsychologische Modell erläutert, das die allgemeinen Richtlinien beschreibt, nach denen abweichende Entwicklungen erkannt werden. Vor diesem Hintergrund werden im Anschluss die alltäglichen Herausforderungen für die Eltern dargestellt.

Das zweite Kapitel wendet sich der Kooperation zu. Nach einführenden Begriffsdefinitionen und -abgrenzungen werden die Perspektiven der Fachkräfte und die notwendigen Kooperationskompetenzen beschrieben. Anschließend wird auf die Sichtweisen der Eltern eingegangen.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen werden in Kapitel 3 des theoretischen Teils ausgeführt. Hier wird auf drei ausgewählte Rechtsformen zurückgegriffen. Dabei werden einzelne Paragraphen, die sich auf die inhaltliche Thematik beziehen, zitiert.

Der nachfolgende Teil befasst sich mit den pädagogischen Grundsätzen. Hier werden die Begrifflichkeiten Normalisierung, Inklusion und Partizipation sowie Empowerment kurz

dargestellt. Sie dienen als Grundlage für die Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigung – im Speziellen für Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung. Anschließend wird auf die verschiedenen Unterstützungsdienstleistungen, die für Familien mit Angehörigen mit einer Behinderung, speziell mit einer Autismus-Spektrum-Störung, zur Verfügung stehen, eingegangen. Da der Fokus hier auf Unterstützungen im außerschulischen Bereich liegt, werden jene des Bildungsbereiches, des Wohnens und der Beschäftigung nur kurz thematisiert.

Der zweite Teil der Arbeit befasst sich mit der empirischen Untersuchung, bei der zunächst der Forschungsprozess sowie das Forschungsdesign mit den jeweiligen Forschungsfragen und die Erhebungsmethode näher erläutert werden. Daraufhin werden die Datenerhebung und das Auswertungsverfahren ausführlich dargestellt. Die anschließende Präsentation der Ergebnisse wird mittels Interviewpassagen untermauert. Den Abschluss bilden die Zusammenfassung der Ergebnisse sowie die Diskussion. Hier werden zentrale Ergebnisse der qualitativen Studie anhand der Forschungsfragen diskutiert.

Das Ziel der Untersuchung besteht darin, herauszufinden, ob und in welcher Weise eine Kooperation zwischen Leistungsstrukturen, die im Steiermärkischen Behindertengesetz verankert sind, stattfindet und welche Faktoren dazu beitragen können, dass eine gelingende Kooperation ermöglicht werden kann. Dabei soll der Stellenwert der Kooperation hervorgehoben werden. Außerdem soll gezeigt werden, dass die Kooperation und die gemeinsame Zielfokussierung zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen sowie ihren Familien führen kann.

# **Theoretische Grundlagen**

## **1. Autismus-Spektrum-Störung (ASS) erkennen und verstehen**

Um den gesellschaftlichen, kulturellen und sozialen Anforderungen sowie Erwartungen in der Gesellschaft zu entsprechen, verfügt jede Person über individuelle, charakteristische Eigenschaften (Dispositionen, Gestalteigenschaften, Verhaltensweisen und Interaktionsmuster). Die Gesamtheit dieser spezifischen Eigenschaften (Traits) kann unter dem Begriff „Persönlichkeit“ zusammengefasst werden. Diese Traits bestimmen das Verhalten der Person (vgl. Asendorpf 2007, S. 5; Fiedler 2007, S. 2; Bölte 2015f, S. 187; Asendorpf 2018, S. 7f.). Eysenck (1953) definiert Persönlichkeit als „die mehr oder weniger stabile und dauerhafte Organisation des Charakters, Temperaments, Intellekts und Körperbaus eines Menschen, die seine einzigartige Anpassung an die Umwelt bestimmt“ (Bölte 2015f, S. 187f.). Aufgrund der verschiedenen wissenschaftlichen Theorien und Paradigmen ist eine einheitliche Definition von „Persönlichkeit“ in der heutigen Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie nicht auffindbar (vgl. Poustka et al. 2011, S. 134; Schriber et al. 2014, S. 114; Asendorpf 2017, o. S.). Zusätzlich wurden im Laufe der Zeit verschiedene Modelle entwickelt, um Persönlichkeit mit ihren spezifischen Eigenschaften zu analysieren und zu kategorisieren (vgl. Poustka et al. 2011, S. 134; Schriber et al. 2015, S. 3). Durch die Erfassung der emotionalen und motivationalen Wesensmerkmale entsteht ein breites, ausgewogenes Bild von der Persönlichkeit der Person (vgl. Poustka et al. 2011, S. 134; Bölte 2015f, S. 188; Schriber et al. 2015, S. 3).

Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung weisen eine Vielzahl von Auffälligkeiten in den Bereichen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und der Verhaltensmuster auf (vgl. Remschmidt/Kamp-Becker 2006, S. 12; Remschmidt et al. 2012, S. 21; Kamp-Becker 2015a, S. 172; Preißmann 2017, S. 17). Das Persönlichkeitsprofil jener Personen ist aufgrund der psychischen Störung durch Eigenschaften gekennzeichnet, welche sich vom Profil von Menschen ohne Autismus-Spektrum-Störung unterscheiden (vgl. Poustka et al. 2011, S. 134; Schriber et al. 2014, S. 114; Zirfas 2014, S. 682). Die Forderung, die Autismus-Spektrum-Störung als eine Persönlichkeitseigenschaft anzuerkennen, wurde abgelehnt. Aufgrund der klinischen Betrachtungsweise von der Störung konnte noch kein glaubwürdiges, geprüftes Konzept für den Normbereich vorgelegt werden. Daher ist eine Gleichsetzung mit einer

normalverteilten Persönlichkeitsdimension nicht möglich (vgl. Widiger 2005, o. S.; Widiger/Samuel 2005, o. S. zit. n. Bölte 2015a, S. 41).

Die Erforschung der Persönlichkeitsmerkmale von Personen mit Autismus-Spektrum-Störung soll aufzeigen, ob während der Entwicklung positive Persönlichkeitsmerkmale – Fähigkeiten und Strategien, die ihnen helfen, sich ihrem sozialen Umfeld anzupassen – erlernt wurden (vgl. Seltzer/Shattuck/Abbeduto/Greenberg 2004, o. S. zit. n. Schriber et al. 2015, S. 10). Gleichzeitig geben Persönlichkeitsstudien von Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung Aufschluss über erlernte Handlungsmöglichkeiten im Bereich der Selbstständigkeit und des Beziehungsaufbaus. Diese Ergebnisse können für die Evaluierung von Therapie- und Behandlungsansätzen, Interventionen und Unterstützungen herangezogen werden (vgl. Schriber et al. 2015, S. 10). Neben der frühzeitigen Erkennung der Erkrankung und der Berücksichtigung der Forschungsergebnisse kann durch eine individuelle Betrachtung der Gesamtsituation (Kind, Familie und Umfeld) für Betroffene eine optimale und spezifische Unterstützung sowie Förderung im alltäglichen Leben ermöglicht werden. Das Ziel liegt darin, Personen mit Autismus-Spektrum-Störung in die Lage zu versetzen, das eigene Potenzial zu erkennen, zu nutzen und Fortschritte in (allen) defizitären Bereichen zu machen, um so diesem Leidensdruck vorzubeugen und eine individuelle Lebensqualität zu ermöglichen, ohne sie jedoch in ihrer Grundstörung zu heilen (vgl. La Brie Norall/Wagner Brust 2012, S. 27; Sommerauer/Sommerauer 2015, S. 347).

### 1.1. Historischer Abriss

Der Begriff Autismus stammt aus dem Griechischen: „autos“ (selbst) und „ismos“ (Zustand, Orientierung). Erstmals wurde der Begriff „autistik“ in den Schriften des Schweizer Psychiaters Eugen Bleuler (1857-1939) erwähnt. Dieses Phänomen wurde den schizophrenen Störungen zugeordnet. Bleuler (1911) beschrieb einen Rückzug der Menschen in sich selbst und die eigene Gedankenwelt. Es wirkte dabei so, als würden sie Abschied von der Außenwelt nehmen (vgl. Leuchte 2015, S. 36; Bölte 2015c, S. 21).

Der frühkindliche Autismus wurde erstmals durch den deutschstämmigen, in den USA tätigen Kinderarzt Leo Kanner (1943) beschrieben. Die von ihm erwähnten Kinder zeigten eine starke Isolation. Kanner fiel das besondere Interesse an der unbelebten Welt,

ihre stark reduzierte Reaktivität auf andere Personen und das empfindsame Verhalten gegenüber Veränderungen in ihrem Tagesablauf und in ihrer Umgebung auf. Er bezeichnete die beobachtete Störung als „frühkindlicher Autismus“ – in Anlehnung an Bleulers Definitionsversuch. Im gleichen Zeitraum beobachtete der Kinderarzt und Psychiater Hans Asperger (1944) hochbegabte Kinder (vgl. Freitag 2008, S. 17; Bölte 2015c, S. 22ff.). Seine Rolle als Pionier der Autismus-Forschung und seine Karriere wurden von den politischen Gegebenheiten des Nationalsozialismus in Österreich geprägt. Lange Zeit galt er – aus eigenen Aussagen – als aktiver Gegner des Nationalsozialismus. In einer aktuellen Studie wird er wegen der Involvierung im Nationalsozialismus und der Ermordung von Kindern im Rahmen der „Euthanasie“ am Spiegelgrund kritisiert (vgl. Czech 2018, S. 8).

Asperger legte seinen Fokus auf die Bereiche der Kommunikation und des Kontaktverhaltens. Er beobachtete eine Verarmung der Mimik und der Gestik, einen merkwürdigen Blickkontakt, eine monotone und kaum intonierte Sprechweise und eine auffällige Motorik. Neben diesen Merkmalen zeigten die Personen Auffälligkeiten im sozialen Verhalten: beispielsweise einen Mangel an Aufmerksamkeit und die Neigung zu Aggressionen. Sie isolierten sich von ihrer Umwelt und hatten wenige Freunde. Asperger beschrieb sie als schwer steuerbar und als schlecht an das Umfeld angepasst. Beide Kinderärzte gingen – unabhängig voneinander – bei der Erkrankung von einer biologischen Ursache aus (vgl. Freitag 2008, S. 17; Bölte 2015c, S. 22ff.). Es wurde auch vermutet, dass es sich um eine Störung in der Mutter-Kind-Interaktion handelt. Diese Annahme wurde später jedoch widerlegt (vgl. Freitag 2008, S. 17; Bölte 2015c, S. 23; Preißmann 2017, S. 18). In den 70er-Jahren erlebte die Forschung um dieses Krankheitsbild einen neuen Aufschwung und es erschienen mehrere Studien (Rutter 1968; Wing 1981) (vgl. Freitag 2008, S. 18). Anhand dieser konnte festgestellt werden, dass alle Störungsausprägungen in den einzelnen Familien auf biologisch-genetische Ursachen zurückzuführen sind und von externen sozialen Faktoren beeinflusst werden (vgl. Freitag/Petermann 2014, S. 2; Grabrucker/Schmeißer 2015, S. 382; Klauck 2015, S. 87; Preißmann 2017, S. 18).

Um die Auffälligkeiten hinsichtlich Verhalten, Denken und Erleben nach Art, Schweregrad, Dauer und Verlauf zu spezifizieren, wird in Europa das

Klassifikationssystem ICD-10<sup>1</sup> und in Nordamerika sowie in der internationalen Forschung der DSM-5<sup>2</sup> verwendet (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 1ff.; Bölte 2015a, S. 34f.). Beide Systeme sind empirisch begründete Klassifikationssysteme, welche professionelles Handeln und Kommunikation standardisieren sollen (vgl. Bölte 2015a, S. 35). Sie generieren kategoriale Diagnosen und beschreiben, wie sich autistische Störungen durch qualitative Beeinträchtigungen bzw. Besonderheiten von nicht autistischen Störungen und von „Normalität“ unterscheiden (vgl. Kamp-Becker 2015b, S. 106). In der Thematik Behinderung werden Normen und Normalität oftmals synonym verwendet, treten aber in unterschiedlichen Formen auf: technische Normen sind z. B. die Anfertigung von normierten Prothesengliedern für mechanistisch codierte Körper- und Bewegungsnormen; soziale Normen fordern die Einhaltung von bestimmten sozialen und kulturellen Gegebenheiten; medizinische Normen unterscheiden zwischen Gesundheit und Krankheit; funktionale Normen rücken die Kriterien der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in den Fokus und statistische Normen orientieren sich an einer Normalverteilung von spezifischen Werten (vgl. Sohn/Mehrtens 1999, o. S. zit. n. Zirfas 2014, S. 680). Ergänzend anzuführen sind die juristischen Normen, die zu den sozialen Normen zählen, wobei Regelverletzungen gesetzlich geahndet werden, und die individuellen Normen, die sich auf das eigene Wohlbefinden beziehen. Aufgrund der psychischen Störung von Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung weicht ihr Verhalten quantitativ und qualitativ von der Norm ab. Diese Normabweichungen führen zu einer Beeinträchtigung der selbstständigen Lebensführung und Lebensqualität. Bei dauerhaften Abweichungen erhöht sich der Leidensdruck für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (vgl. Bölte 2015a, S. 31).

Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung haben eine Reihe von Eigenschaften, in denen Beeinträchtigungen auftreten. Diese werden in drei Kernbereiche, auch Trias genannt, gegliedert. Um ein umfangreicheres Verständnis der Autismus-Spektrum-Störung zu erhalten, wird im folgenden Abschnitt auf die vielfältigen Herausforderungen eingegangen.

---

<sup>1</sup> ICD-10: zehnte Ausgabe der International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 1).

<sup>2</sup> DSM-5: fünfte Ausgabe der Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 1).

## 1.2. Kernbereiche der Autismus-Spektrum-Störung (Trias)

Wing und Gould (1979) gliederten die Verhaltensweisen von Personen mit Autismus-Spektrum-Störung in drei Kernbereiche:

- (1) qualitative Beeinträchtigung in der gegenseitigen sozialen Interaktion;
- (2) qualitative Auffälligkeiten in der Kommunikation;
- (3) wiederholende und stereotypische Verhaltensmuster (vgl. Remschmidt/Kamp-Becker 2006, S. 12; Remschmidt et al. 2012, S. 21; Kamp-Becker 2015a, S. 172; Preißmann 2017, S. 17)

Die Bereiche unterscheiden sich in der Qualität und Ausprägung der Beeinträchtigung (vgl. Noterdaeme 2011, S. 2; Bölte 2015a, S. 33; Kamp-Becker 2015a, S. 172; Preißmann 2017, S. 17).

### 1.2.1. Soziale Fähigkeiten

Die Beeinträchtigung in sozialen Interaktionen zeigt sich durch eine unangemessene Einschätzung sozialer und emotionaler Signale. Dies äußert sich durch eine fehlende Reaktion auf die Emotionen anderer Menschen oder auf die Verhaltensmodulationen in sozialen Kontexten – wie der Tonfall oder die Körpersprache (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 22; Herbrecht/Bölte 2015, S. 333). Jene Personen haben Schwierigkeiten mit Gestik, Blickkontakt, Grußverhalten, sozialer Reziprozität, emotionaler und kognitiver Empathie sowie im Beziehungsaufbau zu Gleichaltrigen. Sie zeigen kaum spontane Freude oder Interesse an anderen Personen (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 22; Bölte 2015a, S. 34; Preißmann 2017, S. 17). Aufgrund dieses Verhaltens werden sie als gefühllos bezeichnet. Diese Annahme ist falsch. Sie verfügen über alle Gefühle, jedoch sind sie im Vergleich zu ihren Mitmenschen über andere Dinge fröhlich oder traurig (vgl. Schmidt 2015, S. 78).

Außerdem haben Betroffene Schwierigkeiten, eine wechselseitige Unterhaltung aufzubauen und aufrechtzuerhalten, auf eingebrachte Themen des Gegenübers einzugehen und flexibel auf Veränderungen während der Interaktion zu reagieren. Des Weiteren stellen das Verständnis für soziale Konventionen und deren Beachtung, wie die

Angemessenheit von Fragen, Themen für Small Talk oder Höflichkeitsfloskeln, große Herausforderungen für sie dar (vgl. Herbrecht/Bölte 2015, S. 333). Da sie diese sozialen Fertigkeiten und Regeln nur mangelhaft beherrschen oder wenig beachten, wird ihr Verhalten oft als unakzeptabel bis aggressiv erlebt (vgl. Renschmidt et al. 2012, S. 22; Bölte 2015a, S. 34; Preißmann 2017, S. 17). Die sprachlichen Defizite und die stereotypischen, repetitiven Verhaltensweisen können mit zunehmendem Alter abnehmen (vgl. McGovern/Sigman 2005, S. 407; Herbrecht/Bölte 2015, S. 333). Diese Entwicklung trifft jedoch auf die sozialen Defizite nicht zu. Durch die höheren Anforderungen des sozialen Umfeldes in der Adoleszenz sowie durch eine verstärkte Wahrnehmung des eigenen sozialen Auftretens kann diese Problematik noch verstärkt werden (vgl. Girsberger 2014, S. 91; Herbrecht/Bölte 2015, S. 333).

### 1.2.2. Spielentwicklung

Die Spielentwicklung ist eng an die kognitive Entwicklung geknüpft. Das Spielverhalten durchläuft vier Entwicklungsstufen: sensomotorisches Spiel (dritter bis vierter Monat), kombinatorisches Spiel (ca. zwölfter Monat), funktionelles Spiel (ca. 14. Monat) und symbolisches Spiel (20. Monat) (vgl. Freitag 2008, S. 39). Wissenschaftliche Studien zeigen auf, dass sich die Spielentwicklung von neurotypischen Kindern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung hinsichtlich der Dauer, der Art und des Verhaltens differenziert (vgl. Sommerauer/Sommerauer 2015, S. 347; Freitag 2008, S. 39).

Bezugnehmend auf das sensorische Spiel wurden in der Dauer keine Einschränkungen festgestellt. Die Art war hingegen sehr früh eingeschränkt (vgl. Williams 2003, o. S. zit. n. Freitag 2008, S. 39). Die Spielart wird oftmals funktionell, rigide und kaum abwechslungsreich gestaltet. Das Interesse liegt am Lecken oder Riechen des Spielzeugs, am Drehen der Räder, am Drücken der Knöpfe, am Sortieren der Spielsachen nach Farbe, Größe oder bestimmten Mustern etc. (vgl. Noterdaeme/Amorosa 2002, S. 154; Sommerauer/Sommerauer 2015, S. 347f.). Im funktionellen (Frei-)Spiel unterscheidet sich das Spielverhalten von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung in der Dauer und in einem qualitativ anderen funktionellen Spielverhalten. In vielen Fällen zeigen sie eine Vorliebe für bestimmte Spielzeuge. Zudem ist das (Frei-)Spiel weniger komplex. Auch während des symbolischen Spiels zeigen diese Kinder typische Eigenheiten. Puppen und

Stofftiere werden nur eingeschränkt verwendet und es fehlt die Referenz zu nicht vorhandenen Objekten. Dies ist der Grund, warum Kinder keine neuen Gegenstände/Personen während des Spiels erfinden oder/und den Gegenständen keine neuen Eigenschaften geben. Durch Anleitung können die Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung ein ähnliches funktionelles Spiel spielen wie Kinder mit dem gleichen Entwicklungsstand. Erst durch den Erwerb dieser Fähigkeiten ist die Entwicklung eines Symbolspiels möglich (vgl. Freitag 2008, S. 40). Das Symbolspiel ist bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung weniger ausgeprägt. Die fehlenden Fähigkeiten, eine gemeinsame Aufmerksamkeit (joint attention) herzustellen, die nicht sprachlich-kognitiven Fähigkeiten und das Niveau von expressiver Sprache beeinflussen die Entwicklung des symbolischen Spiels (vgl. Stanley/Konstantareas 2006, o. S.; Rutherford et al. 2007, o. S. zit. n. ebd., S. 41).

Auch das Gewinnen an sich ist für viele Personen mit Autismus-Spektrum-Störung kein erstrebenswertes Ziel, da die rein auf sozial geprägte positive Konsequenz häufig nicht als belohnend empfunden wird. Deswegen sind Gesellschafts-, Brett- oder Gewinnspiele, aber auch Gruppen- oder Sportspiele für sie uninteressant. Solche Gemeinschaftsspiele erfordern ein soziales Interesse, teilweise auch Nähe und soziale Flexibilität. Dies stellt eine große Herausforderung für die betroffenen Personen dar und kann leicht zu einer Überforderung führen. Spiele, die kognitiv-systematisches Denken verlangen – wie Denk- und Strategiespiele –, werden als belohnend wahrgenommen, da das Finden von Lösungsstrategien eine hohe extrinsische Motivation für jene Personen bedeutet (vgl. Sommerauer/Sommerauer 2015, S. 348).

### 1.2.3. Sprachliche Entwicklung

Die Beeinträchtigung in der Kommunikation impliziert Auffälligkeiten der Sprache und des Sprechens. Viele Personen mit Autismus-Spektrum-Störung entwickeln keine oder nur teilweise eine passive bzw. aktive Sprache (vgl. Bölte 2015a, S. 34). Jenen Personen, die die Sprache an sich beherrschen, fehlt der soziale Gebrauch der vorhandenen sprachlichen Fertigkeiten: Neben dem Ausbleiben der Gegenseitigkeit im Gesprächsaustausch kann es eine geringe Flexibilität des Sprachausdrucks geben. Ein Mangel an Kreativität und Fantasie im Denkprozess zeigt sich unter anderem im

fantasievollen, kindlichen Spiel, wenn z. B. kein „So tun als ob“-Spiel oder kein sozial imitierendes Spiel auftritt (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 22). Erschwerend kommt hinzu, dass die Sprache wörtlich aufgefasst wird. Daher werden Ironie, Zynismus und Sprichwörter nicht gut verstanden (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 22; Bölte 2015c, S. 24; Preißmann 2017, S. 17).

Studien ergaben, dass – neben einer deutlichen Sprachentwicklungsverzögerung – etwa ein Drittel der Kinder mit niedrigem Niveau (frühkindlichem Autismus) oftmals über einen kleinen Wortschatz, eine unverständliche Sprache oder keine aktive Sprache verfügt (vgl. Poustka et al. 2012, S. 82). Des Weiteren neigt etwa die Hälfte der nicht sprechenden oder stark sprachentwicklungsverzögerten Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung zu Wortneubildungen und/oder zu Echolalie (vgl. Remschmidt 2012, S. 49). Echolalie wird meist kommunikativ eingesetzt, um an Gesprächen teilzunehmen oder um etwas mitzuteilen. Bei Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten erfolgt ein Rückgang dieser Echolalie (vgl. Freitag 2008, S. 47). Bei Kindern mit höherem Niveau (Asperger-Syndrom) fehlt die verzögerte Sprachentwicklung. Das Erlernen der Sprache findet sehr früh statt und sie können sich ungewöhnlich gut ausdrücken. Auffallend in der Kommunikation sind die Mimik, die Intonation (Nachsprechen von Wörtern oder Lauten), das Gesprochene (sie reden, wann sie wollen), die Spontanrede (das Erzählte ist nicht an den/die ZuhörerIn angepasst), die Fragestellung, die Kommunikationsherstellung und das Führen von Selbstgesprächen (vgl. Remschmidt 2012, S. 49). Eine weitere Kennzeichnung der Beeinträchtigung ist das späte Einstellen des Fragealters, die stereotypischen Fragen und das „vorhandene Wissen“ der Antwort, wenn sie zuvor eine Frage gestellt haben. Außerdem sprechen sie von sich in der dritten Person und lernen erst spät, sich selbst mit „ich“ zu bezeichnen (vgl. Remschmidt 2012, S. 18).

Im Bereich der nonverbalen Kommunikation zeigen die Betroffenen einen geringen Einsatz von Gesten – wie das Winken, das Kopfschütteln oder -nicken, sowie das Zeigen auf Gegenstände (vgl. Noterdaeme/Amorosa 2002, S. 154). Dieser eingeschränkte Einsatz von symbolischen und emotionalen Gesten tritt auch noch im Erwachsenenalter auf (vgl. Osterling et al. 2002, o. S. zit. n. Freitag 2008, S. 45). Bis dato konnten die Probleme der Sprachentwicklung von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung noch

nicht gänzlich erfasst werden, jedoch wurde festgestellt, dass eine Förderung der geteilten Aufmerksamkeit und der Eigeninitiative Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung bei der Sprachentwicklung unterstützt (vgl. Freitag 2008, S. 44ff.).

#### 1.2.4. Kognitive Entwicklung

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störung weisen differente kognitive Fähigkeiten auf. Um diese richtig einzuschätzen, werden standardisierte Intelligenztests durchgeführt. Diese Ergebnisse werden für die Therapieplanung sowie für die Therapiedurchführung verwendet, sodass eine Über- und Unterforderung vermieden wird. Wenige Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung verfügen über spezielle kognitive Fähigkeiten (z. B. hervorragende musikalische Leistungen, zeichnerische oder rechnerische Fähigkeiten, Detailwissen etc.). Dieses Wissen bezieht sich nur auf das jeweilige Spezialgebiet und kann nicht auf andere kognitive Bereiche oder adaptive Fähigkeiten im Alltag übertragen werden. Es fällt ihnen schwer, das Gesamtbild zu erfassen. Dies kann mit der Theorie der schwachen zentralen Kohärenz (siehe Kapitel 1.7.3) beschrieben werden. Außerdem fehlt ihnen die kognitive Flexibilität, die zum Lösen von problembezogenen Aufgaben nötig ist. Dies wird durch die Theorie der eingeschränkten exekutiven Funktion (siehe Kapitel 1.7.2) erklärbar (vgl. ebd., S. 47ff.).

#### 1.2.5. Stereotypes und repetitives Verhalten

Die wiederholenden und stereotypischen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten prägen einen großen Teil der alltäglichen Aufgaben und der (neuen) Beschäftigungen. Zu den besonderen Merkmalen dieser Verhaltensmuster gehören die ungewöhnlichen Inhalte und Schwerpunkte ihrer Interessen – wie z. B. Zugfahrpläne, technische Artikel etc. – sowie die motorischen Auffälligkeiten bzw. die ungewöhnlichen wiederkehrenden Bewegungen (vgl. Preißmann 2017, S. 17).

Das Forschungsteam um Teitelbaum (2004) zeigte auf, dass betroffene Kinder schon früh motorische Defizite aufweisen können (vgl. Freitag 2008, S. 42). Motorische Fähigkeiten beeinflussen das alltägliche Leben. Manche Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung fallen wegen vorhandener Gewichtsprobleme oder wegen ihrer eingeschränkten

motorischen Flexibilität auf. Sie haben Schwierigkeiten beim Ballspiel und beim Folgen des Spielablaufs eines anderen Kindes. Einfache motorische Aufgaben oder Spiele sowie die statische und dynamische Balance stellen für die Kinder Herausforderungen dar. Die fehlenden feinmotorischen Fähigkeiten machen sich in reduzierter sensomotorischer Exploration im frühen Kindesalter oder später beim Erwerb von Lesen und Schreiben bemerkbar (vgl. ebd., S. 42).

Neben der routinierten und starren Ausführung von Tätigkeiten gehören ungewöhnliche Bewegungen – wie z. B. das Jaktieren (das Schaukeln des Oberkörpers), das Flattern, Erstarrungen, Hand- und Fingermanierismen, das Verdrehen des Körpers oder die Beschäftigung mit Teilobjekten oder nichtfunktionalen Elementen des Spielmaterials wie z. B. der Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit etc. – zu den Kriterien (vgl. Bölte 2015a, S. 34; Preißmann 2017, S. 17).

Ergänzend ist festzuhalten, dass die Kernbereiche zeitlich stabil sind, in ihrem Ausprägungsgrad variieren und in allen Lebenssituationen auftreten. Sie sind unabhängig vom intellektuellen Niveau, Geschlecht, Alter sowie von den kognitiven, verbalen, motorischen, sozialen und adaptiven Fähigkeiten der betroffenen Person (vgl. Remschmidt/Kamp-Becker 2006, S. 12; Kamp-Becker/Bölte 2011, S. 8; Bölte 2015a, S. 34).

### 1.3. Formen der Autismus-Spektrum-Störung

Autistische Verhaltensweisen werden (noch) als „tiefgreifende Entwicklungsstörungen (TE)“ bezeichnet. Dieses Konzept wird noch in der ICD-10 und im DSM-IV-TR als Oberbegriff für die Autismus-Spektrum-Störung verwendet. Der Begriff „tiefgreifend“ zeigt an, dass es sich „oft um eine schwere, überdauernde, viele Verhaltensbereiche betreffende, Problematik handelt, die Folge einer devianten, nicht nur verzögerten Entwicklung ist“ (Bölte 2015a, S. 36). Die Kategorie der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen umfasst eine Vielzahl an Ausprägungsgraden und wird in Subgruppen eingeteilt. Die schwerste Form, der frühkindliche Autismus, setzt sich aus Low-functioning-Autismus und High-functioning-Autismus zusammen. Dem folgen der atypische Autismus und die leichte Form: das Asperger-Syndrom (vgl. Freitag 2008, S. 18; Remschmidt et al. 2012, S. 21ff.; Bölte 2015a, S. 36; Kamp-Becker 2015a, S. 172).

## **F84. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen**

### **F84.0 Frühkindlicher Autismus**

Der frühkindliche Autismus, der auch als Kanner-Syndrom, als autistische Störung, als frühkindliche Psychose oder als infantiler Autismus bekannt ist, weist eine gestörte Funktionsfähigkeit mit mindestens sechs Symptomen aus den drei psychopathologischen Kernbereichen (siehe Kapitel 1.2) auf. Die Störung muss vor dem dritten Lebensjahr auftreten und darf keiner anderen Störung zugeordnet werden (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 21f.; Bölte 2015a, S. 36f.). Der frühkindliche Autismus wird in zwei Subbereiche unterteilt. Im Bereich des Low-functioning-Autismus haben Personen nur geringe sprachliche Fähigkeiten und weisen eine Intelligenzminderung auf. Im Bereich des High-functioning-Autismus oder auch hochfunktionalen Autismus weisen Personen keine Intelligenzminderung auf. Ihre verbalen Fähigkeiten sind gut ausgebildet (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2011, S. 16).

### **F84.1 Atypischer Autismus**

Der atypische Autismus unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus durch das Alter bei Störungsbeginn. Die Entwicklungsbeeinträchtigung ist erst nach dem dritten Lebensjahr deutlich erkennbar, wobei einer der Kernbereiche unauffällig bleibt (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 24f.).

### **F.84.5 Asperger-Syndrom**

Die Kennzeichnung des Asperger-Syndroms ist die qualitative Beeinträchtigung der drei Kernbereiche. Jene Personen weisen keine allgemeine Entwicklungsverzögerung oder einen sprachlichen Entwicklungsrückstand auf (vgl. Noterdaeme 2011, S. 3; Remschmidt et al. 2012, S. 31). Die diagnostische Voraussetzung lautet, dass Personen mit dem Asperger-Syndrom eine normale Sprachentwicklung oder eine normale kognitive Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren haben (vgl. Remschmidt et al. 2012, S. 21; Bölte 2015a, S. 36f.).

### **F84.9 Tiefgreifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet**

Die nicht näher bezeichneten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen werden ähnlich diagnostiziert, aber vage definiert. Diese Diagnose wird gestellt, wenn eine Auffälligkeit

der sozialen Interaktion vorliegt und ein Kriterium der zwei anderen Trias erfüllt ist (vgl. Bölte 2015a, S. 37).

Mittlerweile wird bei der Diagnosestellung die Abgrenzung der Subtypen untereinander nicht als sinnvoll gesehen. Außerdem konnten diese weder in empirischen Studien noch in der klinischen Praxis verifiziert werden (vgl. Kamp-Becker 2015c, S. 46). Daher wurden die einzelnen Bezeichnungen zu einem Begriff zusammengefasst: die Autismus-Spektrum-Störung. Kritik hinsichtlich der Bezeichnung Autismus-Spektrum-Störung kommt von Theunissen und Paetz. Sie bemängeln die Implikation einer Defizitorientierung: Autismus ist an sich schon eine psychische Störung. Daher empfehlen die Autoren, von einem Autismus-Spektrum auszugehen. Hier wird Autismus als Behinderungsgrad mit vielfältigen Ausprägungsvariationen verstanden (vgl. Theunissen/Paetz 2015, S. 41).

*„Alle einem Autismus-Spektrum (autism spectrum) zugehörigen Personen teilen [...] eine Reihe von gemeinsamen Eigenschaften, die in ihrer Ausprägung aber unterschiedlich und somit individuell zu betrachten sind. Ein Autismus-Spektrum beschreibt folglich eine Vielfalt, welche vor allem die Individualität der unter diesem Begriff vereinten Personengruppe reflektiert“ (Theunissen/Paetz 2011, S. 45 zit. n. Theunissen/Paetz 2015, S. 41f.).*

In der Literatur und in den wissenschaftlichen Forschungen hat sich gegenwärtig zur Beschreibung der Erkrankung der Begriff „Autismus-Spektrum-Störung“ durchgesetzt (vgl. Schirmer 2006, S. 29; Bölte 2015a, S. 36). Dieser wird in der vorliegenden Arbeit verwendet.

Entscheidend für eine spezifische Behandlung ist die Abgrenzung der Erkrankung von anderen Krankheitsbildern (vgl. Bölte 2015a, S. 37; Noterdaeme 2015a, S. 55). Neben diesen qualitativen Einschränkungen in den Kernbereichen können Kinder, Jugendliche und Erwachsene differente Begleitsymptome aufweisen.

#### 1.4. Differenzialdiagnostik und Komorbidität

Alle Symptome der Kernbereiche können in vergleichbarer Form bei anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern vorliegen oder auch als komorbide Störung auftreten. Die Aufgabe der klinischen Forschung ist die Abgrenzung zu diesen (vgl. Riedel 2015, S. 103).

Im Bereich der **Differenzialdiagnostik** sind sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter unterschiedliche Erkrankungen zu beachten und zu differenzieren (vgl. ebd., S. 103). Zu den vielfältigen Differenzialdiagnosen im Kindesalter zählen Mutismus, Bindungsstörungen, Hospitalismus, Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen im Bereich der Sprache. Kinder mit Sprach- oder Bindungsstörungen und/oder deprivierte Kinder weisen zwar autismusähnliche Verhaltensmuster auf, jedoch zeigen sie stärkere Versuche, dieses Verhalten zu kompensieren. Neben ihren kommunikativen Fertigkeiten verbessern sich auch ihre sozialen Fähigkeiten. Im Jugend- und Erwachsenenalter kommen Zwangserkrankungen, soziale Phobien, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis als Differenzialerkrankung infrage (vgl. Noterdaeme 2015a, S. 55ff.; Riedel 2015, S. 103). Hier ist zu beachten, dass Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung wie Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung ein auffälliges biografisches Verhalten zeigen, aber erstere besitzen bessere alltagspraktische Fähigkeiten (vgl. Bölte/Poustka 2013, S. 556f.).

Die **Komorbidität** oder auch Begleiterkrankung bezeichnet das gleichzeitige Vorkommen unterschiedlicher, voneinander abgrenzbarer Erkrankungen bei einer Person. Bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung kann neben den Kernsymptomen (siehe Kapitel 1.2) eine Vielfalt an unterschiedlichen Begleiterkrankungen auftreten. Dazu zählen psychiatrische Symptome (z. B. motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsprobleme, aggressives und autoaggressives Verhalten, Angststörungen, depressive Verstimmung) und neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie), chromosomale/genetische Erkrankungen (z. B. Tuberöse Hirnsklerose, Fragile-X-Syndrom, Smith-Lemli-Opitz-Syndrom u. a.) oder metabole Erkrankungen

(Stoffwechselerkrankungen) (vgl. Noterdaeme 2015a, S. 46ff.). Im Folgenden wird auf die wichtigsten und häufigsten psychiatrischen Symptome eingegangen.

Die **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung** ist in der DSM-5 als komorbide Diagnose zugelassen und gehört zu den wichtigsten sowie häufigsten komorbiden Störungen. Kernsymptome sind unaufmerksames Verhalten, motorische Unruhe sowie Impulskontrollstörungen. Bei einer ausgeprägten Symptomatik führt dies zu Problemen in der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen und Erwachsenen (vgl. Freitag/Petermann 2014, S. 2).

Das **oppositionelle und aggressive Verhalten** wird häufig bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung beobachtet, die eine Intelligenzminderung und ein Sprachdefizit haben (vgl. Noterdaeme 2015a, S. 48f.). Die Ursachen, die dieses Verhalten auslösen, können verschieden sein und situativen Einflüssen sowie Umwelteinflüssen unterliegen (vgl. Remschmidt 2012, S. 96). Veränderungen von Handlungsrouinen oder der persönlichen Umgebung können zu autoaggressivem Verhalten sowie Widerstand führen und sich gegen die Integrität der eigenen Person richten (vgl. Noterdaeme 2015a, S. 49f.). „Common triggers for behavioral issues involved changes to routines“ (Fong et al. 1993, o. S.; Ludlow et al. 2011, o. S.; Marquenie et al. 2011, o. S. zit. n. DePape/Lindsay 2015, S. 574). Selbstverletzendes Verhalten äußert sich in unterschiedlichen Formen – vom Kopfschlagen, einem sich selbst Beißen und Kratzen bis hin zu schweren und schwersten Verletzungen (vgl. Remschmidt 2012, S. 96f.). Auch das Essen von ungenießbaren Substanzen (Pica) ist eine Form von autoaggressivem Verhalten (vgl. Noterdaeme 2015a, S. 49f.).

**Depressive Störungen** nehmen vor allem in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter eine bedeutende Komorbidität ein. Durch die Identitätsentwicklung und den Vergleich mit anderen Jugendlichen entsteht bei Jugendlichen mit Asperger-Syndrom ein Bewusstwerden der Andersartigkeit, während gleichzeitig der Wunsch nach sozialen Kontakten entsteht. Der hier entstandene Konflikt führt oftmals zu depressivem Verhalten (vgl. Noterdaeme 2015a, S. 50). Der Leidensdruck der Personen zeigt sich in körperlichen Symptomen – darunter fallen Appetit- und Gewichtsverlust, Müdigkeit, Antriebsarmut sowie vegetative Beschwerden (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen). Zu den

emotionalen Symptomen gehören eine traurige Grundstimmung, ein ausgeprägter Interessenverlust, Angst und Irritierbarkeit sowie deutliche Stimmungsschwankungen. Der dritte Bereich beschreibt die kognitiven Symptome. Zu diesen zählen Denkhemmungen und Grübeln, Konzentrationsstörungen, Insuffizienzgefühle oder Suizidgedanken sowie Verarmungs- und Versündigungsideen (vgl. Remschmidt 2012, S. 95f.).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine diagnostische Abgrenzung der verschiedenen „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ durch die Überlappung anderer Leitsymptome erschwert werden kann (vgl. Remschmidt 2008, S. 27; Bölte/Poustka 2013, S. 556). Für die Erstellung eines personenzentrierten Therapie- und Behandlungsplans ist jene Diagnose zu wählen, die am besten die Gesamtproblematik der Personen erfasst (vgl. Noterdaeme 2015b, S. 234).

Der nächste Abschnitt beleuchtet die Häufigkeitsbestimmung (Epidemiologie) und die Ursachenforschung (Ätiologie). Diese beiden Bereiche sind Schwerpunkte in der medizinischen Forschung (vgl. Kulig/Leuchte 2015, S. 144f.).

### 1.5. Epidemiologie

Obwohl das Syndrom bereits in den Jahren 1943/1944 beschrieben worden war, gab es lange Zeit wenige Studien zur Epidemiologie der Störung. ForscherInnen waren bisher hauptsächlich am klinischen Bild interessiert, daher zählte sie bis vor einigen Jahren zu den seltenen Störungen (vgl. Remschmidt/Kamp-Becker 2006, S. 26). Die Aufnahme in die Diagnostik (ICD und DSM) in den Anfängen der 90er-Jahre weckte das internationale Interesse an der epidemiologischen Erforschung der Prävalenz (Anzahl der erkrankten Personen in einer bestimmten Grundgesamtheit) und der Inzidenz (Anzahl der Neuerkrankungen) (vgl. Remschmidt/Kamp-Becker 2006, S. 26; Bölte 2015d, S. 65f.). Da die Kernsymptome und die Prävalenz bei der europäischen (England, Schweden und Frankreich) und der nordamerikanischen Bevölkerung ähnlich sind, werden oftmals Daten aus diesen Ländern zur Analyse herangezogen (vgl. Kim et al. 2011, S. 904; Bölte 2015d, S. 66).

Aus den neueren epidemiologischen Studien ist ein Anstieg der Prävalenzzahlen zu verzeichnen. Studien (Baird et al. 2006; Williams et al. 2007, 2008) geben eine Prävalenz von ca. 60-100/10.000 Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung an. Die Prävalenz des frühkindlichen Autismus liegt bei 10-40/10.000 Kindern, bei Asperger-Syndrom liegt die Prävalenz bei ca. 2/10.000 Kindern. International publizierte Studien weisen darauf hin, dass die Prävalenzzahlen in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Sie zeigen eine Überrepräsentation der Jungen, mit einem gemittelten Verhältnis von 4:1 gegenüber Mädchen, auf (vgl. Freitag 2008, S. 22; Bölte 2015d, S. 69). Es bleibt offen, ob der Anstieg der Prävalenz in den letzten Jahren auf die besseren diagnostischen Möglichkeiten, die medizinisch-therapeutische Aufmerksamkeit und Sensibilisierung, den Informationsfluss der Eltern und BetreuerInnen oder auf eine tatsächliche Zunahme zurückzuführen ist (vgl. Beyer 2015, S. 122ff.).

#### 1.6. Ätiologie

Der aktuelle Stand der Forschung<sup>3</sup> zeigt, dass die Autismus-Spektrum-Störung das Resultat eines Zusammenspiels mehrerer Faktoren ist. Sie basiert auf einer biologisch-genetischen Grundlage und wird von externen sozialen Faktoren beeinflusst (vgl. Freitag/Petermann 2014, S. 2; Grabrucker/Schmeißer 2015, S. 382; Klauck 2015, S. 87; Preißmann 2017, S. 18). Neben den einzelnen Genmutationen sowie den Kombinationen verschiedener Genmutationen können auch genetische Prädispositionen in Verbindung mit dem Auftreten bestimmter Umweltfaktoren (z. B. Toxine, Alter der Eltern, Ernährungsweise der Mutter, Infektionen während der Schwangerschaft, Frühgeburt etc.) für die Entstehung von Autismus verantwortlich gemacht werden. Auf die Darstellung von weiteren Schlüsselbegriffen zu den biologisch-genetischen Ursachen der Autismus-Spektrum-Störung und auf die jeweiligen Risikofaktoren wird hier nicht eingegangen<sup>4</sup>.

Die dazugehörigen Gene konnten bislang noch nicht identifiziert werden (vgl. Grabrucker/Schmeißer 2015, S. 391). Weitere Forschungen werden künftig exaktere

---

<sup>3</sup> Zwillingsstudien, Kopplungsstudien, genomweite Assoziationsstudien und Kandidatenstudien (vgl. Klauck 2015, S. 87); Zwillings- und Familienstudien (vgl. Freitag 2008, S. 24).

<sup>4</sup> Dazu können folgende Bücher empfohlen werden: Bölte, Seven (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektive. Bern 2015; Theunissen, Georg et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart 2015.

Ergebnisse erzielen. Für Eltern und Bezugspersonen ist es wichtig, zu erfahren, dass das Auftreten der Störung nicht auf etwaige (Erziehungs-)Fehler zurückzuführen ist. Zudem hat das Verhalten nichts mit Unvermögen oder schlechtem Benehmen zu tun. Dies wurde durch die Einführung der Diagnostik und durch verschiedene Studien bestätigt (vgl. Freitag/Petermann 2014, S. 2; Preißmann 2017, S. 19).

Seit den letzten zwei Jahrzehnten erforscht die Wissenschaft außerdem den neuropsychologischen Charakter der Autismus-Spektrum-Störung. Dabei wurden strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen gefunden, welche die Funktionen in den Bereichen der Aufmerksamkeit, Exekutivfunktion, Affektregulierung und des Gedächtnisses betreffen (vgl. Hartje/Poeck, 2002, o. S. zit. n. Dziobek/Bölte 2015, S. 131; Preißmann 2017, S. 18f.).

## 1.7. Neuropsychologisches Modell

Neuropsychologische Modelle versuchen, typische Verhaltensweisen, kognitive Fähigkeiten und spezielle Intelligenzprofile von Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zu erklären. Ende des 20. Jahrhunderts (1980-1990) gingen WissenschaftlerInnen davon aus, dass die Erklärung aller Einschränkungen von Betroffenen durch ein einziges neuropsychologisches Modell möglich ist. Dies konnte jedoch nicht bestätigt werden. Aktuelle Studien gehen davon aus, dass mehrere neuropsychologische Einschränkungen nebeneinander bestehen können. Es ist ferner möglich, dass sich die einzelnen Aspekte gegenseitig bedingen, während andere wiederum unabhängig voneinander bestehen. Das Ziel von neuropsychologischen Modellen ist im Zusammenhang mit dem therapeutischen Bemühen zu sehen: Das Verständnis für die Betroffenen soll erhöht und die kognitiven Fähigkeiten sollen durch Training gestärkt werden (vgl. Freitag 2008, S. 51).

### 1.7.1. Imitationsfähigkeit

Bei gesunden Säuglingen werden spätestens ab dem fünften Monat bekannte Verhaltensweisen aus der Umgebung imitiert. Im Alter von zwölf bis 18 Monaten können diese neuen Bewegungen und Verhaltensweisen spontan nachgemacht werden. Bei Kindern sowie bei Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung wurden – unabhängig

von der Intelligenzentwicklung – spezifische Schwierigkeiten bei der Imitation gefunden. Diese bezogen sich auf Handlungen mit Gegenständen sowie auf unbedeutende Gesten und Verhaltensweisen (vgl. Freitag et al. 2006, S. 288; Sinzig 2015, S. 676). Aktuell gibt es wenige Studien über die Rolle des Imitationsdefizites in der Entwicklung von Personen mit Autismus-Spektrum-Störung. Es ist aber bekannt, dass Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Imitationsdefizite das Verhalten nicht nachahmen können. Daher lernen sie nicht, wie sie angemessen auf Ereignisse reagieren und sich verhalten bzw. wie sie mit Situationen umgehen sollen. Gesunde Kinder lernen durch die Imitation des Verhaltens automatisch, während Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung beim Erlernen von Handlungssequenzen und in sozialen Interaktionsprozessen spezifische Unterstützung benötigen (vgl. Freitag 2008, S. 52).

### 1.7.2. Exekutive Funktion

Die exekutive Funktion ist ein Sammelbegriff für die Grundlage kognitiver, emotionaler und sozialer Leistungen, die eine unmittelbare Wichtigkeit bei der Alltagsbewältigung haben (vgl. Vogeley 2015, S. 133). Zu den typischen Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten bei Personen mit Autismus-Spektrum-Störung gehören die zielorientierte Planung, die Organisation sowie die Strukturierung und Entwicklung von Strategien zur Problemlösung. Gleichzeitig gibt es Überschneidungen in den Bereichen der Aufmerksamkeit, des Denkens und der Problemlösung (vgl. Fisher/Happé 2005, S. 757). Hinzu kommen Schwierigkeiten beim Beginn und bei der Beendigung von Aufgaben sowie das Fehlen von Flexibilität, die bei der Bearbeitung einer bestimmten Aufgabe benötigt wird (vgl. Sinzig 2015, S. 676; Vogeley 2015, S. 133). Smith und Jonides (1999) sehen Probleme der exekutiven Funktionen bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung in folgenden Bereichen: Aufmerksamkeit, Inhibition und Impulskontrolle, Ablauforganisation komplexer Handlungen, Planung der Einzelschritte zur Zielerreichung, Überwachung (Monitoring) und gegebenenfalls Aktualisierung von Einzelleistungen und Kodierung der einzelnen Schritte im Rahmen des Arbeitsgedächtnisses (vgl. Vogeley 2015, S. 133).

### 1.7.3. Schwache zentrale Kohärenz

Die Theorie der zentralen Kohärenz erklärt den detailfokussierten, lokalen Denkstil von Personen mit Autismus-Spektrum-Störung. Die Informationen können nicht kontextgebunden verarbeitet und in ihrer Bedeutung erfasst werden. Die Eindrücke von sozialen Situationen (Gesichter bzw. Gefühle in Gesichtern) können nicht im Kontext wahrgenommen werden (vgl. Sinzig 2015, S. 676; Dziobek/Bölte 2015, S. 143). Sie können einen Text schnell lesen und ihn perfekt auf Fehler überprüfen, jedoch haben sie Schwierigkeiten, den Inhalt zu verstehen (vgl. Dziobek/Bölte 2015, S. 143).

WissenschaftlerInnen (Plaisted et al. 1999; Lopez/Leekam 2003; Iarocci et al. 2006) kritisieren die Theorie der zentralen Kohärenz, weil sie ein globales Wahrnehmungsdefizit voraussetzt, welches in dieser Form nicht gültig ist. Anhand von verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass es Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung möglich ist, Informationen ganzheitlich und global zu verarbeiten – vor allem dann, wenn sie explizit dazu aufgefordert werden (vgl. ebd., S. 144).

### 1.7.4. Theory of Mind

Viele der sozialen und kommunikativen Herausforderungen lassen sich durch die Theory of Mind (ToM) erklären. Sie umschreibt die wesentliche Fähigkeit, eigene emotionale Bedürfnisse zu erkennen sowie Gefühle, Gedanken und Absichten von anderen Personen wahrzunehmen, zu erklären, sich in diese hineinzusetzen und dementsprechende Handlungen vorherzusagen (vgl. Sinzig 2015, S. 676). Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung haben nicht nur Schwierigkeiten in sozialer Kognition, sondern zeigen auch Beeinträchtigungen bei der Verarbeitung von Affekten. Anhand von mehreren Studien (Hobson 1984, 1986a, 1986b, 1989; Baron-Cohen/Leslie/Frith 1985,1986) konnte nachgewiesen werden, dass sie hinsichtlich der beschriebenen Mängel Emotionen, Gedanken und Absichten weder sich selbst noch anderen zuschreiben können (vgl. Remschmidt 2012, S. 35ff.; Dziobek/Bölte 2015, S. 131). Dies begründet das Unverständnis, metaphorische Bedeutungen (Witze, Ironie) wahrzunehmen, und die eingeschränkte Fähigkeit, fiktive Spiele auszuüben (vgl. Sinzig 2015, S. 676).

Um eine Förderung der ToM-Fähigkeiten zu ermöglichen, ist es zuerst notwendig, die Unterscheidung von eigenen und fremden Handlungen, die Gefühlszustände und Wünsche, die gemeinsame Aufmerksamkeit, die Sprachentwicklung und die exekutive Funktion, angepasst an das Entwicklungsalter, zu trainieren (vgl. Fisher/Happé 2005, S. 758.).

#### 1.8. Entwicklungsspezifische Aspekte

Die Entwicklungspsychologie beschreibt durchschnittliche Entwicklungsschritte, die ein Kind, ein Jugendlicher und ein Erwachsener vollziehen. Anhand dieser allgemeinen Richtlinie können abweichende Entwicklungen erkannt und definiert werden. Jene Methoden, die das beobachtete Verhalten oder die Fähigkeiten zu beschreiben und zu erklären versuchen, sind für die Therapieplanung wichtig (vgl. Freitag 2008, S. 33).

In der frühen Kindheit und im Kindesalter findet eine intensive Entwicklung statt und die meisten Angaben über den Beginn von Auffälligkeiten stammen auch aus diesem Zeitraum (vgl. Remschmidt 2012, S. 27; Bölte 2015b, S. 76). Manche Eltern beschreiben die Betreuung ihrer Kinder als „pflegeleicht“, andere wiederum erleben diese Zeit als sehr schwierig (vgl. Bölte 2015b, S. 77). Mehrere AutorInnen (Midence/O’Neill 1999; Hutton/Caron 2005; Altieri/von Kluge 2009; Desai et al. 2012; Ryan/Salisbury 2012) berichteten, dass sich die Eltern um eine altersgerechte Entwicklung ihres Kindes sorgten und nach Antworten suchten: „Parents began searching for answers after recognizing that something was developmentally wrong with their child“ (DePape/Lindsay 2015, S. 572f.). Es gaben ca. 20 % der Eltern an, dass sich ihr Kind im ersten Lebensjahr normal entwickelte und dass erst im zweiten Lebensjahr Auffälligkeiten auftraten (vgl. Noterdaeme/Amorosa 2002, S. 150; Kamp-Becker et al. 2010a, S. 145). Aufgrund der fehlenden biologischen Marker für Autismus-Spektrum-Störung ist das (Er-)Kennen von Frühsymptomen von hoher Bedeutung (vgl. Kamp-Becker et al. 2010b, S. 169). Die Verwendung von Elternberichten sowie die Analysen aus privaten Filmaufnahmen unterstützen oftmals bei der Diagnosestellung (vgl. Ozonoff et al. 2008 o. S. zit. n. Kamp-Becker et al. 2010b, S. 169; Bölte 2015b, S. 76).

Die Eltern gaben an, dass ihre Kinder gern stundenlang im Bett liegen bleiben, ohne eine Interaktion – wie Antwortlächeln, Blickkontakt oder Antizipationsgesten (z. B.

Ausstrecken der Hände, um hochgehoben zu werden) – mit ihrer Mutter zu suchen (vgl. Noterdaeme/Amorosa 2002, S. 151; Remschmidt 2012, S. 16). Auch wurde beobachtet, dass eine Kontaktaufnahme oder eine Reaktion auf die Kontaktsuche von Betreuungspersonen nur selten erfolgt (vgl. Freitag 2008, S. 37f.). Osterling et al. (2002) stellten fest, dass einjährige Kinder ihre Aufmerksamkeit weniger auf Personen richteten und diese seltener ansahen. Des Weiteren reagierten sie kaum auf ihren eigenen Namen (vgl. ebd., S. 33f.).

Die Aufmerksamkeit und die Wahrnehmung von betroffenen Kindern und Jugendlichen erscheinen häufig gering. Auch wenn die sensorischen Systeme (Hör-, Sehfähigkeit) gut ausgeprägt sind, wirkt es, als würden sie nicht zuhören, wenn mit ihnen gesprochen wird (vgl. Noterdaeme/Amorosa 2002, S. 151; Remschmidt 2012, S. 16). Auffallend ist meist die verzögerte Sprachentwicklung, das bizarre und stereotypische Verhalten, das mangelnde Interesse an anderen Personen und die Auffälligkeiten des Blickkontakts (vgl. Bölte 2015b, S. 76). Studien wiesen nach, dass es schon bei Kleinkindern mit Autismus-Spektrum-Störung eine frühe Einschränkung der auditiven Wahrnehmung gibt. Diese Problematik reicht bis ins Erwachsenenalter. Es werden zwar einzelne Töne gut wahrgenommen, aber die Wahrnehmung und Verarbeitung komplexer Töne (z. B. Prosodie, klanglicher Wechsel von Lauten) sowie die Bestimmung der Herkunft ist eingeschränkt. Auch die visuelle Wahrnehmung dieser Kinder und Jugendlichen ist eingeschränkt. Somit können Gesichter und die ersichtlichen Emotionen sowie biologische Bewegungen (z. B. bewegendes Lebewesen) nicht erkannt werden (vgl. Freitag 2008, S. 34f.). Hinzu kommt, dass der Säugling seine Aufmerksamkeit nicht automatisch auf das gleiche Objekt richtet wie die anwesende Betreuungsperson, mit der er spielt oder interagiert. Es fehlt die geteilte/gemeinsame Aufmerksamkeit (joint attention) (vgl. Girsberger 2014, S. 4). Ein großer Teil der Kinder hat bei der Herstellung der gemeinsamen Aufmerksamkeit Schwierigkeiten. Sie richten diese nur auf das Objekt/die Person oder es findet gar keine Interaktion (weder mit dem Objekt noch mit dem/der SpielpartnerIn) statt (vgl. Freitag 2008, S. 37).

Die autismusspezifischen Verhaltensweisen nehmen in den sozialen und kommunikativen Bereichen zu und werden durch stereotype Verhaltensmuster ergänzt (z. B. Hand- und Fingermanierismen) (vgl. Bölte 2015b, S. 77f.). Manche Kinder entwickeln

im Kindergartenalter fremd- oder selbstaggressive Durchbrüche, ein Beharren auf Gleichförmigkeit, repetitives Spielverhalten, Angststörungen und Hyperaktivität (siehe Kapitel 1.4). Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung zeigen relativ spät ein stereotypes und repetitives Verhalten. Stereotypes und repetitives Verhalten auf „hohem Niveau“ (higher level) – wie Sonderinteressen, zwanghaftes und ritualisiertes Verhalten sowie Resistenz gegen Veränderungen – sind für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung spezifisch. Das stereotype Verhalten auf einem „niedrigen Niveau“ (lower level) – wie z. B. stereotypische Bewegungsmuster, Tics sowie der repetitive Umgang mit Objekten – tritt häufig bei Kindern mit einer geistigen Behinderung auf (Mooney et al. 2006, S. 12). Durch den Eintritt in den Kindergarten bzw. in die Schule entstehen neue Herausforderungen für Betroffene, Eltern und Fachkräfte. Der Schulalltag kann für viele als bedrängend und stressreich erlebt werden, da die Kinder verschiedene Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Das Auftreten von unverständlichen Situationen – wie z. B. Drängeln vor dem Klassenzimmer, Gruppensituationen etc. – kann zu regressivem Verhalten (wie Aggression, Stereotypien) führen. Zusätzlich können Probleme bei der Sozialisation und Integration in einer Gruppe entstehen. Sie nehmen eine Position als Außenseiter und Einzelgänger ein und werden dadurch zur Zielscheibe von Hänseleien und Mobbing (vgl. Bölte 2015b, S. 78).

Neben autoaggressiven/oppositionellen Verhaltensweisen können sogenannte „Wiederholungsphänomene“ oder auch Zwänge auftreten. Das zwanghafte Verhalten drängt sich den Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen mit dieser Störung auf und muss stets erneut ausgeführt werden, selbst wenn die Person diese Tätigkeit als unsinnig einstuft. Stereotypien dagegen haben einen lustvollen Charakter (vgl. Remschmidt 2012, S. 96f.). Im Jugend- und Erwachsenenalter gehen die stereotypen und repetitiven Verhaltensweisen sowie die Sonderinteressen zurück (vgl. McGovern/Sigman 2005, S. 407), wobei es kaum Forschungen hinsichtlich der Entwicklung von Autismus-Spektrum-Störung im Jugend- und vor allem im Erwachsenenalter gibt (vgl. Bölte 2015b, S. 79).

Jene Kinder, die dabei unterstützt werden, mit den neuartigen Situationen und Anforderungen zurechtzukommen, erweitern ihre sozialen und kommunikativen Fertigkeiten und erhalten wiederum neue Bewältigungsmechanismen. Daher ist es sinnvoll und förderlich, Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung eine spezifische

Unterstützung beim Erlernen von Handlungssequenzen sowie bei sozialen Interaktionsprozessen zukommen zu lassen. So lernen sie, den Alltag zu bewältigen und werden auf eine selbstständige Lebensweise im Erwachsenenalter vorbereitet (vgl. Freitag 2008, S. 52; Bölte 2015b, S. 78).

Der folgende Abschnitt geht auf die alltäglichen Herausforderungen für die Eltern und die anderen Familienangehörigen ein.

#### 1.9. Alltägliche Herausforderungen für die Eltern

Die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung ist für Eltern und das Umfeld eine große Herausforderung. Oftmals wird die Schuld zuerst bei jemand anderen gesucht: z. B. beim Partner oder in der Familie, beim Arzt, der die Diagnose gestellt hat etc. Häufig wird die Schuld nach innen verlagert: die Mutter macht sich Vorwürfe, in der Schwangerschaft etwas falsch gemacht zu haben oder das Kind nicht genug zu lieben etc. Neben Schuldgefühlen treten Gefühle der Wut und der Verbitterung auf, denn durch die verschiedenen Verhaltensweisen des Kindes wird das Familienleben sehr stark beeinflusst (vgl. La Brie Norall/Wagner Brust 2012, S. 27f.; DePape/Lindsay 2015, S. 574). Die Auswirkungen, die eine Geburt eines Kindes mit einer Autismus-Spektrum-Störung mit sich bringt, sind wie die Störung selbst: vielfältig und jederzeit präsent (vgl. Karst/van Hecke 2012, S. 248).

Eltern und Bezugspersonen benötigen ausreichende Informationen über die Ursachen und Auswirkungen der Störung. Daher ist eine Nachbetreuung der Familie sinnvoll. Die Diagnose kann verarbeitet werden und danach können erneut Informationen eingeholt werden. Des Weiteren erlangen sie Verständnis für das ungewöhnliche Verhalten ihres Kindes, da bestimmte Themen durch das Störungsbild an sich erklärbar und somit auch händelbar werden (vgl. Dodd 2011, S. 161). Zusätzlich können eine Diagnosestellung und der Beginn einer Therapie zu einer Erleichterung führen. Manche Eltern haben Angst, dass sie durch die Diagnosestellung „Autismus-Spektrum-Störung“ stigmatisiert werden. Andere Elternpaare sind froh, wenn eine Diagnose gestellt wird und eine optimale Behandlung sowie Unterstützung in die Wege geleitet werden kann (vgl. La Brie Norall/Wagner Brust 2012, S. 27). In zehn Artikel wurde dies wie folgt beschrieben: „Some parents described contradictory feelings following their child’s diagnosis,

including both relief and devastation“ (Midence/O’Neill 1999, o. S.; Gray 2003, o. S.; DeGrace 2004, o. S.; Hutton/Caron 2005, o. S.; Lin et al. 2008, o. S.; Altieri/von Kluge 2009, o. S.; Farrugia 2009, o. S.; Hock et al. 2012, o. S.; Lutz et al. 2012, o. S.; Safe et al. 2012, o. S. zit. n. DePape/Lindsay 2015, S. 573).

Gerade in der Kindheit brauchen Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung eine „non-stop-Betreuung“. Dies beeinflusst die Lebenswelt der Eltern enorm. Die ständige Beobachtung des Kindes ist notwendig, da sie keine Selbstlerner sind und kein Gefahrenbewusstsein haben. Sie erarbeiten alles Schritt für Schritt und benötigen dabei viel Unterstützung von einem geduldigen, freundlichen Erwachsenen (vgl. Jungbauer/Meye 2008, S. 525; Rollett/Kastner-Koller 2011, S. 5). Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung benötigen in vielen alltäglichen Bereichen (z. B. beim Anziehen, bei den Mahlzeiten, bei der Körperhygiene) die Hilfe und Unterstützung der Eltern (vgl. Jungbauer/Meye 2008, S. 526). Nach einer Studie von Volkmar/Pauls (2003) brauchen ca. 85 % der Personen mit Autismus-Spektrum-Störung für ein gewisses Maß an Selbstständigkeit die Unterstützung und Hilfe von den Eltern und der Familie (vgl. Karst/van Hecke 2012, S. 248). „Some felt apprehensive, such that they were always waiting for the next crisis to occur“ (DeGrace 2004, o. S. zit. n. DePape/Lindsay 2015, S. 574). Des Weiteren wird die Familie durch die unterschiedlichen Verhaltensauffälligkeiten stark beansprucht. Eltern empfinden die autoaggressive und selbstverletzende Verhaltensweise als sehr belastend – vor allem bei nonverbalen Kindern, was ein quälendes Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit nach sich zieht. Die Kinder haben zudem Ein- und Durchschlafprobleme, was zur Folge hat, dass auch die Eltern Schlafdefizite haben (vgl. Jungbauer/Meye 2008, S. 525f.). „Others experienced a range of behavior problems with their child, such as tantrums, that they were unsure how to manage“ (Fong et al. 1993, o. S.; Shu et al. 2001, o. S. zit. n. ebd., S. 574) and sensory problems (Schaaf et al. 2011, o. S.; Safe et al. 2012, o. S. zit. n. ebd., S. 574). Diese Verhalten beeinflusst den familiären Alltag und die Lebensqualität der Eltern.

Aufgrund der Vielfältigkeit der Symptome und der benötigten Aufmerksamkeit für das Kind werden die eigenen Bedürfnisse und Interessen aufgrund von Zeit- und Kraftmangel zurückgestellt. Das Gleiche gilt für das familiäre Zusammenleben. Gemeinsame Unternehmungen in der Partnerschaft oder mit den Geschwisterkindern ist infolge des

Zeit- und Aufmerksamkeitsmangels erschwert. Auf der Ebene der Partnerschaft kann die erlebte Belastung zu einem erhöhten Konfliktpotenzial führen oder die Partnerschaft zusammenschweißen. Auf der Ebene der Geschwisterkinder entstehen Schuldgefühle in puncto Vernachlässigung der Bedürfnisse der Geschwister und die Angst, sie in ihrer Entwicklung zu vernachlässigen. Ferner belastet die „logistische“ Arbeit das Familienleben. Die finanziellen Anforderungen und Sorgen – wie zusätzliche Ausgaben für Therapien, außerfamiliäre Betreuung, Fahrtkosten etc. oder finanzielle Ausfälle durch z. B. Verzicht einer Berufstätigkeit/Karriere etc. – werden als bedrückend erlebt. Auch die Auseinandersetzungen mit Behörden, Kostenträgern und Leistungserbringern sowie die eventuell weiten Anfahrtswege zu therapeutischen Einrichtungen werden als kosten- bzw. zeitintensiv und als nervenaufreibend empfunden. Zudem empfinden Eltern die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz als sehr belastend, da sie in dieser Zeitspanne eine quälende Ungewissheit hinsichtlich der Diagnose „Autismus-Spektrum“ durchleben. Gefühle der Ohnmacht, alleingelassen zu sein oder die Angst, wichtige therapeutische Chancen zu verpassen, werden erlebt (vgl. Jungbauer/Meye 2008, S. 527; DePape/Lindsay 2015, S. 575f.). Außerdem fühlen sich die Eltern von der Umgebung in ihrem Umgang mit dem Kind beobachtet und bewertet (vgl. La Brie Norall/Wagner Brust 2012, S. 27f.).

Abschließend ist festzuhalten, dass der außerordentliche Arbeitsaufwand für die intensive Betreuung und Beaufsichtigung neben einer finanziellen und zeitlichen zu einer emotionalen und persönlichen Einschränkung führt. Dies macht sich in einer Reduktion der gesamten Lebensgestaltung und -qualität bemerkbar. Die daraus resultierende permanente innere Anspannung zeigt sich in körperlicher und psychischer Erschöpfung der Familie (vgl. Speck 2008, S. 525f.). Daher ist es wichtig, Belastungen entgegenzuwirken, um die psychische Gesundheit zu erhalten. Eine Möglichkeit ist die Aktivierung von Freunden, Bekannten und Familienmitgliedern, eine andere ist der Zukauf von externen Fachkräften. Die therapeutischen und pädagogischen Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung wurden ausgebaut. Die Eltern können durch entsprechende Institutionen in vielerlei Hinsicht unterstützt und entlastet werden. Die ExpertInnen müssen jedoch beachten, dass stets die Eltern und ihre Kinder die ExpertInnen sind (vgl. Speck 2008, S. 482). Die Familie „als System [ist] nur dann ihrer Aufgabe gewachsen, wenn sie über eine hinreichende

Autonomie verfügt“ (ebd., S. 471). Die Fachkräfte übernehmen häufig zu viel Verantwortung, sodass sie zu wenig von der individuellen Situation wahrnehmen und nicht alles, was in der Alltagssituation nötig gewesen wäre, einbringen (vgl. ebd., S. 473f.). Aufgrund dessen ist es notwendig, die (Entscheidungs-)Verantwortung über das Kind bei den Eltern zu lassen und das Kind als Mädchen/Junge mit individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Stärken wahrzunehmen. Zusätzlich müssen sich die Fachkräfte einerseits mit den Eltern gut absprechen – hinsichtlich ihrer Bedürfnisse, Anliegen und Wünsche –, andererseits müssen sie das Wohl des Kindes in den Mittelpunkt stellen. Dazu ist eine Kooperation mit Fachkräften verschiedener Professionen nötig. Darauf wird nun im nachfolgenden Abschnitt eingegangen.

## 2. Kooperation

Der Begriff „Kooperation“ stammt aus dem Lateinischen (*cooperatio*) und bedeutet „zusammenwirken“, „gemeinschaftliches Erfüllen einer Aufgabe“ (Merten 2015a, S. 23). Durch den alltagssprachlichen Charakter hat die Bezeichnung „Kooperation“ mehrere, nicht deckungsgleiche Definitionen und wird zunächst als selbstverständlich und alltäglich wahrgenommen (vgl. von Kardorff 1998, S. 210; Schweitzer 1998, S. 24). Grunwald stellt fest, dass „eine präzise, intersubjektiv akzeptable Begriffsbestimmung von ‚Kooperation‘ [...] wohl kaum möglich [ist], da es sich um ein [...] normatives, vages, mehrdeutiges und mehrdimensionales Konzept handelt“ (Grunwald 1981, S. 72 zit. n. van Santen/Seckinger 2003, S. 26). Diese Mehrdeutigkeit und Mehrdimensionalität des Konzeptes erschwert eine wissenschaftlich präzise Definition (vgl. von Kardorff 1998, S. 210; Schweitzer 1998, S. 24). Neben dieser Herausforderung gibt es zusätzlich Abgrenzungsschwierigkeiten zu anderen Begriffen wie Koordination und Vernetzung, die oftmals synonym verwendet werden (vgl. Behringer/Höfer 2005, S. 21). Daher ist es notwendig, die Begrifflichkeiten Koordination und Vernetzung zu definieren und vom Kooperationsbegriff abzugrenzen.

Nach von Kardorff bezieht sich **Koordination** auf „*eine in Aushandlungsprozessen zu klärende sachliche, fachliche, institutionelle und/oder regionale Aufteilung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen zwei oder mehreren beteiligten Handlungssystemen, die nur lose aneinander gekoppelt sind [...] und in ihrer internen Arbeitsweise ansonsten selbstständig handeln*“ (von Kardorff 1998, S. 210).

Bei der Koordinierung liegt der Fokus auf der Optimierung von Verfahrens- und Organisationsabläufen (vgl. van Santen/Seckinger 2003, S. 29).

Der Begriff **Vernetzung** wird gelegentlich mit dem Kooperationsbegriff gleichgesetzt. Unter Vernetzung wird die Herstellung einer dauerhaften Beziehung zwischen mehreren Fachkräften bzw. Institutionen verstanden, wobei diese informelle (nichtorganisierte) Strukturen und einen reziproken (nichthierarchischen) Charakter beinhaltet (vgl. Behringer/Höfer 2005, S. 21). Im Mittelpunkt einer Vernetzung steht die Herausbildung, Aufrechterhaltung und Unterstützung einer kooperativen Struktur, die zwischen den

Fachkräften und den unterschiedlichen Dienstleistungsangeboten notwendig sind (vgl. van Santen/Seckinger 2003, S. 29). Nachfolgend wird anhand von ausgewählten Aspekten der Hintergrund und die Position von Kooperation erläutert.

## 2.1. Begrifflichkeit und Position

Im Bereich der Heilpädagogik beschäftigte sich der Schweizer Heilpädagoge Moor (1965, 1974) mit den Fragen über eine begründete Zusammenarbeit. Im Mittelpunkt seiner Überlegungen war die „synthetische“ Bearbeitung der „komplexen Aufgaben der Erziehung, des ärztlichen Heilens und der therapeutischen Beeinflussung [...] und [wie diese] Tendenzen zur Abgrenzung der Kompetenzbereiche überwunden werden können“ (Merten 2015a, S. 24). Im Fokus ist die Klärung der persönlichen Anliegen sowie die Anliegen der anderen beteiligten Personen. Dabei fordert er eine Zusammenarbeit der Fachkräfte und die Auflösung der Grenzen zwischen den Hilfsangeboten. Dies erfolgt über die Offenheit in der praktischen Arbeit und in den jeweiligen Situationen (vgl. Moor 1974, S. 13 zit. n. ebd., S. 24). Eine fachliche, professionsbezogene Zusammenarbeit erfordert zusätzlich eine akzeptierende und anerkennende Haltung der Fachkräfte (vgl. ebd., S. 24).

Ein weiterer Vertreter (Bach 1979) fordert anstelle der „isolierten, gegenseitige Anregungen und Korrekturen verhinderten Vorgehens“ eine intra- und interprofessionelle Kooperation (Bach 1979a, S. 67 zit. n. Merten 2015a, S. 24). Bach begründet seine Ansichten

- (1) *„durch die Mehrdimensionalität von Beeinträchtigungen und sozialen Problemen;*
- (2) *durch die Komplexität der Entstehungs-, Verstärkungs- und Erscheinungsbedingungen; und*
- (3) *durch die Pluralität der multiperspektivischen Betrachtungsweisen und erforderlichen Interventionen“ (Bach 1979b, S. 196 zit. n. Merten 2015a, S. 24f.).*

Daraus lassen sich nach Merten drei Arbeitsthesen für eine intra- und interprofessionelle Kooperation ableiten:

- (1) *„Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit ist begründet durch die Mehrdimensionalität von psychosozialen, physischen und intellektuellen Beeinträchtigungen, durch die Komplexität der Entstehungs- und Verstärkungsbedingungen und durch die Pluralität der erforderlichen Massnahmen.*
- (2) *Die Komplexität psychosozialer Störungen und deren starke Verwobenheit in die Alltagsbezüge der Klientinnen und Klienten sowie ihres weiteren Umfeldes legen integrierte multidisziplinäre und multiperspektivische Behandlungsangebote nahe. Dazu ist eine kooperative Grundhaltung unabdingbar.*
- (3) *Das professionelle Handeln von Fachleuten der Sozialen Arbeit findet in einem arbeitsteiligen und multiparadigmatischen Praxisfeld mit unterschiedlichen Zielen, Programmen und Arbeitsabläufen statt, entsprechend dem Behandlungsauftrag der jeweiligen Berufsgruppe oder Fachrichtung. Steht die erschwerte Lebenssituation der Klienten und Klientinnen im Zentrum des Auftrages, so ist eine gemeinsame Zielsetzung nur durch Kooperation zu erreichen“ (ebd., S. 25).*

Der Psychologe und Psychotherapeut Schweitzer versteht unter einer professionellen Kooperation „die Handlungen mindestens zweier Parteien (davon mindestens ein Fachmensch), die in einem Kontext professioneller Dienstleistungen sich auf dasselbe (nicht unbedingt ähnlich definierte) Problem beziehen und bezüglich dieses Problems ein Arbeitsergebnis erzielen wollen (über das keine Einigung bestehen muß)“ (Schweitzer 1998, S. 26). Die Koordinierung jener Handlungen kann entweder gleichzeitig oder kurz nach einander erfolgen (vgl. ebd., S. 26). Gleichzeitig hinterfragt er die Sinnhaftigkeit und das Lohnenswerte von Kooperation und betont die moralisch sowie ideologisch diffusen Wertvorstellungen. Schweitzer stützt diese Darlegung auf drei theoretisch begründete kritische Perspektiven:

- (1) *aus einer systemtheoretische Betrachtungsweise „folgen autonome, sich selbst erhaltende Systeme ihrer spezifischen Eigendynamik, Eigengesetzlichkeit und Eigeninteressiertheit“ (Willke 1989, S. 107 zit. n. ebd., S. 29).*

- (2) aus einer austauschtheoretischen Betrachtungsweise *„sind alle Organisationen immer mit knappen Ressourcen konfrontiert und versuchen daher ihre Erträge zu maximieren und ihre Kosten zu minimieren“* (Mitzlaff/Wegner 1985, o. S. zit. n. ebd., S. 29).
- (3) aus einer radikal-marktwirtschaftlichen Betrachtungsweise *„bewerten Interaktionspartner stets das eigene und das Verhalten der anderen nach ihrem privaten, nicht konvertiblen Währungssystem. Was der eine für ein freundliches Kooperationsangebot hält, kann dem anderen als Unverschämtheit erscheinen, auf die er keinesfalls mit Kooperation reagieren möchte“* (Simon/Connecta 1992, o. S. zit. n. ebd., S. 29).

Ein weiterer Vertreter (Speck 2008) meint, dass für die passgenaue Entwicklung und Förderung das Kind und seine Umwelt betrachtet werden muss. Aus systemtheoretischer Sichtweise ergibt diese Perspektive andere Konstellationen und Perspektiven, da alle involvierten Leistungsstrukturen sowie das familiäre System miteinbezogen werden. Als ein eingebundenes Mitglied in viele verschiedene Systeme kann das Kind nicht als Individuum für sich allein beurteilt werden. Daraus kann abgeleitet werden, dass ein Kind erst ausreichend verstanden werden kann, wenn sich die beteiligten Systeme verstehen und füreinander offen sind (vgl. Hennig/Knödler 1985, o. S. zit. n. Speck 2008, S. 481). Alle Systeme sind aufeinander angewiesen und müssen sich aufgrund dessen gegenseitig respektieren sowie an den gemeinsamen Interessen – das Wohl und die Entwicklung des Kindes – orientieren. Die einzelnen Systeme gehen somit eine partnerschaftliche Kooperation ein, wobei sie sich als die gegenseitige Ergänzung von unterschiedlichen Perspektiven verstehen. Damit dies gelingt, ist es notwendig, dass die einzelnen Fachkräfte bereit sind, dem anderen zuzuhören, sich in seine Situation hineinzusetzen und zu verstehen. Genauso müssen sie ihren eigenen Standpunkt vertreten und – wenn notwendig – diesen auch verteidigen, modifizieren oder revidieren können. Die Gesprächskultur hat hierbei einen offenen Charakter und die Fachkräfte können ihre Erfahrungen mit dem Kind einbringen. Zwar ist die Kooperation der Fachkräfte der einzelnen Disziplinen eine ergänzende, dennoch ergeben sich Schwierigkeiten und Reibungen (vgl. ebd. S. 481f.). Wesentlich dabei ist, dass das Prinzip – „offener Austausch und kooperatives Handeln unter Wahrung des Grundrechtes auf Selbstbestimmung jedes Partners“ (ebd., S. 482) – nicht infrage gestellt wird. Zu beachten

ist, dass die Fachkräfte aufgrund ihrer wissenschaftlich-theoretischen Fundierung keine verdeckte oder offen manipulative Macht ausüben und KollegInnen oder die Eltern als „Laien“ bezeichnen. Beide Elternteile sind die ExpertInnen ihrer Kinder, denn sie kennen die Wirklichkeit ihres Kindes am besten, sind Teil dieser Wirklichkeit und der zugleich unmittelbar betroffene Teil (vgl. ebd., S. 482).

Einigkeit findet man bei diesen Positionen einerseits in der Forderung, dass bei einer Kooperation mindestens zwei InteraktionspartnerInnen teilhaben sollen, und andererseits, dass die Lebenssituationen der einzelnen Personen im Fokus der psychosozialen, physischen und medizinischen Unterstützung stehen sollen. Unterschiede gibt es jedoch im Konzept von Schweitzer, der davon ausgeht, dass die KooperationspartnerInnen nicht zwingend voneinander wissen müssen und dass keine Einigkeit über das Ergebnis entstehen muss. Jedoch hinterfragt er kritisch die Sinnhaftigkeit und das Lohnswerte von Kooperation. Speck (1998) weist darauf hin, dass in Alltagsbeobachtungen festgestellt werden kann, mit was sich das Kind momentan beschäftigt, an was es interessiert ist und wie sein Verhalten bzw. wo seine Herausforderungen sind. Diese Informationen können durch Weitergabe an die entsprechenden Unterstützungsdienstleistungen in den Therapie- bzw. Förderplänen aufgenommen werden (vgl. Speck 1998, S. 488).

## 2.2. Kooperationsformen

Kooperation kann auf unterschiedlichen sozialen Ebenen, also zwischen Personen, Gruppen, Organisationen/Institutionen sowie Nationen stattfinden (vgl. von Kardorff 1998, S. 210; Chen/Chen/Meindl 1998, o. S. zit. n. Balz/Spieß 2009, S. 19; Merten 2015a, S. 23). Das bedeutet: Eine Kooperation kann innerhalb der gleichen Organisation zwischen den einzelnen MitarbeiterInnen oder mit Fachkräften von anderen Unterstützungsanbietern ausgeübt werden. Im Folgenden werden vier mögliche Kooperationsformen angeführt:

Interprofessionelle /intraprofessionelle Kooperation	Interprofessionelle bzw. interdisziplinäre Kooperation	Interinstitutionelle Kooperation	Intra- und intersektorale Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> <li>•zwischen MitarbeiterInnen</li> <li>•gleiche Professionen</li> <li>•aus einer Einrichtung</li> </ul> <p>•<b>Beispiel:</b> ÄrztInnen in einer Klinik; Teamarbeit in einer stationären Einrichtung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•zwischen MitarbeiterInnen</li> <li>• verschiedene Professionen</li> <li>•aus einer Einrichtung</li> </ul> <p>•<b>Beispiel:</b> Klinikbetrieb (ÄrztInnen, Pflegepersonal etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•zwischen MitarbeiterInnen</li> <li>•verschiedene oder gleiche Professionen</li> <li>•aus verschiedenen Einrichtungen</li> </ul> <p>•<b>Beispiel:</b> TherapeutInnen und FamilienentlasterInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•zwischen MitarbeiterInnen</li> <li>•verschiedene Subsysteme und Organisationen</li> </ul> <p>•<b>Beispiel:</b> zwischen ambulantem Bereich (Jugendhilfe) und stationärem Bereich (Psychiatrie)</p>

Abbildung 1: Kooperationsschnittstellen (vgl. von Kardorff 1998, S. 210; Behringer/Höfer 2005, S. 24f.).

In einer intraprofessionellen bzw. interdisziplinären Kooperation basiert professionelles Handeln auf einer auftragsorientierten Teamarbeit. Dabei kooperieren die einzelnen Fachkräfte mit VertreterInnen der eigenen oder fachfremden Profession innerhalb einer Organisation (vgl. von Kardorff 1998, S. 210; Behringer/Höfer 2005, S. 24f.; Heiner 2010, S. 472 zit. n. Merten 2015b, S. 245). Die Spezialisierungen der Teammitglieder müssen in einer intraprofessionellen und interdisziplinären Teamarbeit kompensiert werden. Dies kann zu Spannungen zwischen dem eigenen Autonomieanspruch und der Abhängigkeit von spezialisiertem Fachwissen der fachfremden Profession führen (vgl. Bauer 2011, S. 342ff. zit. n. Merten 2015b, S. 247). Durch Entwicklungs- und Innovationsinstrumente – also durch kontinuierliche Pflege der Kooperationsstrukturen, durch eine regelmäßige Überprüfung hinsichtlich der gemeinsamen Arbeitsziele und -methoden sowie durch die Überprüfung und Bewusstmachung der vorhandenen Prozesse und Einflussfaktoren – können vorhandene Hürden überwunden werden (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 15; Bauer 2011, S. 342ff. zit. n. Merten 2015b, S. 247). Insofern sind für professionelles Handeln die Kooperations-, Reflexions- und Kommunikationsfähigkeiten Grundvoraussetzungen in einer Teamarbeit.

In einer interinstitutionellen Kooperation arbeiten nach Behringer, Höfer und von Kardorff Fachkräfte mit gleicher oder fachfremder Profession aus unterschiedlichen

Dienstleistungsstrukturen miteinander (vgl. von Kardorff 1998, S. 210; Behringer/Höfer 2005, S. 24f.). Da oftmals die Problemstellungen der betroffenen Personengruppe sehr komplex sind, können sich verschiedene Disziplinen mit unterschiedlichem Zugang und Fachwissen in dem KlientInnensystem begegnen (vgl. Hochuli Freund 2015, S. 138). Nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz können Familien mit Angehörigen mit einer Autismus-Spektrum-Störung verschiedene soziale Dienstleistungen (siehe Kapitel 4) zur therapeutischen und pädagogischen Förderung sowie Unterstützung in Anspruch nehmen. Die Arbeitsleistung der einzelnen Fachkräfte ist personenbezogen und wird direkt bei bzw. an den betroffenen Personen erbracht. Da sich die ExpertInnen während ihrer Arbeit nicht oder kaum treffen und da die DienstleistungsnutzerInnen die AuftraggeberInnen sind, ist das Zustandekommen eines Kooperationsprozesses von der Kooperationswilligkeit und -fähigkeit der DienstleistungsnutzerInnen abhängig (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 52ff.). Erst dann kann eine Hilfe zielgerichtet erfolgen und wirksam werden (vgl. Hochuli Freund 2015, S. 139).

Eine intra- und intersektorale Kooperation findet zwischen den MitarbeiterInnen verschiedener Subsysteme und Organisationen statt (vgl. von Kardorff 1998, S. 210; Behringer/Höfer 2005, S. 24f.). Diese Kooperationsform kann selbst dann auftreten, wenn zusätzlich zu den therapeutischen und pädagogischen Angeboten eine medizinische Unterstützungsform oder die Jugendhilfe integriert wird.

Unabhängig von der Form der Kooperation soll diese bewusst sein, sowie von „von allen Beteiligten verantwortete, zielgerichtete, gleichwertige und konkurrenzarme Zusammenarbeit [...]“ darstellen (Wachtel/Wittrock 1990, S. 264). Aus dieser Sichtweise definiert von Kardorff Kooperation als „eine problembezogene, zeitlich und sachlich abgegrenzte Form der gleichberechtigten arbeitsteilig organisierten Zusammenarbeit zu festgelegten Bedingungen an einem von allen Beteiligten in einem Aushandlungsprozeß abgestimmten Ziel mit definierten Zielkriterien“ (von Kardorff 1998, S. 210). Der Fokus von Kooperation liegt auf der Optimierung eines klientInnenbezogenen Behandlungsprozesses und der Entwicklung von wirksamen Versorgungsleistungen (vgl. Merten 2015a, S. 37).

### 2.3. HelferInnenkonferenz

Eine HelferInnenkonferenz ist dann zweckmäßig, wenn ein Klient/eine Klientin in einem Netzwerk von verschiedenen Unterstützungsdienstleistungen eingliedert ist. Das bedeutet, dass alle im familiären und professionellen System beteiligten Personen in dieser Konferenz zusammenkommen, um gemeinsam bestimmte Thematiken wie Herausforderungen, Zielvorstellungen, Lösungsoptionen etc. zu klären. Dabei wird eine verbindliche Vereinbarung getroffen, die dann gemeinsam getragen wird. Da in diesem Setting möglicherweise Probleme zwischen den einzelnen ExpertInnen auftreten können, muss vorab ein gemeinsam getragenes methodisches Vorgehen vereinbart werden. Solche Herausforderungen können z. B. Konkurrenz, Vorurteile, differente Perspektiven oder persönliche Rivalitäten zwischen den Fachkräften oder Ohnmachtsgefühle der KlientInnen sein. Als methodisches Werkzeug bietet sich die themenzentrierte Interaktion an (vgl. Stimmer 2006, S. 196f.).

### 2.4. Selbstverständnis der KooperationspartnerInnen

Im Kooperationsprozess begegnen sich die Fachkräfte der verschiedenen Professionen stets mit dem spezifischen Selbstverständnis ihrer Disziplin. Im Fokus der jeweiligen Profession steht jener Realitätsausschnitt, der von der disziplinären Sozialisation geprägt wurde (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 70; Hochuli Freund 2015, S. 139). Somit werden einerseits unterschiedliche Aspekte erfasst und analysiert, andererseits werden das Gesamtbild sowie die Thematik verschieden wahrgenommen (vgl. Hochuli Freund 2015, S. 139f.). Der professionelle Fokus ist geprägt durch ihr spezifisches Selbstverständnis:

- *„ihrer Berufsidentität und -aufgabe (Professionsverständnis),*
- *ihren Modellen und Konzepten über Veränderung (Veränderungswissen) und*
- *ihren Prinzipien zur Gestaltung der Unterstützungsbeziehung (berufsethische Grundsätze)“ (Balz/Spieß 2009, S. 70).*

Jede professionelle Fachkraft versucht, mithilfe von speziellen Methoden und durch Fachwissen die Situation bzw. die Thematik zu erfassen, zu analysieren und zu erklären. Dabei werden Ziele und Interventionen entwickelt. Bei der Umsetzung gibt es zwei Möglichkeiten, wobei die organisationale Einbettung ebenfalls eine Rolle spielt:

Bei der **additiven Kooperation** handeln die KooperationspartnerInnen nebeneinander. Das bedeutet, dass die Leistungen der einzelnen Professionen unabhängig voneinander erbracht werden. Im Fokus der additiven Kooperation steht einerseits die zeitliche Koordination der Erbringung der Leistung und andererseits der Informationsaustausch über diagnostische Einschätzungen, Ziele und geplante Interventionen. Keinen Austausch gibt es über die unterschiedlichen fachlichen Sichtweisen hinsichtlich des Hilfsbedarfs und der Herausforderungen (vgl. Wöhrl 1998, S. 233f. zit. n. Hochuli Freund 2015, S. 140).

Bei der **integrativen Kooperation** ist der Kern des Prozesses die fachliche Verständigung. Dabei wird zuerst innerhalb der einzelnen Bereiche die Situation erfasst, analysiert und diagnostiziert, anschließend werden Ziele und Interventionen besprochen. Die Ergebnisse werden dann von den verschiedenen ExpertInnen mündlich zu einem Gesamtbild zusammengetragen. Anschließend wird dieses Wissen, das sich anfangs auch widersprechen kann, in einem gemeinsamen Diskussionsprozess verändert, weiterentwickelt und modifiziert, sodass gemeinsame Ziele formuliert und Interventionen für einzelne Professionen skizziert werden können. Diese Zielformulierungen werden zeitlich aufeinander abgestimmt und in einem Interventionsplan integriert. In diesem Prozess sind geteiltes Wissen und eine gemeinsame Zielsetzung entscheidend (vgl. Obrecht 2005, S. 16f. zit. n. ebd., S. 141). Die ExpertInnen sollten die Fähigkeit besitzen, „mit anderen Individuen und Organisationen in Kooperationen und Netzwerken die eigenen Stärken mit den Stärken anderer so zu verknüpfen, dass daraus nachhaltige Vorteile entstehen – sowohl für einen selbst als auch für die anderen“ (Payer 2008b, S. 24). Das Wissen wird transparent und die einzelnen fachlichen Einschätzungen sowie Positionen werden zur Diskussion gestellt. Dies ermöglicht es den beteiligten Fachkräften, ihre Sichtweise zu verändern. Zudem können neue Interventionsideen gestaltet werden (vgl. Schweitzer 1998, S. 57). Durch bewusstes und planvolles Herangehen mit öffentlich anerkannten und fairen Regeln und Verfahren sowie durch eine stärken- und ressourcenorientierte Herangehensweise werden die Zielumsetzung und die Zielerreichbarkeit unterstützt (vgl. Payer 2008a, S. 8; Balz/Spieß 2009, S. 34). Damit dies gelingen kann, benötigen die einzelnen Fachkräfte bestimmte Fähigkeiten und Kompetenzen.

## 2.5. Kompetenzen der Fachkräfte

Nach Gellert und Novak (2004) zeichnet sich eine hohe Kooperationsfähigkeit ab, wenn MitarbeiterInnen

- *„sich der eigenen Kompetenzen bewusst und sicher sind und über die Möglichkeiten verfügen, diese anderen gegenüber effektiv darzustellen;*
- *die eigenen Standpunkte argumentativ vertreten und in den fachlichen Diskurs einbringen können;*
- *auf Rivalität und unangemessenen Machteinsatz verzichten;*
- *willens sind, die eigene Arbeit und deren Ergebnisse (auch Fehler und Unzulänglichkeiten) offenzulegen;*
- *fremde Leistungen anerkennen können, ohne sich selbst dabei abzuwerten;*
- *bereit und fähig sind, teamintern und -extern Konflikte konstruktiv auszutragen und nach gemeinsamen Lösungen zu suchen;*
- *über die Fähigkeit zur Metakommunikation verfügen, das heißt in der Lage sind, das eigene Verhalten und den Umgang miteinander zum Thema zu machen;*
- *persönliche Interessen mit kollektiven Zielen des Teams verbinden können, ohne ständig zwischen dem einen oder anderen wählen zu müssen;*
- *die Notwendigkeit von Teamentwicklungsprozessen erkennen, solche Prozesse aktiv mitgestalten und als Teil von Organisationsentwicklung sehen“ (Gellert und Novak 2004, S. 89 zit. n. Merten 2015b, S. 278).*

Durch das Einbringen dieser Kompetenzen können alle Personen, die an der Kooperation beteiligt sind, von der Zusammenarbeit der Fachkräfte profitieren. Darin liegt der Mehrwert einer Kooperation, welcher häufig als Synergieeffekt bezeichnet wird (vgl. Payer 2008a, S. 7). Dieser Begriff stammt aus dem Griechischen und bezeichnet das „Zusammenwirken von Lebewesen, Stoffen oder Kräften im Sinne von ‚sich gegenseitig fördern‘“ (ebd., S. 7). Somit ist die Kooperation der verschiedenen Unterstützungsleistungen gekennzeichnet durch einen gleichberechtigten Austausch, also durch eine Balance zwischen Nehmen und Geben (Reziprozität) (vgl. Payer 2008b, S. 26; Friedrich 2012, S. 35). Kritisch zu betrachten ist, dass in manchen KlientInnen-Fachkräften-Beziehungen ein Ungleichgewicht zwischen Geben und Nehmen

vorherrscht. Beide Parteien setzen sich nicht mit der Forderung nach Reziprozität auseinander. Diese unausgeglichene oder sogar fehlende Reziprozität sollte angesprochen werden, damit ein lösungsorientierter, adäquater Umgang gefunden werden kann (vgl. Friedrich 2012, S. 35f.).

Im Anschluss geht die Autorin auf einzelne Begrifflichkeiten ein, die für eine Kooperationsbasis vorhanden sein sollen.

### 2.5.1. Vertrauen

Vertrauen ist ein grundlegendes Prinzip und bildet die Kooperationsbasis. Vertrauen lässt sich aus zwei Blickwinkeln betrachten: einerseits die Erwartung auf die Verlässlichkeit hinsichtlich des Wortes oder des Versprechens der anderen PartnerInnen, andererseits eine Zuversicht, dass das Vertrauen erwidert wird (vgl. Luhmann 2000, o. S. zit. n. Balz/Spieß 2009, S. 23). Lewicki und Bunker (1995) unterscheiden zwischen folgenden Formen:

- Vertrauen als ein marktorientiertes und ökonomisches Kalkül, welches dadurch berechenbar ist – z. B.: Die Führungsperson vertraut den MitarbeiterInnen und hegt dabei den Gedanken, dass diese dadurch selbstständiger arbeiten.
- Vertrauen aufgrund von Wissen oder Erfahrung. Durch das Kennen der Personen erscheint das Verhalten vorhersagbar. Dies entwickelt sich über einen längeren Zeitraum – z. B.: Vertrauen in langjährige MitarbeiterInnen.
- Vertrauen auf einer Identifikationsbasis. Die kooperativen Parteien sind in der Lage, sich mit den Absichten der anderen zu identifizieren. Sie können deswegen effektiv für- und miteinander handeln – z. B.: StellvertreterIn einer Führungsperson (vgl. ebd., S. 23).

Um dies zu ermöglichen, ist das Vertrauen in sich selbst und in die eigenen Stärken und Fähigkeiten, das Vertrauen in die KollegInnen und das Vertrauen in das gesamte System notwendig (vgl. Payer 2008b, S. 26). Erst wenn eine gute Vertrauensgrundlage entwickelt wurde, ist gemeinsames Handeln möglich (vgl. Payer 2008b, S. 26; Friedrich 2012, S. 35).

### 2.5.2. Transparenz

Transparenz und Vertrauen sind eng miteinander verbunden. Transparenz kann nur dort entstehen, wo eine Vertrauensbasis zwischen den AkteurInnen vorhanden ist und wo diese bereit sind, sich gegenüber anderen Absichten und Wahrnehmungen zu öffnen. Eine „funktionale“ Transparenz erscheint für den Aufbau einer Kooperation und für ihr Gelingen notwendig (vgl. Payer 2008b, S. 27). Zu beachten ist, dass in einer Kooperation einerseits die AkteurInnen selbst und andererseits das kooperative System von den einzelnen Mitgliedern profitieren wollen. Dabei könnte es zu einer Ungleichverteilung von Wechselseitigkeit kommen. Manche Mitglieder sind mehr „Geber“, andere wiederum mehr „Nehmer“ (Reziprozität) (vgl. ebd., S. 28). „Je weniger transparent eine Kooperation intern gehandhabt wird, umso asymmetrischer ist das Verhältnis zueinander und umso handlungsunfähiger wird die Kooperation“ (ebd., S. 28). Allerdings braucht es in jeder Kooperation auch Grenzen der Transparenz. Diese Intransparenz ist unverzichtbar, da sie die Eigenständigkeit der KooperationspartnerInnen garantiert. Denn je geringer die Eigenständigkeit ist, umso größer ist die Abhängigkeit der einzelnen AkteurInnen voneinander. Dies ermöglicht eine Verschmelzung, anstatt zu einer Kooperation zu führen (vgl. ebd., S. 28).

### 2.5.3. Verbindlichkeit

Verbindlichkeit bedeutet neben der Einhaltung von Vereinbarungen und Spielregeln auch die Mitverantwortung für diese (vgl. ebd., S. 29). Ein formales Regelwerk (z. B. Satzung, Geschäftsordnung, Kooperationsvereinbarung) wird als Steuerungs- und Planungsinstrument eingesetzt. In diesem Regelwerk werden unterschiedliche Ziele und Absprachen über zu erbringende Leistungen und Ergebnisse festgelegt. Des Weiteren beinhaltet der Vertrag die vorhandenen Ressourcen und die Art der Berichterstattung bzw. die Ergebnisdokumentation (vgl. Schubert 2008, S. 79). Eine Kooperationsvereinbarung lässt sich definieren als eine (1) „schriftliche Absprache (2) zwischen (zwei oder mehreren) Partnern (3) über zu erreichende Ergebnisse (Ziele) (4) in einem definierten Zeitraum (5) mit einem festgelegten Budget und (6) unter kontinuierlicher Berichterstattung über die tatsächlich erzielten Ergebnisse“ (Schubert 2008, S. 79). Die Aufgabe einer solchen Vereinbarung ist es, gemeinsam über Chancen,

Ziele und Möglichkeiten nachzudenken und in einer guten Kooperation Impulse für eine Angebotsveränderung/-anpassung zu erhalten (vgl. Seckinger 2015, S. 47).

#### 2.5.4. Konfliktbewältigung

Als Gegenbegriff zu Kooperation wird die Bezeichnung Konflikt eingesetzt. Dies prägte auch Wilke (1989, S. 99), der diese Begrifflichkeit als die „Kommunikation des Widerspruchs“ verstanden hat (vgl. Schweitzer 1998, S. 25). Ein Konflikt bezeichnet im Allgemeinen eine Spannungssituation, in der die beteiligten AkteurInnen versuchen, ihre individuellen Handlungspläne bzw. Handlungen ohne Rücksichtnahme auf die Pläne und Handlungen der anderen zu verwirklichen (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 47).

Hermann (2013) beschreibt Elemente der Konfliktfähigkeit:

- *„rechtzeitiges Erkennen von Konfliktsymptomen;*
- *konstruktiver (d.h. offener, fairer) Umgang mit Konflikten bzw. deren Vermeidung bereits im Vorfeld;*
- *Fähigkeit und Bereitschaft, eigene Beiträge zu Konflikten zu erkennen;*
- *Empathie für die andere(n) Konfliktpartei(en) und die Bereitschaft, ihre Sicht der Situation zu verstehen;*
- *Formen angemessener Selbstbehauptung und gewaltfreier Durchsetzung von Interessen“ (Hermann 2013, S. 19 zit. n. Kaegi 2015, S. 201).*

Der Konfliktforscher Thomas (1992) klassifizierte zwei Möglichkeiten, wie mit einem Konflikt umgegangen werden kann: Durchsetzung versus Kooperation. Bei der Durchsetzung verfolgen die Parteien ihre eigenen Intentionen, bei der Kooperation gibt es einen Grad der Sorge um die anderen AkteurInnen. In diesen Breitengraden lassen sich fünf Strategien bezüglich der Konflikthandhabung skizzieren:

- (1) Strategie der Konkurrenz oder des Zwanges (Competing oder Forcing): Eine Partei setzt ihre eigenen Interessen gegenüber den anderen Parteien rigoros durch.
- (2) Strategie der Anpassung oder des Glättens (Accommodating oder Smoothing): Die eigenen Interessen kommen zu kurz.

- (3) Strategie der Kompromisse (Compromising): Die Parteien können zwar nicht alle ihre Interessen durchsetzen, jedoch gibt jede Seite nach und lenkt ein. Es gibt keine/n VerliererIn.
- (4) Strategie der Vermeidung oder des Rückzuges (Avoiding oder Withdrawing): Herausforderungen werden nicht besprochen und vertagt – daher für beide Seiten eher unproduktiv.
- (5) Strategie der Kooperation oder der Problemlösung (Collaborating oder Problem-solving): In dieser Strategie haben alle Konfliktparteien einen Gewinn und einen Synergieeffekt (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 48f.).

AkteurInnen sollen demnach die Fähigkeiten besitzen, mit Uneinigkeiten und Konflikten professionell umgehen zu wollen und zu können (vgl. Schweitzer 1998, S. 25). Dafür können auch Regeln für die Austragung von Konflikten zurechtgelegt werden (vgl. Payer 2008b, S. 30).

#### 2.5.5. Lösungsorientierung

Im Fokus der lösungsorientierten Arbeit ist das Ziel das Endprodukt. Unabhängig von den möglichen aufkommenden Problematiken, Konflikten oder offenen Fragen muss das Gesamtergebnis im Fokus bleiben. Die einzelnen Schritte sollen aus den Wünschen, Zielen und Ressourcen abgeleitet werden. Für eine lösungsorientierte Arbeit ist die Fähigkeit zu Kompromissen bzw. die Fähigkeit zur Konsensfindung ebenso von Vorteil wie die Herstellung eines Ausgleichs zwischen den verschiedenen Einzelinteressen und dem Gesamtinteresse (vgl. ebd., S. 31).

#### 2.5.6. Kommunikationsfreudigkeit

Damit eine Kooperation zustande kommen kann, müssen alle beteiligten Personen miteinander kommunizieren. Gleichzeitig ist die Kommunikation auch eine Folge von Kooperation, denn diese ist dafür verantwortlich, dass sich die Personen austauschen, also kommunizieren müssen (vgl. Hacker, 1998, o. S. zit. n. Balz/Spieß 2009, S. 32). Jede Kommunikation ist durch fünf grundlegende Elemente gekennzeichnet:

- (1) „Man kann nicht nicht kommunizieren
- (2) Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt
- (3) Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung
- (4) Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten
- (5) Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär“ (Watzlawick 2014, o. S.)

Der Kommunikationswissenschaftler und Psychotherapeut Paul Watzlawick beschreibt, dass (1) jede (non-)verbale Kommunikation ein Verhalten ist, (2) das durch Gestik, Mimik und Tonfall der Sprechenden Person im Gegenüber unterschiedliche Reaktionen auslösen kann. Dies kann eine Bestätigung, eine Verwerfung oder eine Entwertung sein. (3) Abhängig von diesem Reiz folgt wiederum eine Reaktion vonseiten des Angesprochenen (Verhaltenskette). Ein Kommunikationskreislauf beginnt. (4) Die Kommunikationsobjekte werden entweder auf der Inhalts- (digital) oder auf der Beziehungsebene (analog) ausgedrückt. (5) Ein weiterer Punkt in der Kommunikation betrifft den symmetrischen oder komplementären Kommunikationsablauf, wobei bei der symmetrischen Kommunikation der Fokus auf zwei gleichstarken PartnerInnen liegt, die jeweils Gleichheit und Verminderung von Verschiedenheiten anstreben. Bei einem komplementären Ablauf gibt es ein Hierarchiegefälle in der Kommunikation. Die jeweiligen PartnerInnen ergänzen sich in ihrem Kommunikationsverhalten (schwach vs. stark). Für eine erfolgreiche Kooperation ist eine symmetrische Beziehung von Vorteil, da die Kommunizierenden ebenbürtig sind bzw. versuchen, den vorhandenen Rangunterschied zu verringern (vgl. ebd., o. S.). Somit ist auch Empathiefähigkeit – das Hineinversetzen in andere, um ein besseres Verständnis für die momentane Situation und die Handlungsvorgänge zu erhalten – für eine gelingende Kooperation notwendig (vgl. Redmond 1989, o. S. zit. n. Balz/Spieß 2009, S. 35).

## 2.6. Perspektive der KlientInnen und ihrer Angehörigen

Die Kooperation von Fachkräften aus verschiedenen Disziplinen ist in Bezug auf den fachlichen Austausch und der Ziel- sowie Interventionspläne von großer Bedeutung. Jedoch sind die einzelnen Dienstleistungen auf die Mitarbeit der KlientInnen angewiesen (vgl. Hochuli Freund 2015, S. 143). „Eine soziale Dienstleistung ist eine koproduktive, gemeinsam erbrachte Leistung von Professionellen und Klienten“ (Olk/Otto/Backhaus-

Maul 2003, S. XIII zit. n. ebd., S. 143f.). Eltern sind die natürlichen und damit die primären Erzieher (Elternrecht). Hinsichtlich der komplizierten und normativ pluralistisch gewordenen Erziehungsbedingungen benötigen diese Unterstützung bei der Erziehung (Elternbildung) (vgl. Speck 2008, S. 475). Die Kompetenzen, die Perspektive, die Bedürfnisse und die Wünsche der beteiligten Personen sowie die Möglichkeiten der Gestaltung der Kooperation mit den Betroffenen und ihren VertreterInnen müssen gemeinsam erfasst werden (vgl. Hochuli Freund 2015, S. 144). Hinsichtlich der Elternarbeit lassen sich zwei Schwerpunkte festlegen: Im medizinischen Bereich findet die „Elternarbeit“ oder „Elternberatung“ vor allem während der Untersuchung/Arbeit mit dem Kind statt. Im Fokus steht die Einbeziehung und Anleitung der Eltern. Im pädagogisch-psychologischen Setting wird mehr Zeit für Gespräche mit den Eltern und für eine explizite Beratung aufgewendet. Hier stehen Alltagsprobleme, erzieherische Herausforderungen oder auch rechtliche Angelegenheiten im Mittelpunkt.

- Eine indirekte (implizite) Form – also die begleitende Form der Kinderförderung
- Eine direkte (explizite) Form – also Unterstützung durch Gespräche und allgemeine Beratung

Die implizite Elterneinbeziehung fokussiert auf Anregungen im Umgang mit dem Kind sowie auf Anleitungen zur entwicklungsgemäßen Förderung. Die explizite Form legt den Schwerpunkt auf die Besprechung von allgemeinen Problemen (wie z. B. persönliche oder familiäre Herausforderungen) und auf die Weitergabe von spezifischen, fachlichen Inputs (wie z. B. Entwicklungsmöglichkeiten, Anregungen für Hilfen im Umgang mit dem Kind, Förderungsbedingungen etc.) (vgl. Speck 2008, S. 462f.). Unabhängig von der Form der angebotenen Unterstützungsleistung soll eine konstruktive Kooperation zwischen den Fachkräften und den Eltern erreicht werden. In dieser Kooperation sollen die Elemente Transparenz, Informationsoffenheit und Gesprächsbereitschaft vorherrschen (vgl. Greving/Ondracek 2014, S. 386). Zusätzlich sind folgende Merkmale in der elterlichen Kommunikation förderlich:

- *„Wertschätzung des elterlichen Einsatzes für das Kind,*
- *Bemühung um das Verstehen dessen, was den Eltern in Bezug auf das Wohl ihres Kindes wichtig ist,*

- *Ehrlichkeit, Offenheit und Echtheit gegenüber den Eltern insbesondere im Hinblick auf emotionales ‚Mitschwingen‘ bezüglich der Lage des Kindes,*
- *Aktivität und Engagement im gemeinsamen Einsatz für das Kind,*
- *Verzicht auf Fachsprache und Verwendung einer verständlichen Ausdrucksweise“*  
(Greving/Ondracek 2014, S. 356f.).

Doch bevor eine Kooperation stattfinden kann, muss zunächst eine Basis für aufgabenbezogenes, zielorientiertes, gemeinsames Arbeiten geschaffen werden. Für eine gemeinsame Arbeitsbasis muss vor allem der Auftrag geklärt werden. In der Klärungsphase werden die individuellen Anliegen und Herausforderungen bzw. die Veränderungswünsche der KlientInnen erfragt. Dies geschieht unabhängig davon, ob die Person freiwillig oder unfreiwillig die soziale Dienstleistung in Anspruch nimmt. Im zweiten Fall müssen die einzelnen Punkte gemeinsam erarbeitet werden. Neben den Wünschen und Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen sind zudem die Perspektiven der Erziehungsberechtigten zu erfassen. Erst dann ist ein gemeinsames, aufgabenbezogenes und zielorientiertes Arbeiten möglich – und damit die Basis für Kooperation geschaffen. Im Kooperationsprozess ist zu beachten, dass die KlientInnen bzw. Erziehungsberechtigten die Situation aus ihrer Alltagsrealität und die Fachkräfte die Situation aus ihrem spezifischen Background betrachten. Daher können die Problemdefinitionen, Anliegen und Ziele sehr verschieden sein. Bei professionellem Handeln ist sich die Fachkraft der eigenen Sichtweise sowie der Sichtweise der KlientInnen und der Komplexität von deren Problemen bewusst. Wenn mehrere Fachkräfte unterschiedlicher Professionen in der Familie tätig sind, ist zumindest die additive Kooperation zu gewährleisten. Dabei sollte sichergestellt sein, dass alle Professionen, die im familiären System involviert sind und Unterstützungen anbieten, über die Anwesenheit der im System integrierten Fachkräfte informiert werden (Transparenz). Anzustreben ist jedoch die integrative Kooperation. Mit dem Ziel eines inhaltlichen Mehrwerts durch die Hereinnahme der Perspektiven, Anliegen und Sorgen der Betroffenen oder/und von deren VertreterInnen gelingt es, die unterschiedlichen Sichtweisen transparent zu machen, gemeinsame Such- und Verständigungsprozesse anzustreben und die daraus resultierenden Inhalte gemeinsam zu verändern und weiterzuentwickeln (vgl. ebd., S. 148ff.).

## 2.7. Zusammenfassung

Ein Kooperationsprozess mit einer konkreten Aufgabenstellung beinhaltet mindestens zwei unterschiedliche InteraktionspartnerInnen (Fachkräfte, Familienangehörige etc.) (vgl. Payer 2008a, S. 9). Die einzelnen Professionen sowie die Betroffenen und deren VertreterInnen bringen verschiedene Kompetenzen, Ressourcen sowie vielfältige Interessen, Motive und Erwartungshaltungen hinsichtlich der Durchführung der Unterstützungsleistung mit ein. Diese sollten in dem Kooperationsgespräch geklärt werden (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 34). Die Festlegung sowie die Klärung der Ziele und Aufgaben verleiht dem kooperativen Handeln Stabilität, Konsistenz und Sinn (vgl. Brunstein/Maier 1996, o. S. zit. n. ebd., S. 34).

Durch eine kooperative Beteiligung aller Parteien kann eine Verbesserung der Angebote für die Zielgruppe erreicht werden. Gleichzeitig kann unangemessenen sowie falschen Vorstellungen und Erwartungen über die jeweiligen Handlungsmöglichkeiten der Dienstleistungsanbieter durch die Einholung von Informationen vorgebeugt werden (vgl. Seckinger 2015, S. 45ff.). Ob die angestrebten Ziele im Sinne des Synergieeffekts gemeinsam besser bzw. überhaupt erreicht werden können, zeigt sich in der aktiven Zusammenarbeit. Der Mehrwert einer Kooperation entsteht im gemeinsamen Handeln über einen längeren Zeitraum (vgl. Payer 2008a, S. 8). Aus diesem Grund sollten langfristig ausgelegte Ziele präzise sowie eindeutig formuliert und von allen beteiligten AkteurInnen akzeptiert werden. Zudem sollten diese überprüfbar und evaluierbar sein (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 34).

Kritisch zu betrachten ist „die Zersplitterung, Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Dienstleistungsangeboten“ (Bullinger/Nowak 1998, S. 149; Merten 2015a, S. 36). Diese Angebote sind gekennzeichnet „mit unterschiedlichen politischen und gesetzlichen Vorgaben und Finanzierungsmodellen, mit Zuständigkeits- und Abgrenzungsfragen sowie mit unterschiedlichen Ausbildungsstandards und Qualitätsansprüchen“ (ebd., S. 149; ebd., S. 36). In einer bewusst gewählten, beabsichtigten und fachlich begründeten Kooperation müssen diese Unterschiedlichkeiten wahrgenommen werden (vgl. Merten 2015a, S. 36).

### 3. Rechtliche Rahmenbedingungen

Dieses Kapitel befasst sich mit drei ausgewählten Rechtssystemen, die jeweils bedeutende Aspekte für Menschen mit einer Behinderung, im Speziellen mit einer Autismus-Spektrum-Störung, beinhalten. Es werden ausgewählte Rechtsabschnitte zitiert, die sich auf die inhaltliche Thematik dieser Arbeit beziehen. Die entsprechenden Rechtssysteme sind:

- UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)
- Charta für autistische Menschen
- Das Steiermärkische Behindertengesetz (StBHG)

#### 3.1. UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Die UN-Behindertenrechtskonvention verweist auf die Menschenrechte von Menschen mit Beeinträchtigung. Diese Vereinbarungen sind von den Vertragsstaaten auf nationaler Ebene einzuhalten (UN-BRK 2016, S. 3). Im Folgenden werden aus der UN-Behindertenrechtskonvention der Artikel 26 (Vermittlung von Fähigkeiten und Rehabilitation) und der Artikel 30 (Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport) aufgegriffen.

Diese zwei Artikel implizieren die Förderung der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, fokussieren das Wohl des Kindes und der Jugendlichen und verweisen auf das Recht auf Inklusion.

Das Recht auf Vermittlung von Fähigkeiten und Rehabilitation (Artikel 26):

*„(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, umfassende körperliche, mentale, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Inklusion in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Dienste und Programme zur Vermittlung von Fähigkeiten und zur Rehabilitation, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung,*

*der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Erfordernisse und Stärken beruhen; b) die Inklusion in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.*

*(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Diensten zur Vermittlung von Fähigkeiten und zur Rehabilitation.*

*(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Vermittlung von Fähigkeiten und der Rehabilitation“ (ebd., S. 21).*

Menschen mit Behinderung haben ein Recht auf die Vermittlung von Fähigkeiten und Rehabilitation. Dabei sollten die Erhöhung der Lebensqualität in den einzelnen Lebensbereichen (Erziehung und Schulbildung, Familie, Arbeitswelt, Freizeit, Wohnen und psychische Gesundheit), die Stärkung der individuellen Kompetenzen und die Selbstbestimmung einen großen Stellenwert einnehmen. Es ist Folgendes sicherzustellen: (1) die Leistungen müssen so früh wie möglich eingesetzt werden; (2) die Fachkräfte, die dieses Wissen vermitteln, müssen Aus- und Fortbildungen besuchen; (3) und es müssen entsprechende unterstützende Geräte und Technologien verwendet werden. Entscheidend dabei ist, dass Unterstützungsmaßnahmen so nah wie möglich an den/die Adressaten/Adressatin gebracht werden müssen.

Das Recht auf Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport (Artikel 30):

*„(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen, gleichberechtigt mit anderen am kulturellen Leben teilzunehmen, und treffen alle geeigneten Maßnahmen, um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen a) Zugang zu kulturellem Material in barrierefreien Formaten haben; b) Zugang zu Fernsehprogrammen, Filmen, Theatervorstellungen und anderen kulturellen Aktivitäten in barrierefreien Formaten haben; c) Zugang zu Orten kultureller Darbietungen oder*

*Dienstleistungen, wie Theatern, Museen, Kinos, Bibliotheken und Tourismusdiensten, sowie, so weit wie möglich, zu Denkmälern und Stätten von nationaler kultureller Bedeutung haben.*

*(2) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit zu geben, ihr kreatives, künstlerisches und intellektuelles Potenzial zu entfalten und zu nutzen, nicht nur für sich selbst, sondern auch zur Bereicherung der Gesellschaft.*

*(3) Die Vertragsstaaten unternehmen alle geeigneten Schritte im Einklang mit dem Völkerrecht, um sicherzustellen, dass Gesetze zum Schutz von Rechten des geistigen Eigentums keine ungerechtfertigte oder diskriminierende Barriere für den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu kulturellem Material darstellen.*

*(4) Menschen mit Behinderungen haben gleichberechtigt mit anderen Anspruch auf Anerkennung und Unterstützung ihrer spezifischen kulturellen und sprachlichen Identität, einschließlich der Gebärdensprachen und der Gehörlosenkultur.*

*(5) Mit dem Ziel, Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Teilhabe an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen, a) um Menschen mit Behinderungen zu ermutigen, so umfassend wie möglich an breitensportlichen Aktivitäten auf allen Ebenen teilzunehmen, und ihre Teilnahme zu fördern; b) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, behinderungsspezifische Sport- und Erholungsaktivitäten zu organisieren, zu entwickeln und an solchen teilzunehmen, und zu diesem Zweck die Bereitstellung eines geeigneten Angebots an Anleitung, Training und Ressourcen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen zu fördern; c) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu Sport-, Erholungs- und Tourismusstätten haben; d) um sicherzustellen, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern an Spiel-, Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten teilnehmen können, einschließlich im schulischen Bereich; e) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen barrierefreien Zugang zu der [...] Organisation von Erholungs-, Tourismus-, Freizeit- und Sportaktivitäten [und den damit] befassten Personen und Einrichtungen haben“ (ebd., S. 24f.).*

Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung haben wie Kinder ohne Beeinträchtigung das Recht auf Teilhabe an allen Aspekten des Lebens. Dazu zählt ebenso die Erhöhung der Lebensqualität durch die Teilhabe an Freizeit, Erholung und Sport. Dabei sollte ein barrierefreier Zugang zu den jeweiligen kulturellen Angeboten sowie Freizeit- und Sportaktivitäten vorhanden sein. Weitere Bedingungen sind die Chancengleichheit und der Respekt auf allen Ebenen sowie die Partizipation bei der Wahl der Aktivität. Dies ist sowohl bei schulischen als auch bei privaten Kultur- bzw. Sportveranstaltungen sicherzustellen.

### 3.2. Charta für autistische Menschen

Ergänzend zu der Erklärung der Rechte von Menschen mit Behinderung fordern Personen mit Autismus-Spektrum-Störung die gleichen Rechte und Vorteile wie Personen ohne Behinderung – unter Berücksichtigung ihrer Möglichkeiten, Bedürfnisse und Interessen. Die Charta beinhaltet 19 Rechte, welche jeder Staat durch eine entsprechende Gesetzgebung unterstützen, schützen und durchsetzen soll (vgl. autismus Deutschland e. V. 1996, S. 2). Im Folgenden werden die Rechte Nr. 4, Nr. 6, Nr. 9 und Nr. 12 erörtert:

*„Nr. 4. Das Recht von Menschen mit Autismus (und ihrer Vertreter) in alle Entscheidungen bezüglich ihrer Zukunft mit einbezogen zu werden; die Wünsche des betroffenen Menschen müssen so weit wie möglich ermittelt und respektiert werden“ (ebd., S. 2).*

Jede Person mit einer Autismus-Spektrum-Störung hat das Recht, dass sie in jede zukünftige Entscheidung miteinbezogen wird und dass ihre Wünsche sowie Anliegen erfasst und berücksichtigt werden.

*„Nr. 6. Das Recht von Menschen mit Autismus auf die Ausstattung, die Hilfe und die unterstützenden Dienste, die notwendig sind, um ein erfülltes, produktives Leben in Würde und Unabhängigkeit führen zu können“ (ebd., S. 2).*

Die betroffenen Personen und deren Angehörige können unterschiedliche Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen auswählen (siehe Kapitel 4). Um eine passgenaue Hilfe anbieten zu können, müssen die Wünsche, Interessen sowie Bedürfnisse sowohl der

Personen mit Autismus-Spektrum-Störung als auch ihrer Bezugspersonen, inklusive der Stärken und Herausforderungen der betroffenen Personen berücksichtigt und miteinbezogen werden.

*„Nr. 9. Das Recht von Menschen mit Autismus auf geeignete Beratung und Fürsorge ihre physische, psychische und geistige Gesundheit betreffend; dies schließt das Angebot einer adäquaten Behandlung und Medikation im besten Interesse des einzelnen Betroffenen sowie beschützende Maßnahmen mit ein“ (ebd., S. 2).*

Das Ziel einer therapeutischen und pädagogischen Förderung bzw. Intervention ist die Erreichung einer größtmöglichen Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit und Lebensqualität. So verschieden die einzelnen Individuen mit einer Autismus-Spektrum-Störung sind, so multiprofessionell und unterschiedlich müssen die diversen Förder- und Unterstützungsmaßnahmen sein.

*„Nr. 12. Das Recht von Menschen mit Autismus auf Teilhabe und Inanspruchnahme von Kultur, Unterhaltung, Erholung und Sport“ (ebd., S. 3).*

Wie bereits in der UN-Behindertenrechtskonvention in Artikel 30 beschrieben, haben alle Menschen ein Recht auf die Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport.

Diese ausgewählten Rechte fordern, dass auf die Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung eingegangen werden muss und dass Vorurteile, Missverständnisse sowie Diskriminierungen abgebaut werden müssen. Durch die individuelle Betrachtung eines jeden Einzelnen und durch den professionellen Austausch der medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Bereiche inklusive der betroffenen Personen und ihrer VertreterInnen können (Entwicklungs-)Ziele besprochen, angepasst und verfeinert sowie die Selbstständigkeit und die Selbstbestimmtheit gestärkt werden.

### 3.3. Steiermärkisches Behindertengesetz (StBHG)

Im Steiermärkischen Behindertengesetz sind jene Hilfsleistungen festgehalten, die Menschen mit einer Behinderung an der Teilhabe an der Gesellschaft unterstützen sollen. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die allgemeinen Bestimmungen des Landesgesetzes. Eine Darstellung der einzelnen Leistungsstrukturen erfolgt in Kapitel 4.

Das Steiermärkische Behindertengesetz definiert Menschen mit Behinderung als Personen, die aufgrund einer physischen Funktion, einer intellektuellen Fähigkeit, psychischer Gesundheit oder einer Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benachteiligt sind. Des Weiteren muss die Beeinträchtigung mehr als sechs Monate vorhanden sein. Ausgenommen sind jene Personen, die unter einer chronischen Erkrankung leiden oder altersbedingte Einschränkungen haben (vgl. StBHG 2017, S. 3). Um die Hilfsleistungen in Anspruch nehmen zu können, sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen: Die Personen müssen (1) ihren Hauptwohnsitz in der Steiermark haben, (2) eine Staatsbürgerschaft in einem europäischen Wirtschaftsraum haben oder über einen Aufenthaltstitel (§8 Abs. 1 Z. 1 bis 8 NAG) oder über den Status eines anerkannten Flüchtlings (§12 Asylgesetz) verfügen und (3) zu einem mehr als dreimonatigen Aufenthalt berechtigt sein (vgl. ebd., S. 3).

Jene Personen, auf die das zutrifft, können folgende Hilfsleistungen in Anspruch nehmen:

- Heilbehandlungen (§5), wie „Ärztliche Behandlung, Therapien, Heilmittel und Pflege in Kranken-, Kur- oder sonstigen Anstalten“ (2. Abschnitt § 5),
- Freizeitgestaltung (§21a),
- Familientlastung (§22) (vgl. ebd., S. 4f.).

Die Personen haben die Möglichkeit, mobile, ambulante oder teilstationäre Leistungen parallel und manche über einen längeren Zeitraum in Anspruch zu nehmen. Die Kosten für die Therapien und die dadurch anfallenden Fahrtkosten werden von der Landesregierung übernommen. Die Kosten der Freizeitassistenz und der Familientlastung werden teilweise übernommen. Die Eltern übernehmen einen Selbstbehalt von 10 %. Zu beachten ist, dass eine mobile Betreuung, wenn sie die Kosten

einer teil- bzw. vollstationären Unterbringung nicht übersteigt, zu bevorzugen ist (vgl. ebd., S. 4ff.).

Die Leistungen der Heilbehandlungen werden gewährt, wenn dadurch „eine *Behebung oder eine erhebliche Besserung der Beeinträchtigung oder eine Verlangsamung des Verlaufes der durch die Behinderung bestehenden Beeinträchtigungen erreicht werden kann oder eine Verschlechterung der durch die Behinderung bestehenden Beeinträchtigungen hintangehalten werden kann*“ (2. Abschnitt §5) (ebd., S. 5).

Autismus ist noch nicht heilbar und kann durch Medikamente nur bedingt beeinflusst werden, jedoch eine (psycho-)therapeutische sowie pädagogische Unterstützung verbessert die alltagsrelevanten Fähigkeiten, die Kommunikationsfähigkeiten und die Verhaltensweisen. Dies trägt wiederum zur Erhöhung der Lebensqualität bei (vgl. Bölzle 2015, S. 150; Preißmann 2017, S. 104).

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über die möglichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz. Diese Übersicht unterteilt die Angebote nach Alter und Handlungsfelder. Die Altersbegrenzung orientiert sich nach dem Steirischen Jugendschutzgesetz, demgemäß Kinder als Personen unter 14 Jahren und Jugendliche als Personen zwischen 14 und 18 Jahren definiert werden. Personen über 18 Jahre werden als Erwachsene gesehen (vgl. Jugendschutzgesetz 2017, o. S.). Die jeweiligen Leistungsangebote sind an das Alter, in dem diese Angebote in Anspruch genommen werden, angepasst.

		Kind	Jugendliche	Erwachsene
<b>Stmk. BHG-Leistungen</b>	<b>Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung (Stmk. BHG § 7)</b>			
	<b>Mikado-Tagesmütter/-väter</b>			
		<b>(Heilpädagogischer) Kindergarten inkl. Betreuung und Pflege (Stmk. BHG § 7)</b>		
			<b>(Heilpädagogische) Bildungsstätte</b> inkl. Betreuung und Pflege (Stmk. BHG § 7) - Horte, Nachmittagsbetreuung, schulbezogene Veranstaltungen	
	<b>Heilbehandlungen: (Stmk. BHG § 5)</b>			
	- ärztliche Behandlungen			
	- Heilmittel			
	- Pflege in Kranken-, Kur- oder sonstigen Anstalten			
	- Therapien: * Physio-, Ergo- und Musiktherapie * Logopädie * Psychotherapie * Psychologische Behandlung			
	<b>Familientlastung Stmk. BHG §22</b>			
				<b>Freizeitassistenz Stmk. BHG §21a</b>
				<b>Wohnen:</b> Stmk. BHG §18 - Vollzeitbetreutes Wohnen für Menschen mit Behinderung - Trainingswohnen - Teilzeitbetreutes Wohnen - Wohnassistenz
			<b>Beschäftigung:</b> Stmk. BHG §8 + §16 - in einer Tageswerkstätte produktiv-kreativ - Tageseinrichtung mit Tagesstruktur - Berufliche Eingliederung Arbeitstraining/in Werkstätten/durch betriebliche Arbeit	
			<b>Geldleistungen:</b> Stmk. BHG §22a - persönliches Budget	

Abbildung 2: Darstellung der StBHG-Leistungen (StBHG 2017, S. 1ff.; eigene Darstellung)

An die Abbildung 2 anknüpfend, wird im nächsten Abschnitt auf die jeweiligen Unterstützungs- und Hilfsstrukturen Bezug genommen. Der Hauptschwerpunkt liegt auf den Maßnahmen, die außerhalb des Bildungssystems (blau markierte Bereiche) beansprucht werden. Da es häufig Überschneidungen mit dem Bildungs- und dem Wohn-/Beschäftigungsbereich (beides rot markiert) gibt, werden diese kurz erläutert.

#### **4. Unterstützende Hilfen in Österreich**

Jeder Mensch hat ein soziales Netzwerk, das aus einer Vielzahl von Kontakten und Beziehungen zu anderen Personen besteht, die sich in der Beziehungsqualität und in der Zugehörigkeit der Lebensbereiche (z. B. Familie, Nachbarschaft, Berufsleben, Freundeskreis) unterscheiden. Das professionelle Netzwerk beinhaltet all jene Beziehungen, die für ihre Unterstützungsleistung, die sie anbieten, finanziell entlohnt werden wie z. B. ÄrztInnen, AnwältInnen, TherapeutInnen und die Assistenzleistungen (vgl. Friedrich 2012, S. 29).

Die meisten Kontakte und Beziehungen finden auf einer informellen Ebene statt, die als primäres Netzwerk (Verwandte, Nachbarn, Freunde) bezeichnet wird. Das professionelle Netzwerk wird in die sekundäre (Kita/Schule etc.) und in die tertiäre Ebene (Fachkräfte unterschiedlicher Dienstleistungsanbieter) geteilt (vgl. ebd., S. 29). Zu beachten ist, dass die sozialen Netzwerke von Familien mit Kindern, die eine Autismus-Spektrum-Störung aufweisen, anders gestaltet sind als die von Familien, in denen keine vergleichbaren Fälle auftreten. Oftmals reagieren Verwandte, Nachbarn oder Freunde bei einer Autismus-Diagnose mit Unverständnis, Vorwürfen und Enttäuschung. Dies ist sehr verletzend für Eltern (vgl. Preißmann 2017, S. 71). Unternehmungen außer Haus bzw. gemeinsame Aktivitäten mit Freunden werden vermieden, da sie Angst vor Stigmatisierung aufgrund der Verhaltensauffälligkeit des Kindes haben. Teilweise finden Eltern die Zusammentreffen mit Freunden zeitlich sehr aufwändig und anstrengend. Die Folge ist eine soziale Rückzugstendenz, was mit dem Verlust von sozialen Kontakten einhergeht. Dies findet auf zwei Ebenen statt: Die betroffene Familie hat keine Zeit und Energie für das Anknüpfen und die Pflege von Kontakten und/oder die Bekannten/Freunde ziehen sich zurück, da sie das Zusammensein mit der betroffenen Familie als „kompliziert“ empfinden (vgl. Jungbauer/Meye 2008, S. 525f.). Überwiegend ziehen sich Personen aus dem primären Netzwerk zurück und stehen nicht mehr als Unterstützungs- und Rückzugsebene für die Familie zur Verfügung. Ohne diesen Rückhalt ist die Bewältigung des Alltags eine große Herausforderung, sodass die nötige Unterstützung durch die professionelle Unterstützungssäule abgedeckt werden muss. Bevor die tertiäre Ebene mit den verschiedenen Leistungsstrukturen dargestellt wird, geht die Autorin auf die im

Steiermärkischen Bundesgesetz verankerten Grundsätze und Handlungsprinzipien von professionellem Handeln ein.

#### 4.1. Grundsätze und Handlungsprinzipien

Im Steiermärkischen Behindertengesetz (StBHG Nr. 26/2004 idF LGBl. Nr. 113/2015) werden unterschiedliche Leistungen (Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten) angeboten. Deren Aufgabe ist es, Menschen mit Behinderung zu unterstützen. Der Fokus liegt auf der Teilhabe an der Gesellschaft, wie Menschen ohne Behinderung dies pflegen, und auf der Führung eines möglichst selbstbestimmten Lebens (§ 1) (vgl. StBHG 2017, S. 3). Die Grundbedürfnisse von Menschen mit Behinderung gelten als allgemeine menschliche Grundbedürfnisse. Somit haben sie die gleichen Rechte auf Hilfe, Förderung, Bildung und Existenzsicherungen (vgl. Bank-Mikkelsen 2005, S. 52; Thimm et al. 2008, S. 99). Dies bedeutet, dass Betroffene ihr Leben so führen sollen, wie es gleichaltrige nichtbehinderte Personen tun. Die Idee der Normalisierung meint, dass Menschen mit Behinderung ein Leben so nahe wie möglich an der Normalität führen sollen (vgl. Bank-Mikkelsen 1959, o. S. zit. n. Thimm 2005, S. 14; Greving/Ondracek 2014, S. 160). Deutlicher wird dieser Anspruch in der Präambel (Buchstabe v) der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) formuliert: „Menschen mit Behinderungen [müssen] vollen Zugang zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt, zu Gesundheit und Bildung sowie zu Information und Kommunikation haben, damit sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll genießen können“ (UN-BRK 2016, S. 5). Hier schließt sich das StBHG an und definiert Normalisierung als eine „gleichberechtigte Teilhabe und Teilnahme am Leben der nicht behinderten Menschen. Die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung entsprechen [...] denen von Menschen ohne Behinderung“ (LEVO-StBHG 2017, S. 57).

Diese Definition greift das zweite Postulat (Inklusion/Partizipation) auf, welches in der Behindertenrechtskonvention unter dem Artikel 3 (Allgemeine Grundsätze, Buchstabe c) – „die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Inklusion in die Gesellschaft“ – verankert ist (UN-BRK 2016, S. 7). Der Begriff Inklusion wurde ursprünglich in der Erklärung von Salamanca durch die UNESCO-Kommission erwähnt (vgl. Biewer 2017, S. 129; Flieger 1996, o. S.). Die Begrifflichkeit ist in der Literatur sowie in den

erziehungswissenschaftlichen Theorien divergent und wird je nach Schwerpunktsetzung unterschiedlich verwendet. Daher ist der Kontext genau zu (über-)prüfen (vgl. Hinz 2002, S. 1). Inklusion ist für den gesamten Lebensbereich von Menschen mit Behinderung von Bedeutung, denn durch sie sollen alle Personen, die marginalisiert, ausgegrenzt und benachteiligt werden, die entsprechende Hilfe und angemessene Unterstützung erfahren, die diese benötigen. Gleichzeitig fokussiert sie die vollständige Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen (vgl. Sander 2006, S. 1; Schwalb/Theunissen 2012, S. 17; Dederich 2014, S. 13). Das StBHG definiert Inklusion und Partizipation als eine „untrennbare Einheit von sozialer Gemeinschaft und einer am einzelnen Menschen orientierten Erziehung, Bildung und Lebensgestaltung aller ihrer Mitglieder. Menschen mit Behinderung erhalten das notwendige Maß an Unterstützung für eine aktive Partizipation am gesellschaftlichen Leben“ (LEVO-StBHG 2017, S. 57). Durch die Akzeptanz der Heterogenität in der Gesellschaft können individuelle Lebensentwürfe verwirklicht und der Zugang zu sozialen und kulturellen Systemen ermöglicht und gewährt werden (vgl. Schwalb/Theunissen 2012, S. 18). Die Inklusion fokussiert nach Dederich (2014), Schwalb und Theunissen (2012) die Einbeziehung, Zugehörigkeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Anfang an (vgl. Schwalb/Theunissen 2012, S. 17; Dederich 2014, S. 13). Das Ziel ist die Anerkennung aller Menschen als gleich(wertig) und ist somit der Grundstein einer inklusiven Gesellschaft, die eine gleichwertige Partizipation ermöglicht (vgl. Budde/Hummrich 2013, S. 1). Alle beteiligten Personen arbeiten hierbei freiwillig mit (Unteilbarkeit) (vgl. LEVO-StBHG 2017, S. 57). Die Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass Menschen mit Beeinträchtigung am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, ohne sich an diese anpassen zu müssen (vgl. Biewer 2017, S. 130; Eitle 2012, S. 148).

Das dritte Leitpostulat ist Empowerment, welches in den 1950er-Jahren durch eine US-amerikanische Bürgerrechtsbewegung bekannt wurde und viele verschiedene Minderheitsgruppierungen inspirierte (vgl. Schwalb/Theunissen 2012, S. 26). Grundlegend für das Konzept sind drei Grundgedanken:

- (1) *„Selbstbestimmung,*
- (2) *demokratische Partizipation (Mitbestimmung) durch Betroffenen-Beteiligung*
- (3) *Verteilungsgerechtigkeit“ (Theunissen 2015, S. 118)*

Das Ziel liegt darin, die Selbstgestaltungskräfte und Ressourcen der AdressatInnen zu aktivieren (vgl. Schwalb/Theunissen 2012, S. 17; Theunissen 2015, S. 118). Empowerment „zielt auf die Stärkung und Erweiterung der Selbstverfügungskräfte des Subjektes; es geht um die (Wieder-)Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags“ (Herriger 1991, S. 222 zit. n. Herriger 2014, S. 15). Das StBHG formuliert dies wie folgt:

*„Menschen mit Behinderung treffen Entscheidungen, die ihre Person betreffen selbst bzw. sie sind zumindest maßgeblich an den Entscheidungsprozessen beteiligt. Die Selbstständigkeit dient der Förderung und Stärkung des persönlichen Handlungsspielraums und der Eigenverantwortung und somit der Gleichstellung mit Menschen ohne Behinderung“ (LEVO-StBHG 2017, S. 4).*

Durch die Selbstbemächtigung und Selbstaneignung von Kompetenzen und sozialen Ressourcen treten Menschen oder Gruppen aus der Machtunterlegung (Abhängigkeit, Bevormundung) heraus und werden in unterschiedlichen Lebensbereichen autonom tätig (vgl. Schwalb/Theunissen 2012, S. 26).

Diese Grundprinzipien sind die Handlungsgrundlage in der professionellen Unterstützung von Menschen mit Behinderung. Im Fokus steht der Mensch als „Experte in eigener Sache“ mit allen Rechten und Pflichten, die bei einer Teilhabe in einer Gesellschaft erforderlich sind (vgl. ebd. 2012, S. 8). Um diesen nachgehen zu können, können betroffene Personen unterschiedliche Unterstützungsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Im folgenden Abschnitt wird auf diese genauer eingegangen. Bereiche wie Bildungswesen, Wohnen und Beschäftigung werden nur kurz angeschnitten. Bereiche wie therapeutische Leistungen, Familienentlastung und Freizeitassistenz werden hinsichtlich der empirischen Fragestellung und des Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit ausformuliert.

## 4.2. Bildungswesen

Für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung treten mit dem Eintritt in den Kindergarten die ersten Herausforderungen – die Anforderungen an die Sozialkompetenz im Umgang mit anderen Kindern und die Integration in die Kindergartengruppe – auf (vgl. Girsberger 2014, S. 84f.). Um diesen Übergang und die weitere Kindergartenzeit zu bewältigen, können Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung von individuellen Betreuungspersonen (KISA-AssistentInnen und/oder IZB-Team) unterstützt werden. Das Steiermärkische Behindertengesetz übernimmt die Kosten der Erziehung und Schulbildung, die ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechen. Inbegriffen sind anfallende Kosten für die Betreuung und Pflege im (heilpädagogischen) Kindergarten und in (heilpädagogischen) Horten (2. Abschnitt §7) (vgl. StBHG 2017, S. 6).

Beim Übergang vom Kindergarten in die Schule (Primär-/Sekundärschule) steigen die Erwartungen an die soziale Integration weiter an. Als eine große Herausforderung für die Eltern erweist sich das Finden von geeigneten Bildungseinrichtungen mit adäquatem Lehrpersonal. Zu diesem Wechsel der Bildungseinrichtungen kommen neue Herausforderungen – jene des Unterrichts: der Klassenwechsel, die Klassengröße, die neuen Lerninhalte sowie ungeschriebene soziale Regeln (vgl. Remschmidt 2012, S. 22; Girsberger 2014, S. 89f.). Die autismspezifischen Besonderheiten werden in diesem Zeitabschnitt erkennbar, da sich oftmals Aufmerksamkeitsstörungen, oppositionelles Verhalten, Lernstörungen und Tics bemerkbar machen (vgl. Noterdaeme 2015a, S. 47). Im Bereich der Schulausbildung kann die Schule um eine Schulassistentin ansuchen. Diese begleitet die betroffenen Personen während des Unterrichts, jedoch ohne pädagogische Leistungen, und bei schulbezogenen Veranstaltungen (2. Abschnitt §7) (vgl. StBHG 2017, S. 6). Eine Unterstützung und Begleitung in diesen Jahren ist für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung hilfreich, da sie beim Erlernen der Selbstständigkeit (Schultasche aus- und einpacken, von der Tafel abschreiben etc.), im Umgang mit anderen Menschen, beim Erlernen von neuen Verhaltensweisen etc. Anleitungen und Assistenz benötigen (vgl. Jungbauer/Meye 2008, S. 526). Des Weiteren können durch die Strukturierung der Lebensbereiche den Betroffenen Lerninhalte sinnvoll vermittelt werden. Die intellektuellen Fähigkeiten werden dadurch gefördert, während sie der Erhalt eines erfolgreichen Schulabschlusses vor diversen Misserfolgen schützt (z. B. Scheitern

einer beruflichen Integration am Arbeitsmarkt, Drogenkonsum, Flucht in die virtuelle Welt etc.) (vgl. Girsberger 2014, S. 90; Rickert-Bolg 2017, S. 26).

Neben dem Bildungsbereich erfahren Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung und deren Eltern Unterstützung und Förderung im außerschulischen Bereich. Diese Unterstützungsleistungen nehmen konkret die alltäglichen Problem- und Bedürfnislagen des Kindes und seiner Familie in den Fokus – mit all den Herausforderungen und Ressourcen, dem Leidensdruck, den Zielen und Wünschen (vgl. Rollett/Kastner-Koller 2011, S. 33). Der außerschulische Bereich wird in das therapeutische (Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung sowie Therapieansätze) und in das pädagogische Setting (Familienentlastung und Freizeitassistenz) gegliedert. Zu beachten ist in den beiden Bereichen, dass nicht jedes Kind von derselben Therapie oder von den gleichen Interventionen profitiert. Daher sind ein individueller Zugang sowie ein flexibles, möglichst breites Angebot Voraussetzung im therapeutischen und pädagogischen Setting. Ein zentraler Aspekt – neben den pädagogischen Grundsätzen (siehe Kapitel 4.1) – ist das Grundverständnis für die Fähigkeiten, die Bedürfnisse und die Herausforderungen für die betroffenen Personen. Zusätzlich dürfen Geduld, Einfühlungsvermögen, Verständnis und Klarheit in der Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung nicht fehlen (vgl. Freitag 2008, S. 82).

#### 4.3. Therapeutisches Setting

Bei einer Behandlung von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung wird neben dem Entwicklungsstand auf die individuellen Besonderheiten und Eigenheiten des Kindes Rücksicht genommen. Da sich die einzelnen Personen mit Autismus-Spektrum-Störung und deren Familien hinsichtlich der vorhandenen Möglichkeiten und Bedürfnisse unterscheiden, kann die Erkrankung nicht rezeptartig behandelt werden. Es bedarf der Erarbeitung eines individuellen Therapie- und Interventionsplans, der im Verlauf der Entwicklung immer wieder neu adaptiert werden muss (vgl. Freitag 2008, S. 82; Noterdaeme 2011, S. 12). Deswegen muss bei einer Therapie mit einem mehrdimensionalen Ansatz gearbeitet werden (vgl. Remschmidt 2012, S. 42). Häufig liegt der Schwerpunkt in der Therapie bei verhaltenstherapeutischen und heilpädagogischen Ansätzen (vgl. Noterdaeme 2011, S. 12). Ziele der therapeutischen

Behandlung sind die Reduzierung von Leid und der Abbau von dysfunktionalem Verhalten. Gleichzeitig soll funktionales Verhalten im sozialen und kommunikativen Bereich aufgebaut und gefördert werden. Ferner sollen neue Wege aufgezeigt und förderliche Verhaltensweisen vermittelt sowie trainiert werden (vgl. Freitag 2008, S. 82f.; Preißmann 2017, S. 20).

#### 4.3.1. Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung (IFF)

In Österreich stieg in den 1980er-Jahren der Bedarf an einer frühen Förderung von blinden und sehbeeinträchtigten Kindern. Folglich wurde erstmals Frühförderung angeboten. Durch die Gründung des Sozial- und Heilpädagogischen Förderungsinstitutes (SHFI) in der Steiermark sowie durch die Etablierung der Ausbildung zur Interdisziplinären Frühförderung und Familienbegleitung, die mittlerweile im Rahmen einer Kooperationspartnerschaft als universitärer Lehrgang angeboten wird, erhielten betroffene Eltern Informationen, Anregungen und Unterstützung für sich und ihre Kinder von ausgebildeten Fachkräften (vgl. Schuppler 2017, S. 1f.). Das Hilfsangebot der interdisziplinären Frühförderung richtet sich an Kinder, die eine Beeinträchtigung haben oder davon bedroht sind. Dieses Angebot setzt in einem Zeitraum zwischen Geburt und maximal drei Monate nach dem Schuleintritt ein. Die Behandlung und Unterstützung beginnt unmittelbar nach dem Erkennen des Entwicklungsproblems/-risikos. Die interdisziplinäre Frühförderung richtet sich neben dem Kind auch an die Eltern und an das Umfeld (vgl. Thurmair/Naggl 2010, S. 13; Eitle 2012, S. 151; LEVO-StBHG 2017, S. 36). Sie setzt die Förderung auf einer ganzheitlichen Sichtweise an, womit „eine enge Kooperation aller an der Frühförderung beteiligten Fachkräfte (sowie mit den Eltern)“ erforderlich ist (Behringer/Höfer 2005, S. 16). Die Vielzahl aller Facetten kindlicher Entwicklung kann nur aus unterschiedlichen fachlichen Blickwinkeln annähernd erfasst werden (vgl. ebd., S. 16).

Die Ausübung der Leistung findet oftmals im häuslichen (Wohn-)Umfeld statt, kann aber auch in einer Einrichtung (Verein etc.) ausgeübt werden (vgl. Eitle 2012, S. 151). Sie endet mit dem Eintritt in die Schule, womit zugleich die gesetzlich verankerte Kooperation der Fachkräfte aufhört (vgl. LEVO-StBHG 2017, S. 36).

Das Aufgabengebiet umfasst die Förderung der Kernbereiche der kindlichen Entwicklung in den ersten Lebensjahren. Dazu gehören die motorischen, sensorischen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen oder sozialen Bereiche, sowie die Kompetenzentwicklung und die Förderung des Selbstwertgefühles (vgl. Thurmair/Naggl 2010, S. 22ff.; Eitle 2012, S. 152). Die Schwierigkeiten von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung liegen in den oben genannten Bereichen, weswegen die interdisziplinäre Frühförderung für ihre kindliche Entwicklung förderlich ist. Die Gestaltung ist je nach Ausprägungsgrad verschieden und durch eine Methodenvielzahl gekennzeichnet, wobei sich das Angebot stark an verhaltenstherapeutischen Methoden orientiert. Zu den Arbeitsprinzipien der interdisziplinären Frühförderung gehören die Ganzheitlichkeit, die Hereinnahme der Familie sowie die Interdisziplinarität. Die interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung sieht sich nur als Teil eines großen HelferInnennetzwerkes, welches aus ÄrztInnen, TherapeutInnen und anderen Fachkräften besteht (vgl. Thurmair/Naggl 2010, S. 26; Eitle 2012, S. 151).

Der Ablauf einer interdisziplinären Frühförderung beginnt mit einer intensiven Eingangsphase. Bei dieser werden die bisherigen Entwicklungen, das Lebensumfeld sowie die aktuellen Anliegen und Bedürfnisse erfasst. Mittels entwicklungsdiagnostischer Manuale, Fragebögen und Beobachtungen (z. B. PEP-R oder CARS nach Schopler; Children Communication Checklist nach Bishop) werden alle Fähigkeiten und Besonderheiten des Kindes in den differenten Lebensbereichen erhoben. Daraus ergeben sich die ersten Teilziele für die Förderung. Fokussiert werden jene Entwicklungsbereiche, bei denen die autismusspezifischen Besonderheiten am deutlichsten hervortreten (siehe Kapitel 1.2) (vgl. Bölzle 2015, S. 149). In der Phase der Förderung und Therapie liegt der Fokus auf der Unterstützung des Kindes hinsichtlich seiner Entwicklung sowie auf der fachlichen Beratung und Unterstützung der Eltern (vgl. Thurmair/Naggl 2010, S. 39). Die dritte und letzte Phase tritt auf, wenn die Förderung sowie Begleitung des Kindes und der Eltern beendet wird. Entscheidende Punkte in der Abschlusssituation sind die frühzeitige Bekanntgabe des Abschlusstermins, eine gemeinsame Reflexion über die Förderung sowie die Einplanung von Zeit und Raum für die Verabschiedung von Kind und Eltern (vgl. Thurmair/Naggl 2010, S. 40).

#### 4.3.2. Therapien

Es gibt unterschiedliche Therapieansätze mit einer Vielzahl an verschiedenen Methoden, Verfahren und Maßnahmen, die bei der Behandlung von Störungen im Bereich des Autismus-Spektrums angewandt werden können. Zu beachten ist, dass Autismus-Spektrum-Störung noch nicht heilbar ist, dass die Symptome jedoch gelindert werden können (vgl. Harris/Handlemann 2000, S. 137; Noterdaeme/Amorosa 2002, S. 151; Remschmidt 2012, S. 77). Um eine individuelle Entwicklung zu gewährleisten, kann zusätzlich um Kostenzuschüsse (2. Abschnitt §4) für Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie, Logopädie, psychologische Behandlung und Musiktherapie angesucht werden. Die Therapie muss medizinisch oder gesetzlich anerkannt sein und darf nur von einer hierzu befugten Person durchgeführt werden (vgl. LEVO-StBHG 2017, S. 2). Bevor jedoch um eine Unterstützung angesucht werden kann, ist eine umfassende klinisch-psychologische und neuropsychiatrische Diagnosestellung nötig (vgl. Rollett/Kastner-Koller 2011, S. 5). Nach der Diagnosestellung können die Betroffenen die passende Unterstützungsform wählen, wobei eine Vielzahl an Möglichkeiten angeboten wird (vgl. Remschmidt 2012, S. 42).

Manche Betroffene sind gegenüber den therapeutischen Interventionen skeptisch, da sie „befürchten, der Therapeut könnte versuchen, sie ‚normal‘ zu machen, ihnen also den Autismus (und damit einen entscheidenden Anteil ihrer Persönlichkeit) ‚wegzunehmen‘“ (Preißmann 2017, S. 104). Andere sind wiederum mit jenen Interventionen einverstanden, die die Kompetenzaneignung fokussieren. Die Person soll dabei unterstützt werden, sich im Alltag besser zurechtzufinden und/oder eine bessere psychische Gesundheit zu erlangen (vgl. ebd., S. 104f.). Durch die gezielten Förder- und Therapiemaßnahmen optimieren sich die Entwicklungschancen der Kinder. Dies trägt zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen und von deren Familienumfeld bei (vgl. Rollett/Kastner-Koller 2011, S. 8; Poustka et al. 2012, S. 82; Remschmidt 2012, S. 42).

Als eine bewährte Behandlungsmethode hat sich das Vorgehen nach **lerntheoretischen und verhaltensorientierten** Prinzipien durchgesetzt. Die Verhaltenstherapie (VT) besteht aus differenten Methoden und stellt empirisch abgesicherte Lerntheorien zur

Verfügung. Daher findet sie Anwendung bei der Therapie von Verhaltensproblemen bei Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung. Eine wichtige Rolle bei den verhaltenstherapeutischen Maßnahmen spielt die Hereinnahme der Eltern und der Familie (vgl. Noterdaeme/Amorosa 2002, S. 151). Im Mittelpunkt steht – neben der Aufklärung über die Störung – die Befragung der elterlichen Erwartungen und der Therapieziele. Hierbei ist es entscheidend, dass die Eltern ein Verständnis für die Symptomatik ihres Kindes entwickeln und die Verhaltensweisen akzeptieren lernen. Dies ermöglicht eine angemessene Förderung im Alltag. Dabei werden die im therapeutischen Setting eingeübten Verhaltensweisen auf das häusliche Umfeld übertragen (Generalisierung). Hierbei benötigt die Person wiederum Anleitung und Unterstützung. Eltern und andere Personen (FamilientlasteterInnen, FreizeitassistentInnen, ErgotherapeutInnen etc.) werden in die Lage versetzt, die therapeutischen Inhalte in den Alltag zu übertragen. Neben dem häuslichen Milieu stellt das schulische Umfeld (KITA, Schule) eine Möglichkeit dar, gemeinsam mit Eltern, LehrerInnen und TherapeutInnen an den Herausforderungen der Kinder zu arbeiten und die Therapieinhalte in den schulischen Bereich zu übertragen. Die Generalisierung der verschiedenen Inhalte in den unterschiedlichen Settings erfordert eine interdisziplinäre Kooperation der Berufsgruppen (vgl. Feineis-Matthews/Schlitt 2015, S. 229f.).

Im Fokus des **pädagogisch-therapeutischen** Handelns stehen die Kommunikation und das Sozialverhalten – die „Gestaltung von Kommunikationswegen, de[r] Umgang mit sozialen Regeln, die Anpassung ans Lebensumfeld, das Verständnis für soziale Strukturen und die Verbesserung alltagsrelevanter Fertigkeiten“ (Bölzle 2015, S. 150). Dabei wird versucht, den vielfältigen autismusspezifischen Eigenschaften, insbesondere dem verzögerten oder ausbleibenden Sprachbeginn, entgegenzuwirken. Dementsprechend werden basale, kognitive sowie alltagsrelevante Fertigkeiten erarbeitet, alternative Kommunikationsformen erprobt, sozioemotionale Qualitäten ausgebaut und die Wahrnehmungs- sowie Verarbeitungsstrategien verbessert. In diesen Bereichen werden unterschiedliche Methoden wie Comic-Strip-Konversation (social stories, Theory-of-Mind-Training, Arbeiten mit einem Belohnungssystem [Token] u. Ä.) oder verhaltenstherapeutische und ganzheitlich ausgelegte Interventionen – wie intensive verhaltenstherapeutische Frühförderprogramme (ABA), TEACCH-Programme, Spieltraining, tiergestützte Therapien und soziales Kompetenztraining (SOKO) –

angewendet (vgl. Noterdaeme 2011, S. 12; Dziobek/Bölte 2015, S. 150). Auf eine genauere Ausführung und Darstellung der einzelnen Methoden wird verzichtet, da dies sonst den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde.

Die tiefenpsychologisch fundierte **Psychotherapie** ist bei jenen Personen indiziert, die eine gute intellektuelle Entwicklung haben und sich mit der Beeinträchtigung auseinandersetzen können und wollen (vgl. Noterdaeme 2011, S. 12). Eine psychotherapeutische Unterstützung ist langwierig und aufwändig, da sie in der Kindheit ansetzt, aber einen großen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen und auf deren Familie sowie Umfeld hat (vgl. Preißmann 2017, S. 104). Die Therapieinhalte müssen an das jeweilige Erkrankungsbild angepasst werden. Schwerpunkte sind die Reduktion der subjektiv belastenden Symptomatik, die Linderung der starken Belastung der Familien und die Vermittlung essenzieller Kompetenzen. Zu diesen zählen die Förderung neuer Verhaltensweisen, das Erlernen von individuellen Bewältigungsstrategien, die Vermittlung lebenspraktischer Kompetenzen und die Unterstützung bei alltäglichen Herausforderungen. Hinzu kommen die Förderung der sprachlichen Kompetenzen, des Spielverhaltens, der Selbstständigkeit und der sozialen Kompetenzen sowie das Erlernen des Umgangs mit anderen Menschen. Weitere wichtige Punkte sind die Akzeptanz der eigenen Besonderheiten (Stärken und Schwächen), der Umgang mit diesen und zusätzlich die Integration dieser Vielfalt im eigenen Lebensentwurf. Die Person wird im Finden ihrer individuellen Lebensqualität unterstützt, sodass sie ein für sich passendes, glückliches und zufriedenes Leben führen kann (vgl. Preißmann 2015a, o. S. zit. n. ebd., S. 20).

Eine weitere Therapieform ist die **Ergotherapie**. Die arbeitstherapeutische Maßnahme basiert auf einem Gesamtbehandlungskonzept. ErgotherapeutInnen orientieren sich an den Stärken und Ressourcen der einzelnen Personen, wobei diesen im Zuge dessen die nötige Unterstützung angeboten wird, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen. Ergotherapie unterstützt Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung, (1) sich im Alltag zurechtzufinden, wobei es hier vor allem um lebenspraktische Aspekte geht, (2) im Umgang mit Wahrnehmungsbesonderheiten, um unwichtige Reize auszublenden und sich auf das Wesentliche zu konzentrieren, (3) Hilfe bei der Alltagsbewältigung, wobei die lebenspraktischen Aspekte angepasst an aktuelle Lebenssituationen und Alter der

betroffenen Person im Fokus sind, und (4) bei der Selbsthilfe, bei der es vor allem um den Austausch und um die gegenseitige Unterstützung von Gleichgesinnten geht (vgl. ebd., S. 114ff.).

Eine **medikamentöse Behandlung** muss sorgfältig überlegt werden. Jedoch bedürfen manche Personen einer zumindest vorübergehenden, ergänzenden medikamentösen Behandlung. Hauptindikatoren, bei denen Medikamente eingesetzt werden, gelten bei Epilepsie, schwerwiegenden Stereotypien oder koexistenten Problemen wie fremd- und selbstaggressives Verhalten, Zwänge, Depressionen etc. (vgl. Poustka et al. 2012, S. 82; Bölte 2015e, S. 225). „Bisher wurde kein Wirkstoff identifiziert, der in der Lage wäre, soziale und kommunikative Probleme bedeutsam zu verringern“ (Bölte 2015e, S. 225). Daher beeinflusst die Einnahme von Medikamenten die Störung nur bedingt (vgl. Preißmann 2017, S. 104).

Die Verhaltenstherapie, Psychotherapie und die medikamentöse Behandlung sind empirisch gut bzw. mäßig abgesichert und als potenziell wirksame Verfahren anerkannt. Bei Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Reittherapie handelt es sich um Therapieverfahren, bei denen es kaum empirische Studien gibt. Diese sind jedoch potenziell wirksam, wenn in den Behandlungseinheiten lerntheoretische Elemente eingebracht werden (vgl. Noterdaeme 2011, S. 13).

#### 4.4. Pädagogisches Setting

Die Unterstützung im Alltag und in der Freizeit stellt für die Eltern sowie für die BetreuerInnen eine große Herausforderung dar (vgl. Preißmann 2015, S. 170). Da die Problematiken im Verhalten und der sozialen Interaktion (siehe Kapitel 1.2) in allen Lebenssituationen auftreten, ist es wichtig, neben den Eltern auch den Fachkräften Informationen über die Diagnose und die Interventionen zukommen zu lassen (vgl. Renschmidt/Kamp-Becker 2006, S. 12; vgl. Kamp-Becker/Bölte 2011, S. 8; vgl. Bölte 2015a, S. 34). Die Förderinhalte sollen auch während der Abwesenheit der Eltern durch diverse Fachkräfte in den Alltag übertragen und geübt werden (z. B. Jacke an- und ausziehen, Toilettentraining, Umgang mit Geld etc.). Das Augenmerk der BetreuerInnen soll auf den Ressourcen und Stärken und nicht auf den Schwierigkeiten und Defiziten liegen (vgl. Preißmann 2015, S. 170).

Zusätzlich zu den therapeutischen Inhalten sind die zwischenmenschlichen Bedürfnisse aller Beteiligten zu berücksichtigen. Bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung sind dies z. B. der Wunsch/das Bedürfnis nach „Freundschaften, Partnerschaften und Sexualität, Zugang zu Medien, Wissenschaft, Politik und dem Gesundheitssystem, Möglichkeiten zur Entwicklung der eigenen Persönlichkeit, Freizeitgestaltung und vieles andere mehr“ (Preißmann 2015, S. 170). Die Dienstleistungen dienen zudem zur Erholung und Regeneration sowie zur Wahrung der Interessen und Bedürfnisse der Eltern (vgl. Rosenkranz 1998, S. 101; Oswald 2011, S. 218).

Im Folgenden werden zwei mobile Leistungen, die Familienentlastung (§22 StBHG) und die Freizeitassistenz (§21a StBHG), vorgestellt. Beide Dienstleistungen können entweder eigenständig oder parallel nebeneinander genutzt werden. Hinsichtlich der Kosten werden 90 % vom Land getragen, während die restlichen 10 % von den Eltern übernommen werden müssen.

#### 4.4.1. Familienentlastungsdienst (§22 BHG)

Die Dienstleistung „Familienentlastungsdienst“ wurde in Deutschland von Eltern mit Kindern mit Behinderung entwickelt und soll diese Eltern in alltäglichen Belastungssituationen sowie bei der Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Behinderung unterstützen (vgl. Thimm et al. 1997, S. 15). In Österreich wurde 1999 von der Lebenshilfe GUV das Pilotprojekt „Familienentlastung“ adaptiert, welches 2004 im Steiermärkischen Behindertengesetz unter dem Titel „Entlastung der Familie und Gestaltung der Freizeit durch eine persönliche Assistenz“ verankert wurde (vgl. Landesgesetzblatt 2004, S. 60; Lebenshilfe GUV 2015, S. 22). Die Dienstleistung „Familienentlastung (2. Abschnitt §22)“ wurde im Laufe der Zeit verändert bzw. ergänzt<sup>5</sup> und fällt mittlerweile in den Lebensbereich Familie und Freizeit hinein (vgl. Sozialbericht 2011/12, S. 30; StBHG 2017, S. 10). Die Leistung orientiert sich im Sinne des Normalisierungsprinzips an der Lebenswelt, an den Alltagsproblemen und an den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung und ihren Familien (vgl. Thimm et al. 1997, S. 20). Der mobile Dienst wird zur Entlastung der Hauptbetreuungsperson eingesetzt und soll Personen, die zwischen 0 und 61 Jahren alt sind, die eine physische, intellektuelle

---

<sup>5</sup> Siehe LGBL Nr. 74/2007 bis zu LGBL Nr. 113/2015 (vgl. StBHG 2017, S. 1).

oder psychische Beeinträchtigung oder eine Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen haben und im Familiensystem leben, unterstützen. Die Dienstleistung kann parallel zu anderen LEVO-Leistungen kombiniert werden. Dazu gehören neben der Arbeits- und Beschäftigungssituation die interdisziplinäre Frühförderung, therapeutische Settings und die Freizeitassistenz. Entscheidend ist, dass die Dienstleistung im unmittelbaren örtlichen Lebensbereich erfolgen soll (vgl. LEVO-StBHG 2017, S. 75f.).

In der Intention der 13. Fassung des Steiermärkischen Behindertengesetzes (StBHG Nr. 26/2004 idF LGBl. Nr. 113/2015) wurde aufgegriffen, dass „der Familiententlastungsdienst [...] die Unterstützung der Menschen mit Behinderung und Entlastung der pflegenden Familienangehörigen im Pflege- und Betreuungsalltag sicherzustellen [hat]. Die Betreuungspersonen sollen die Möglichkeit haben, aus der Belastungssituation stundenweise auszusteigen“ (LEVO-StBHG 2017, S. 56). Das Ziel liegt in der Schaffung einer zuverlässigen und familiennahen Entlastung sowie Unterstützung der Hauptbetreuungsperson (Aktivitätsziel). Die Dienstleistung ist eine präventive Maßnahme, um einer Überbelastung des familiären Systems vorzubeugen. Dadurch wird den Betroffenen eine längerfristige Wohnmöglichkeit im familiären Umfeld ermöglicht (Wirkungsziel) (vgl. ebd., S. 56). Die stundenweise Unterstützung bzw. Entlastung, die je nach Bedarf 365 Tage im Jahr stattfinden kann, soll bei der alltäglichen Betreuung und Pflege Freiräume für außerhäusliche Beschäftigung (z. B. Berufstätigkeit, Pflege von Kontakten, Zeit mit anderen Familienmitgliedern), Zeit zur eigenen Erholung/Regeneration oder zur Wahrung der eigenen Bedürfnisse/Interessen schaffen (vgl. Rosenkranz 1998, S. 101; Oswald 2011, S. 218).

Das pädagogische Setting nach LEVO-StBHG umfasst die Unterstützung im Bereich der Körperpflege (z. B. an- und auskleiden, duschen und baden, waschen und Zahnpflege, Toilettengang bzw. wickeln), die medizinische/therapeutische Unterstützung (z. B. Hilfestellung bei der Einnahme von Medikamenten nach ärztlicher Verordnung, musikalische/rhythmische Unterstützung, Massagen/basalstimulierende Pflege/Körperwahrnehmungsübungen), die Unterstützung bei der Ernährung (Hilfe beim Essen und Trinken, bei der Essenszubereitung) und sonstiger Betreuungstätigkeiten unter Anwendung pädagogischer Methoden und Grundsätze (z. B. kommunizieren, lesen/vorlesen, singen/musizieren, kreatives Gestalten [basteln, malen], spielen) (vgl.

LEVO-StBHG 2017, S. 56f.). Zusätzlich zu den oben genannten Aufgaben übernehmen nach Oswald (2011) FamilienentlasterInnen, die mit Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung arbeiten, zu einem großen Teil die gemeinsame Gestaltung der Freizeitaktivitäten, die Unterstützung beim Lernen im Schulbereich sowie kognitive Übungen. Des Weiteren sind die Entwicklungs- und Kompetenzförderung, die Förderung von sozialen, emotionalen Kompetenzen und von sozialem Lernen, die Förderung kommunikativer/sprachlicher Kompetenzen und die Förderung von motorischen Kompetenzen weitere wichtige Punkte in der Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung. Von den Betroffenen und von der Familie werden FamilienentlasterInnen als AnsprechpartnerInnen bzw. als emotionale Unterstützung wahrgenommen. Gleichzeitig unterstützen sie im Alltag und schaffen neue Perspektiven für Eltern und Betroffene (vgl. Oswald 2011, S. 202).

#### 4.4.2. Freizeitassistenz (BHG §21a)

Freizeit als „Eigenzeit, Sozialzeit, Bildungszeit und Arbeitszeit“ ist nach dem Konzept der „Lebenszeit“ für Menschen mit Beeinträchtigung ein genauso wichtiges Anliegen wie für nichtbehinderte Menschen. Freizeit ist ein unverzichtbarer Bestandteil menschlichen Lebens und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung und Identität eines jeden Menschen. Freizeit stellt ein großes Potenzial zur Entfaltung der persönlichen Lebensqualität dar. Somit ist die Freizeitqualität ein Spiegelbild der Lebensqualität (vgl. Markowetz 2006, S. 54).

Personen mit Autismus-Spektrum-Störung brauchen für eine sinnvolle Gestaltung ihrer Freizeit Anregungen und Unterstützungen. Erst dadurch ist es ihnen möglich, die Vielfalt der Möglichkeiten, die ihnen das Leben bietet, zu erfahren (vgl. Preißmann 2012, S. 139). Die Funktion der Freizeitassistenz liegt in der Mitwirkung an der Gestaltung der Freizeit des Menschen mit Behinderung (vgl. LEVO-StBHG 2017, S. 62). Die *„Hilfe zur Freizeitgestaltung hat die Aufgabe, stundenweise an der Gestaltung der Freizeit des Menschen mit Behinderung mitzuwirken, wenn dazu der Mensch mit Behinderung nicht selbständig in der Lage ist und ihn seine Angehörigen im Sinne des § 36a AVG dabei nicht unterstützen können“* (2. Abschnitt §21 a) (StBHG 2017, S. 9). Alle Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können diese Leistung in Anspruch nehmen. Die

Betroffenen können mit anderen Personen ihre Freizeit in der Gemeinschaft verbringen (integratives Gemeinschaftserlebnis) oder auch eigenständig – mit Unterstützung – etwas unternehmen (Einzelbetreuung). Die Leistung wird flexibel gestaltet und kann je nach Wunsch 365 Tage im Jahr in Anspruch genommen werden. Zur Hilfestellung zählt die Auswahl der entsprechenden Aktivitäten, die Organisation dieser sowie die Unterstützung/Assistenz bei der Mobilität und Begleitung der Aktivität (vgl. LEVO-StBHG 2017, S. 63). Da sie zu stereotypen Beschäftigungen tendieren und/oder mit Veränderungen nur schwer zurechtkommen sind die Interessen von Personen mit Autismus-Spektrum-Störung nur begrenzt ausgebildet und die Auswahl der Freizeitgestaltung ist sehr individuell. Selbst wenn die Selbstständigkeit der Personen durch Förderungen erweitert werden konnte, haben manche Betroffene Probleme, ihre vorhandenen Kompetenzen optimal zu nutzen und ihre Freizeit so zu gestalten, wie sie es wünschen. Deswegen benötigen sie Unterstützung bei der Strukturierung der Freizeit, Rückmeldungen sowie eine kommunikative und orientierende Begleitung. Die Gestaltung der Freizeit muss, im Sinne der Selbstbestimmung, mit den Bedürfnissen und Wünschen der Person mit Autismus-Spektrum-Störung übereinstimmen. Im Fokus steht stets die Erholung und Lebensfreude (vgl. Preißmann 2012, S. 140).

Abschließend ist festzuhalten, dass Personen mit Autismus-Spektrum-Störung im alltäglichen Leben und in der Gestaltung ihrer Freizeit Unterstützung von außen benötigen. Es ist ihnen allein nicht möglich, die komplexe Umwelt frei und intuitiv zu erfassen (vgl. Feineis-Matthews/Schlitt 2015, S. 229).

#### 4.5. Wohnen, Beschäftigung und Geldleistungen

Jugendliche, die ihre Unterrichtspflicht beendet haben, und Erwachsene können in einer für sie passenden Wohnform leben und in einem für sie geeigneten Tätigkeitsfeld arbeiten. Der Bereich des **Wohnens** umfasst jegliche Wohnformen – vom vollzeit- und teilzeitbetreuten Wohnen bis hin zum Trainingswohnen sowie zur Wohnassistenz (vgl. LEVO-StBHG 2017, S. 2ff.). Der Bereich der **Beschäftigung** schließt eine Tätigkeit in einer Tageswerkstätte bis hin zur beruflichen Eingliederung durch betriebliche Arbeit ein (vgl. ebd., S. 21ff.). Zusätzlich können Menschen mit Behinderung um ein **persönliches Budget** ansuchen. Die Geldleistung steht jeder Person zu, um selbstständig und

selbstbestimmt außerhalb einer stationären Wohneinrichtung leben zu können. Mit diesem Geld kann eine persönliche Assistenzleistung finanziert werden (vgl. ebd., S. 90). Diese drei Themenbereiche werden hier gänzlich ausgeschlossen, da sich die Forschung diesbezüglich auf den Bereich der Kinder und Jugendlichen bezieht. Jedoch muss an dieser Stelle ergänzt werden, dass die Förderung und Unterstützung sowie die Kooperation mit den AssistentInnen bzw. BetreuerInnen – im Sinne der Partizipation, Inklusion und Weiterentwicklung – mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter nicht enden, sondern ein Leben lang, wenn gewünscht, weitergeführt werden sollen (vgl. Kaminski 2009 zit. n. Oswald 2011, S. 39). Um nähere Informationen hinsichtlich der Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu erhalten, möchte ich auf die Hochschulschrift von Ebner Christina „Die berufliche Inklusion von Menschen mit dem Asperger-Syndrom am allgemeinen Arbeitsmarkt“ verweisen.

Abschließend ist festzuhalten, dass die pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen entwicklungsfördernde Interventionen anbieten, die individuell auf das Kind und auf die Familie zugeschnitten sind. Ein intensives, ganzheitliches Förderprogramm erhöht die Entwicklungschancen der Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung, ohne sie jedoch in ihrer Grundstörung zu heilen (vgl. Rollett/Kastner-Koller 2011, S. 48f.; Remschmidt 2012, S. 42; Kusch/Petermann 2014, S. 222). Da die zentralen Anliegen die Erhöhung der Lebensqualität, die Erreichung von Sicherheit und Stabilität im Lebensumfeld sowie die (Weiter-)Entwicklung von Stärken und Kompetenzen sind, kann sich durch die ganzheitliche Förderung die Chance, im Erwachsenenalter ein selbstständiges und selbstbestimmendes Leben zu führen, erhöhen (vgl. Rollett/Kastner-Koller 2011, S. 48f.; Remschmidt 2012, S. 42). Entscheidend dabei ist einerseits die kontinuierliche Eltern- und Familienarbeit, andererseits die Kooperation zwischen den Fachkräften, die im familiären System begleiten und unterstützen, sowie mit den Betroffenen selbst oder/und den VertreterInnen (vgl. Noterdaeme 2011, S. 12f.).

# **Empirischer Teil**

## 1. Beschreibung des Forschungsprozesses

Nachdem im theoretischen Teil die Themenbereiche „Autismus-Spektrum-Störung“, „Kooperation“ und „Leistungsstrukturen außerschulischer Unterstützungsbereiche“ anhand von Literatur beschrieben und in Zusammenhang gebracht wurden, befasst sich das folgende Kapitel mit der Beschreibung des empirischen Forschungsbereiches. Hier wurde die qualitative Datenerhebung gewählt, da kein wissenschaftlich fundiertes Vorwissen als Grundlage für eine Hypothesenbildung vorhanden war.

### 1.1. Vorüberlegungen zur qualitativen Forschung

Die Wurzeln der qualitativen Datenerhebung reichen bis zu Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) zurück. Seit den 1970er-Jahren gibt es in den Sozialwissenschaften einen Aufschwung in diesem empirischen Forschungsbereich. Die qualitativen Erkenntnismethoden werden als eine Ergänzung und Alternative zur quantitativen Vorgehensweise gesehen. Die qualitative Sozialforschung vereint in den wissenschaftlichen Bereichen der Soziologie und den Erziehungswissenschaften Ansätze zur Erfassung sozialer Realität (vgl. Mayring 2016, S. 9ff.). Denn „qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick/von Kardorff/Steinke 2017, S. 14). Der Fokus liegt dabei auf der Beobachtung und der Befragung in natürlichen Alltagssituationen. Im Gegensatz zur quantitativ angelegten Repräsentativuntersuchung sollen mit dieser Forschungsmethode relevante Erkenntnisse der einzelnen Lebensverläufe durch biografische Analysen erfasst werden (vgl. Mayring 2016, S. 9f.). Dabei ist ein interpretatives Paradigma als forschungsleitendes Denkmodell mit einem theoretischen Hintergrund erforderlich (vgl. Mayring 2016, S. 10; Lamnek 2010, S. 32). „Der Grundgedanke ist, dass Menschen nicht starr nach kulturell etablierten Rollen, Normen, Symbolen, Bedeutungen handeln (normatives Paradigma), sondern jede soziale Interaktion selbst als interpretativer Prozess aufzufassen ist“ (Mayring 2016, S. 10). Dieses soziale Handeln wird als eine Interpretation verstanden. Für den/die ForscherIn in einem qualitativen Forschungsprozess bedeutet dies, sich jener spezifischer Perspektiven

bewusst zu werden (vgl. ebd., S. 10). Hussy und KollegInnen beschreiben qualitative Forschung in den Sozialwissenschaften als „eine sinnverstehende, interpretative wissenschaftliche Verfahrungsweise bei der Erhebung und Aufbereitung sozial relevanter Daten“ (Hussy et al. 2013, S. 20).

Die nachfolgenden Ausführungen befassen sich mit den von Mayring generierten Grundsätzen qualitativen Denkens. Dabei werden als Grundgerüst folgende fünf Postulate der qualitativen Forschung berücksichtigt:

Als erstes Postulat sieht Mayring die Subjektbezogenheit. Im Vordergrund humanwissenschaftlicher Forschung stehen stets die Menschen – also die Subjekte. Diese sind einerseits der Ausgangspunkt und andererseits das Ziel der Untersuchung. Am Beginn jeder Analyse muss eine genaue und umfassende Beschreibung (Deskription) des beforschten Bereiches vorliegen. Die Beschreibung des Forschungsgegenstandes muss den Ausgangspunkt bilden. Das dritte Postulat zeigt an, dass jeder Untersuchungsgegenstand durch Interpretationen erschlossen werden muss (vgl. Mayring 2016, S. 22). Die Interpretation ist „die umfassendste und verbreitetste Kennzeichnung des theoretischen Hintergrunds qualitativer Sozialforschung“ (Lamnek 2010, S. 32). Infolge des interpretativen Paradigmas verbinden forschende Personen soziale Realitäten mit subjektiven Intentionen (vgl. Mayring 2016, S. 20ff.). Gesellschaftliche Zusammenhänge sind daher nicht objektiv vorgegebene und deduktiv erklärbare Tatsachen, sondern Resultate subjektiver Interpretationen der ForscherInnen (vgl. Lamnek 2010, S. 32; Mayring 2016, S. 22).

## 1.2. Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser empirischen Studie liegt darin, mittels einer Inhaltsanalyse die Kooperationsmöglichkeiten und den Kooperationsprozess durch konkrete Erfahrungen zu erarbeiten. Die Ergebnisse sollen aufzeigen, ob eine Kooperation stattfindet und welche Disziplinen miteinander kooperieren. Dabei sollen zudem die Notwendigkeit von Kooperation und der Einfluss auf die Lebensqualität der Eltern mit ihren Kindern aufgezeigt werden. Aufgrund dessen fokussiert die Arbeit vier wesentliche Fragen:

- (1) Inwieweit gibt es Kooperationsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Fachkräften innerhalb einer Institution und zwischen den Fachkräften verschiedener Institutionen?
- (2) Inwieweit werden die Eltern in diesen Kooperationsprozess integriert?
- (3) Wie gestaltet sich der Kooperationsprozess der Leistungsstrukturen bei Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung?
- (4) Welche Auswirkungen hat dieser Prozess auf die Familien?

Bei der Fragestellung wurden einerseits die Sichtweisen der verschiedenen Unterstützungsleistungen und andererseits die Perspektiven der Eltern berücksichtigt.

### 1.3. Beschreibung der Stichprobe

Um Einblicke in die Kooperation zwischen den einzelnen außerschulischen Unterstützungsdienstleistungen zu erhalten, wurden MitarbeiterInnen der einzelnen Unterstützungsleistungen und Eltern von Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung befragt. Insgesamt wurden zwölf Interviews durchgeführt.

Dazu wurden zehn Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen interviewt. Jeweils zwei MitarbeiterInnen folgender Leistungsstrukturen nahmen an dem Interview teil:

- Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung
- autismspezifische Therapie
- Ergotherapie
- Familienentlastung
- Freizeitassistenz

Um die Sichtweise der Eltern zu erfahren, wurden zwei Mütter zu dieser Thematik befragt. Hier lag der Fokus an der Hinterfragung, inwieweit sie am Kooperationsprozess teilhaben.

Des Weiteren wurden folgende Selektionskriterien für die qualitative Erhebung erarbeitet:

### Auswahlkriterien Fachkräfte

- Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden ausschließlich Fachkräfte in die Stichprobe aufgenommen, die mit einem Kind oder einem/einer Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung und mit dessen/deren Familie arbeiten oder gearbeitet haben.
- Die Inanspruchnahme des Dienstes muss/musste länger als ein halbes Jahr stattfinden/stattgefunden haben. Am Beginn der Betreuungszeit/Therapiezeit steht das Kennenlernen der Kinder/Jugendlichen mit deren Angehörigen. Erst danach werden Kontakte zu anderen Fachkräften gesucht.

### Auswahlkriterien Eltern

- Inanspruchnahme eines oder mehrerer Dienste über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr. In der Anfangsphase liegt der Vertrauensaufbau zu den betreuenden Personen im Vordergrund.
- Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden ausschließlich Familien in die Stichprobe aufgenommen, die ein Kind oder eine/n Jugendliche/n mit einer Autismus-Spektrum-Störung haben.

Im Folgenden werden die Fachkräfte vorgestellt, die mit Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung arbeiten. Dazu werden das Geschlecht, der Tätigkeitsbereich, die Arbeitserfahrung im Bereich der Autismus-Spektrum-Störung mit den entsprechenden Ausbildungen sowie die vorhandenen Kooperationen dargestellt.

Name	Geschlecht	Tätigkeitsbereich	(Arbeits-) Erfahrung	Aus- bildungen	vorhandene Kooperationen
B1	weiblich	interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung	21 Jahre	ja	KollegInnen, Eltern, Tagesmutter, Kindergarten, ÄrztInnen, Familienentlastung, autismusspezifische TherapeutIn/PsychologIn
B2	weiblich	interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung	26 Jahre	ja	KollegInnen, Eltern, Kindergarten, IZB- Team, ÄrztIn, Familienentlastung, LogopädIn, autismusspezifische TherapeutIn/PsychologIn
B3	weiblich	Ergotherapie	26 Jahre	nein	KollegInnen, Eltern, Kindergarten, Schule, ÄrztIn, Familienentlastung, interdisziplinäre FrühförderIn, autismusspezifische TherapeutIn/PsychologIn
B4	weiblich	Ergotherapie	12 Jahre	ja	Kindergarten, Schule, Schulassistent/ spezielle Hilfskraft, ÄrztInnen, Familienentlastung, interdisziplinäre FrühförderIn, LogopädIn, autismusspezifische TherapeutIn/PsychologIn
B5	weiblich	Familienentlastung	3-4 Jahre	ja	Kindergarten, IZB- Team, Schule, Schulassistent/spezielle Hilfskraft, ErgotherapeutIn, PhysiotherapeutIn, autismusspezifische TherapeutIn/PsychologIn
B6	weiblich	Familienentlastung	7 Jahre	ja	Kindergartenassistent, Schulassistent/spezielle Hilfskraft, interdisziplinäre FrühförderIn autismusspezifische TherapeutIn/PsychologIn
B7	männlich	Freizeitassistent	3 Jahre	nein	KollegInnen, Eltern, FreundIn/Bekannte, Familienentlastung
B8	männlich	Freizeitassistent	7 Jahre	nein	KollegInnen, Eltern, SchwimmlehrerIn, SporttrainerIn, Autismus- TrainerIn
B9	weiblich	autismusspezifische Therapie	14 Jahre	ja	KollegInnen, Eltern, Kindergarten, IZB- Team, Schule, Schulassistent/spezielle Hilfskraft, ÄrztInnen, ErgotherapeutInnen, Familienentlastung, interdisziplinäre FrühförderIn, LogopädIn, Werkstätten, Wohnhäuser
B10	männlich	autismusspezifische Therapie	7 Jahre	ja	KollegInnen, Eltern, Kindergarten, Schulassistent/spezielle Hilfskraft, ÄrztInnen, ErgotherapeutIn, Familienentlastung, Freizeitassistent, interdisziplinäre FrühförderIn, LogopädIn

Abbildung 3: Beschreibung der Fachkräfte (eigene Darstellung)

Die Abbildung 4 werden die Eltern vorgestellt. Dazu werden das Geschlecht, die elterliche Rolle, das Alter und das Geschlecht des Kindes sowie die vorhandenen Kooperationen dargestellt.

Name	Geschlecht	Elternteil	Alter des Kindes	Geschlecht	vorhandene Kooperationen
B11	weiblich	Mutter	4 Jahre	männlich	Familienentlastung, autismusspezifische TherapeutIn/PsychologIn
B12	weiblich	Mutter	15 Jahre	männlich	Kindergarten, IZB- Team, Kindergartenassistent, ÄrztIn, Babysitter, Eltern- Selbsthilfegruppe, Ergotherapie, Familienentlastung, FreundIn, FrühförderIn, LogopädIn, SozialarbeiterIn der BH Graz- Umgebung, autismusspezifische TherapeutIn/PsychologIn, tiergestützte Therapie

Abbildung 4: Beschreibung der Eltern (eigene Darstellung)

#### 1.4. Erhebungsmethode – das qualitative Interview

In dieser empirischen Untersuchung wird das qualitative Interview als Erhebungsmethode eingesetzt. Dies ist zugleich die zentrale Erhebungstechnik in der qualitativen Forschung. Ein wesentliches Merkmal dieser Erhebungsform ist die asymmetrische Rollenverteilung der beiden InterviewteilnehmerInnen, da es um eine Informationsermittlung – also um die Ermittlung von spezifischen Daten, wie Erfahrungen, Wissen etc. – geht. Das bedeutet, dass die ForscherInnen unter Verwendung eines Leitfadens Fragen stellen und dass diese von den ProbandInnen beantwortet werden (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 40ff.; Hussy et al. 2013, S. 215).

In diesem Forschungsprozess nimmt die Erfassung der Perspektive der einzelnen Teilnehmenden – sozusagen als ExpertInnen – eine besondere Rolle ein (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 11f.). Nach Hopf (1993) werden qualitative Interviews „[...] als Experteninterviews, in denen die Befragten als Spezialisten für bestimmte Konstellationen befragt werden (...), oder als Interviews, in denen es um die Erfassung von Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen der Befragten selbst geht“, beschrieben (Hopf 1993, S. 15 zit. n. ebd., S. 12). Diese spezielle Methode erschließt Wissen über einen spezifischen Sachverhalt, wobei der Fokus auf dem Sonderwissen der einzelnen Personen liegt. Sie verfügen über spezielles Wissen, das sich auf bestimmte Organisationsabläufe und Arbeitsprozesse innerhalb einer Institution bezieht (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 11f.).

Bei dem Leitfaden eines ExpertInneninterviews ist es wichtig, dass „die Fragen mindestens offen, neutral, einfach und klar formuliert“ sind (Patton 1990, S. 295 zit. n. Gläser/Laudel 2010, S. 122). Im Mittelpunkt steht dabei die Rekonstruktion von Erfahrungs- und Handlungswissen, was für die Vergleichbarkeit der Interviews bedeutsam ist (vgl. Mayer et al. 2009, o. S. zit. n. Littig 2011, S. 9).

Da in dieser Arbeit Interviews mit relevanten Fachkräften verschiedener Institutionen und mit den Eltern durchgeführt werden, entschied sich die Autorin für das systematisierende ExpertInneninterview. Aus diesem Blickwinkel ergeben sich Einblicke und Einschätzungen hinsichtlich der Implementierung von Kooperation. Die Ziele liegen darin, die verschiedenen Positionen, Interessen und Erfahrungen hinsichtlich dieses

Schwerpunktes zu erfassen und systematisch miteinander zu vergleichen. Daraus ergeben sich eventuell ähnliche Perspektiven oder differente Wahrnehmungen (vgl. ebd., S. 9).

Die beiden Interviewleitfäden, die von der Autorin konzipiert wurden, bestehen aus zehn und aus elf Leitfragen, welche die relevanten Forschungsfragen der Untersuchung abdecken. Sie fungieren als rahmendes Instrument, an dem sich die Autorin orientieren konnte. Jedoch wurden diese Leitfragen je nach Interviewsituation und Gesprächsverlauf individuell an die Beteiligten angepasst, um dabei interessante und erkenntnisreiche Informationen zu erfassen. Der Interviewleitfaden für die ExpertInnen und die Eltern befindet sich im Anhang dieser Masterarbeit.

## 2. Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurden – wie oben beschrieben – ExpertInnen aus unterschiedlichen Dienstleistungsstrukturen sowie Eltern eingeladen, um an einem Interview teilzunehmen. Da in manchen Bereichen die Zahl von ExpertInnen begrenzt ist, empfiehlt es sich, möglichst alle relevanten Fachkräfte zu befragen. Oftmals sind die ExpertInnen auch miteinander vernetzt. Dies kann einerseits die Fachkraft selbst und deren KollegInnen motivieren, sich an der Forschung zu beteiligen, oder andererseits den Wunsch nach Profilierung wecken. Gleichzeitig wurde von der Autorin sichergestellt, dass nicht nur Mitglieder eines Vereins oder einer Institution bzw. eines Netzwerks interviewt werden (vgl. Littig 2011, S. 10f.).

### 2.1. Kontaktaufnahme

Nach Christmann (2009) sollte der Erstkontakt sorgfältig vorbereitet werden. Dieser kann schriftlich (per Post/E-Mail) oder telefonisch erfolgen. Um das Interesse der ExpertInnen zu wecken, ist es sinnvoll, das Forschungsvorhaben in kurzen Worten zu erklären sowie die Wichtigkeit und die große Bedeutung zu erläutern. Für die Dauer des Interviews sollten nicht mehr als ca. 45 Minuten veranschlagt werden, selbst wenn dieses länger dauern sollte (vgl. Christmann 2009, o. S. zit. n. ebd., S. 11).

Die Kontaktaufnahme mit den Fachkräften erfolgte per E-Mail und/oder über ein Telefonat. Dabei wurden ihnen das Thema und das Ziel der Arbeit nähergebracht. Die Kontaktaufnahme mit den Eltern erwies sich als schwieriger, da der Datenschutz gewahrt werden musste. Daher erfolgte diese über verschiedene Fachkräfte, die in den jeweiligen Familien beschäftigt sind. Den Eltern wurde ein Elternbrief ausgehändigt, in dem das Thema und das Ziel beschrieben sowie auf die angesetzte Interviewdauer und die Anonymität hingewiesen wurde.

Binnen kurzer Zeit haben sich zwölf Personen bereit erklärt, an einem Interview teilzunehmen. Die Terminvereinbarungen wurden individuell abgesprochen, sodass die Autorin auf die einzelnen Bedürfnisse und Wünsche eingehen konnte. Die Ortsauswahl für die Durchführung der Befragung wurde den InterviewteilnehmerInnen überlassen. Wesentlich war hier für die Autorin, dass die Befragung in einer entspannten

Interviewatmosphäre stattfindet und dass die TeilnehmerInnen keine zu langen Anreisewege hatten.

## 2.2. Durchführung

Vor der Durchführung der Interviews wurden die zwei Interviewleitfäden auf Verständlichkeit überprüft. Dafür wurden sie jeweils einem Pretest unterzogen. Die Durchführung fand daraufhin in den Monaten Februar und März 2018, also vom 08. Februar bis zum 13. März 2018, statt. Acht von zwölf Interviews wurden in einem Büro abgehalten, das von den jeweiligen Institutionen/dem Verein zur Verfügung gestellt worden ist. Die restlichen vier Interviews wurden im familiären Umfeld durchgeführt. Nach Mayring ist die Befragung und Untersuchung der Subjekte in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld entscheidend. Durch die Anknüpfung an die Lebenssituation der Subjekte wird eine mögliche Verzerrung der sozialen Realität – und somit eine mögliche Unschärfe in der Forschung – verringert (vgl. Mayring 2016, S. 23f.).

Auch die Interviewsituation muss sorgfältig gestaltet werden, da davon die Güte und die Brauchbarkeit der erhobenen Daten abhängen (vgl. Helfferich 2014, S. 559). Daher ist die Eingangsphase von Bedeutung. Jeder/jedem TeilnehmerIn wurde eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang) übergeben. Hier wurde erneut auf das Thema und das Ziel der empirischen Untersuchung hingewiesen. Zusätzlich wurde die Einwilligung um Aufzeichnung mit einem Aufnahmegerät eingeholt. Außerdem wurde auf die Anonymisierung der Daten und auf die Freiwilligkeit verwiesen. Nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung wurde mit den Interviews begonnen. Anzumerken ist, dass mehrere Interviews durch etwaige Störungen, wie berufliche Anrufe oder ein Läuten an der Türe, unterbrochen wurden. Diese Interviews wurden nach der Unterbrechung weitergeführt. Am Ende wurden die soziodemografischen Daten der jeweiligen Personen eingeholt. Die Interviewdauer lag zwischen 20 und 45 Minuten.

### 3. Auswertungsverfahren

Im Anschluss an die Interviews muss das gewonnene Datenmaterial transkribiert sowie analysiert und dargestellt werden. Somit gliedert sich das Auswertungsverfahren in drei Phasen: die Datenaufbereitung bzw. Transkriptionsverfahren, die Datenanalyse und die Systematisierung der Ergebnisse dieser Analyse (vgl. Hussy et al. 2013, S. 245).

#### 3.1. Transkription

Vor einer Datenauswertung ist die Auswertung der digital aufgezeichneten Daten notwendig. Dies erfolgt, indem die verbalen Daten verschriftlicht – das heißt: transkribiert – werden. Dies ist zwar aufwendig, jedoch für eine systematische Auswertung unvermeidlich (vgl. Mayring 2016, S. 89). Da vor allem „die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund [des wissenschaftlichen Interesses] steht“ (Mayring 2016, S. 91), wurden die Interviews der vorliegenden Arbeit mithilfe der Übertragungsform von Dresing und Pehl transkribiert. Dies erfolgt nach einem bestimmten Regelsystem – nach der inhaltlich-semantischen Transkription von Dresing und Pehl (vgl. Dresing/Pehl 2018, S. 20).

- Das Gesprochene wird wörtlich transkribiert. Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt. Ausgenommen sind jene Wörter, für die es keine eindeutige Übersetzung gibt.
- Vorhandene Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert – so wird „gemma“ zu „gehen wir“. Die Satzform wird nicht verändert und syntaktische Fehler werden beibehalten.
- Umgangssprachliche Ausdrucksweisen – wie „gell“, „gelle“, „ne“ – werden niedergeschrieben.
- Satzabbrüche werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet. Sprecherüberlappungen werden mit „//“, also „//Wort//“, gekennzeichnet.
- Stottern oder abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wörter, die doppelt gesprochen wurden, werden nur dann erfasst, wenn etwas bewusst betont wurde.
- Lautäußerungen – wie „hm“, „aha“, „ja“, „genau“ – werden nicht transkribiert.
- Längere Pausen werden durch (...) gekennzeichnet.

- Wörter und Äußerungen, die besonders betont werden, werden mit GROSSBUCHSTABEN geschrieben.
- Nonverbale Äußerungen – wie lachen oder seufzen – werden in Klammern und unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet, wobei unverständliche Passagen mit der möglichen Ursache versehen werden – z. B. „(unv., Mikrofon rauscht)“.
- Der Beginn jedes Absatzes wird mit einem „I“ für die interviewende Person oder mit einem „B“ für die befragte Person gekennzeichnet.
- Die Sprechbeiträge bekommen einen eigenen Absatz, wobei am Ende eines Absatzes ein Zeitmarker eingefügt wird (vgl. Dresing/Pehl 2018, S. 21ff.).

Für einen einheitlichen Schreibstil der Transkripte wurden zusätzlich folgende Punkte ergänzt:

- (Maß-)Einheiten, gesprochene Zeichen und Abkürzungen werden stets ausgeschrieben – z. B.: „Euro“, „Prozent“, „Meter“, „ät“, „Paragraf“, „etc.“
- Englische Begriffe werden an die deutsche Rechtschreibung (Groß- und Kleinschreibung) angepasst.
- Personalpronomen der zweiten Person (du und ihr) werden kleingeschrieben, jene der Höflichkeitsform (Sie und Ihnen) werden großgeschrieben.
- Wörtliche Zitate werden in Anführungszeichen gesetzt – wie: „Wie arbeiten die KollegInnen?“ (vgl. Dresing/Pehl 2018, S. 24.).

Zum Abschluss müssen die Transkripte mit den digitalen Tonaufnahmen überprüft werden, sodass etwaige Korrekturen vorgenommen werden können (vgl. Hussy et al. 2013, S. 248). Des Weiteren wurden jene Angaben, die Rückschlüsse auf die befragte Person ermöglichen, nach der Transkription anonymisiert (Personennamen, Orte, Institutionen etc.). Für die Analyse der geführten Interviews wurde die „Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring“ angewendet.

### 3.2. Kategorienbildung

Nach Fertigstellung der Transkripte müssen diese analysiert werden, sodass relevante Daten erhoben werden können. Dazu wird ein Kategoriensystem gebildet. Die

darauffolgenden Schritte lauten: „Aufbauen eines geschlossenes Kategoriensystem (sic!) vor der Analyse, das Zerlegen des Textes in Analyseeinheiten und das Durchsuchen des Textes auf relevante Informationen und die Zuordnung dieser Informationen zu den Kategorien (das sogenannte Verkoden des Textes)“ (Gläser/Laudel 2010, S. 197f.). Dabei können nach Mayring (2015) Kategorien sowohl deduktiv als auch induktiv gebildet werden. Deduktive Kategorien haben das Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem Datenmaterial herauszufiltern. Dabei werden sie aus der Fragestellung und der Theorie abgeleitet. Induktive Kategorien leiten sich aus dem Datenmaterial durch einen Verallgemeinerungsprozess ab. Sie beziehen sich nicht auf das vorab formulierte Theorienkonzept (vgl. Mayring 2015, S. 85f.). Nach einer Überarbeitung konnten die entwickelten Kategoriensysteme übernommen werden. Diese befinden sich im Anhang.

### 3.3. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Ein zentrales Auswertungsverfahren der empirischen Sozialforschung ist die qualitative Inhaltsanalyse, welche in der vorliegenden Masterarbeit angewendet wird. Das Ziel ist es, das Material, das aus den Interviews stammt, zu analysieren, zusammenzufassen und zu interpretieren (vgl. Mayring 2015, S. 11f.).

Dabei legt Mayring sechs Aspekte fest, welche die Inhaltsanalyse spezifiziert:

- (1) Ein wichtiger Punkt ist die Analyse der Kommunikation. Diese kann in den unterschiedlichsten Symbolen übertragen werden.
- (2) Diese Kommunikation wird in irgendeiner Form festgehalten, sozusagen fixiert.
- (3) Die Vorgehensweise der Inhaltsanalyse ist systemisch und grenzt sich von freier Interpretation und einer Vielzahl hermeneutischer Verfahren ab.
- (4) Gleichzeitig braucht die Analyse explizite Regeln. Anhand dieser Regeln können andere die Analyse verstehen, nachvollziehen und überprüfen.
- (5) Zusätzlich zur systematischen Vorgehensweise geht sie theoriegeleitet vor. Das bedeutet, dass sie das Datenmaterial anhand einer theoretischen Fragestellung analysiert und die Ergebnisse vom jeweiligen Theorienhintergrund interpretiert.
- (6) Die Inhaltsanalyse will Teil des Kommunikationsprozesses sein – daher Rückschlüsse auf spezifische Punkte der Kommunikation ziehen – sowie

bestimmte Rückschlüsse oder Absichten der GesprächspartnerInnen ableiten (vgl. ebd., S. 13).

Anhand eines Ablaufmodells der Analyse können die einzelnen Interpretationsschritte zerlegt werden. Dadurch werden diese für andere Personen nachvollziehbar und überprüfbar. Außerdem können sie auf andere Gegenstände übertragen werden. Folgende Schritte müssen bei der Inhaltsanalyse durchgeführt werden (vgl. ebd., S. 61):

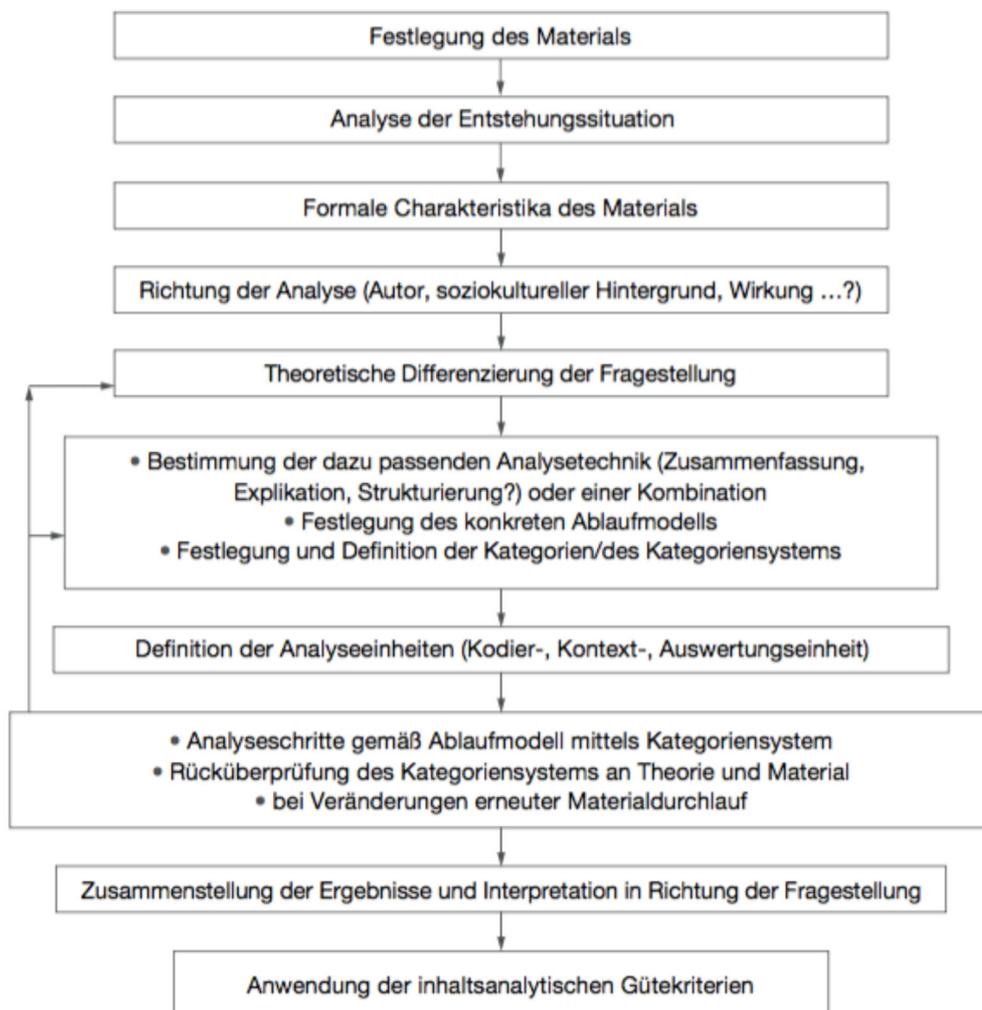


Abbildung 5: Allgemeines inhaltliches Ablaufmodell (vgl. Mayring 2015, S. 62)

Am Beginn wird das Datenmaterial festgelegt. Das bedeutet, dass das Material, welches analysiert werden soll, definiert, erweitert oder verändert werden muss. Anschließend „muss genau beschrieben werden, von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde“ (ebd., S. 55). Wesentlich dabei sind die VerfasserInnen und die

beteiligten Personen, der Handlungshintergrund der VerfasserInnen, die Zielgruppe, die konkrete Entstehungssituation und der soziokulturelle Hintergrund. Den Abschluss bildet die Beschreibung des Datenmaterials, also in welcher Form das Material vorhanden ist – z. B. Interviews oder Gruppendiskussionen etc. Die Daten, die mittels Aufnahmegerät aufgenommen wurden, müssen transkribiert werden. Die Richtung der Analyse beschreibt, dass der Text als Teil einer Kommunikationskette verstanden wird und aus verschiedenen Richtungen Unterschiedliches aussagt – bei der Psychotherapie ist beispielsweise der emotionale Zustand interessant, während etwa bei der Dokumentenanalyse etwas über den Gegenstand ausgesagt werden soll. Wesentlich sind die Regelgeleitetheit und die Theoriegeleitetheit bei den Interpretationen. Unter Theoriegeleitetheit ist die Analyse einer theoretisch begründeten, inhaltlichen Fragestellung gemeint. Wird die Theorie als System von Sätzen aus dem untersuchenden Gegenstand begriffen, dann meint Theorie eine gewonnene Erfahrung anderer Personen über den Gegenstand. Daran knüpft die Autorin an, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen (vgl. ebd., S. 55ff.).

Da in der qualitativen Inhaltsanalyse die Zuordnung zu Kategorien das zentrale Instrument darstellt, sollen diese Kategorien möglichst genau und regelkonform definiert werden (vgl. ebd., S. 47). Dabei wird besonders auf die Kategorienkonstruktion und -begründung Wert gelegt. Das System ist hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der Analyse, der Vergleichbarkeit der Ergebnisse und der Abschätzung der Reliabilität der Analyse von Bedeutung (vgl. ebd., S. 51f.). Hinsichtlich der Analysetechniken unterscheidet Mayring drei Grundformen:

**Zusammenfassung:** Das Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist die Reduktion des Datenmaterials. Die wesentlichen Inhalte bleiben erhalten (vgl. ebd., S. 67).

**Explikation:** In der explizierenden Inhaltsanalyse werden die fraglichen Textteile durch zusätzliches Material in ihrem Verständnis erweitert (vgl. ebd., S. 67).

**Strukturierung:** Die strukturierte Inhaltsanalyse legt zuerst Kriterien fest und filtert mit diesen bestimmte Aspekte aus dem Datenmaterial heraus. Da diese Darstellung zu allgemein ist und da die strukturierende Inhaltsanalyse verschiedene Ziele haben kann,

werden hier vier Formen unterschieden: die formale, die inhaltliche, die typisierende und die skalierende Strukturierung (vgl. ebd., S. 67ff.).

Die Autorin entschied sich, für die Auswertung des Datenmaterials die Methode der inhaltlichen Strukturierung zu wählen. Das Ziel der inhaltlichen Strukturierung liegt darin, bestimmte Aspekte, Themen und Inhalte aus dem Datenmaterial herauszufiltern und diese daraufhin zusammenzufassen. Dazu werden theoriegeleitete, entwickelte Kategorien und Unterkategorien verwendet (siehe Kapitel 3.2).

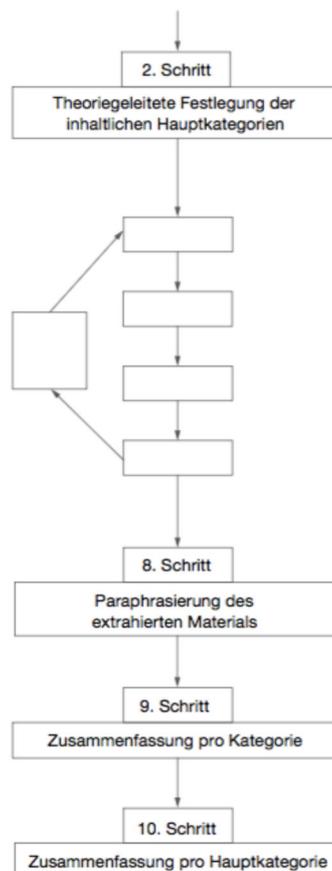


Abbildung 6: Ablaufmodell inhaltliche Strukturierung (vgl. Mayring 2015, S. 104)

Mit dem Kategoriensystem, das als Gerüst dient, wird das extrahierte Material in Form von Paraphrasen in Unterkategorien und dann in Hauptkategorien zusammengefasst. Bei diesen Arbeitsschritten werden die Regeln der Zusammenfassung eingesetzt: (1) Die inhaltstragenden Textbestandteile werden paraphrasiert, wobei ausgeschmückte Textbestandteile wegfallen. (2) Die Paraphrasen werden auf die definierte

Abstraktionsebene gebracht und generalisiert. (3) Bedeutungsgleiche Paraphrasen und jene, die nicht als inhaltstragend erachtet werden, werden gestrichen. (4) Paraphrasen, die den gleichen (ähnlichen) Gegenstand oder die gleichen Aussagen betreffen, werden zusammengefasst (vgl. ebd., S. 72).

Nach der Erstellung des Kategoriensystems konnten die Daten paraphrasiert, zusammengefasst, analysiert und interpretiert werden. Die Ergebnisse werden im nächsten Kapitel dargestellt.

## 4. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse vorgestellt und ausführlich skizziert. Die Kategorien – Hauptkategorie und Unterkategorie - werden mit einem in Klammer gesetzten „HK“ und „UK“, sowie mit einer Kennnummer („1, 2, etc.“ oder „3\_1, 3\_2, 4\_1, etc.“) gekennzeichnet, zum Beispiel (HK1) für die Hauptkategorie 1 und (UK3\_1) für die Unterkategorie 3, Frage 1.

Um die Anonymisierung der Daten zu gewährleisten, wurden die erhobenen Daten und jene Angaben - Namen, Vereins- und Institutionsbezeichnungen -, die zur Identifizierung der Personen führen, verändert.

### 4.1. Kurzbeschreibung der InterviewteilnehmerInnen (HK1)

Die folgende Beschreibung der einzelnen InterviewteilnehmerInnen bezieht sich auf den jeweiligen Tätigkeitsbereich, die Arbeitserfahrung im Bereich der Autismus-Spektrum-Störung mit den entsprechenden Ausbildungen.

- Expertin B1

Die Expertin arbeitet seit 1997 im Bereich der interdisziplinären Frühförderung und Familienbegleitung. Seitdem arbeitet sie auch mit Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung. Derzeit betreut sie ein Mädchen – die Betreuung zweier Jungen hat sie Ende letzten Jahres abgeschlossen. Sie hat diverse Ausbildungen in den Bereichen der Gesprächsführung, im kreativen Gestalten und in der Autismus-Spektrum-Störung.

- Expertin B2

Die interdisziplinäre Frühförderin und Familienbegleiterin arbeitet seit 26 Jahren in diesem Bereich und spezialisierte sich vor zwölf Jahren auf den Bereich Autismus-Spektrum-Störung. Momentan begleitet sie acht Kinder von zweieinhalb bis sechs Jahren und ihre Familien. Neben dem Autismus-Special-Trainer hat sie Ausbildungen in der multifunktionellen Fördertherapie. Außerdem ist sie zertifizierte Elternbildnerin mit Spezialisierung auf Eltern, die Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung haben.

- Expertin B3

Seit ihrer Diplomierung zur Ergotherapeutin im Jahr 1989 arbeitet die Interviewteilnehmerin mit Kindern und deren Eltern. Derzeit betreut sie fünf Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Diagnose zwischen 15 Monaten und zwölf Jahren. Zusätzlich hat sie Körpertherapieausbildungen sowie Ausbildungen zur Krisenbegleitung von Babys mit unterschiedlichen Auffälligkeiten gemacht.

- Expertin B4

Die Ergotherapeutin ist seit 2006 in diesem Bereich tätig und begleitet Kinder sowie Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung. Die Altersgruppe liegt zwischen Säuglingsalter und 18 Jahren. Momentan betreut sie jedoch kein Kind mit dieser Diagnose. Zusätzlich zu ihrer Ausbildung hat sie Qualifikationen als Rota-Therapeutin, Dyskalkulie-Therapeutin, Ausbildungen im Bereich Autismus-Spektrum-Störung und diverse Fortbildungen im Bereich der visuellen Wahrnehmung. Wichtig ist ihr die Zusammenarbeit mit den Eltern.

- Expertin B5

Diese Expertin arbeitet seit drei bis vier Jahren im Bereich der Familienentlastung. Am Beginn ihrer Tätigkeit übernahm sie Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung und konnte hier Erfahrungen sammeln. Momentan begleitet sie drei Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Diagnose. Das Alter dieser Personen liegt zwischen sechs und zwölf Jahren. Durch die Teilnahme an Seminaren und Workshops zu dieser Thematik bekam sie fachliches Hintergrundwissen.

- Expertin B6

Seit dem Jahr 2011 arbeitet diese Interviewteilnehmerin als Familienentlasterin und betreut derzeit sechs Personen, die diese Diagnose aufweisen. Die Kinder und Jugendlichen sind acht bis 18 Jahre alt. Auch diese Expertin konnte sich durch Seminare Wissen über das Störungsbild aneignen.

- Experte B7

Der Freizeitassistent betreut seit drei Jahren zwei männliche Heranwachsende mit 15 Jahren und 19 Jahren. Auch bei diesen beiden Personen liegt eine Autismus-Spektrum-Diagnose vor. Aus- oder Fortbildungen im Bereich der Autismus-Spektrum-Störung waren zu dieser Zeit keine vorhanden.

- Experte B8

Im Bereich der Freizeitassistenz begleitet dieser Experte seit sieben Jahren eine Person, die die Autismus-Spektrum-Diagnose aufweist. Zusätzlich betreut er abhängig von Freizeitangebot und Gruppenaktivität immer wieder Personen mit dieser Diagnose. Das Psychologiestudium hat ihn auf dieses Störungsbild gut vorbereitet.

- Expertin B9

Die klinische Psychologin arbeitet seit ca. 14 Jahren mit Personen aller Altersgruppen. Momentan begleitet sie etwa 45 Familien, in denen bei mindestens einem Familienmitglied eine Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert wurde. Sie unterstützt Betroffene ab einem Alter von drei Jahren bis ins Erwachsenenalter. Durch unterschiedliche Ausbildungen – wie dem Special Trainer und vertiefende Fortbildungen, multifunktionelle Fördertherapie etc. – konnte die Expertin Fachwissen im Bereich der Autismus-Spektrum-Störung erhalten.

- Experte B10

Seit 2010 arbeitet der Experte als Psychologe und Psychotherapeut, wobei er sich seit 2012 auf Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung spezialisiert hat. Zurzeit begleitet er ca. 40 betroffene Familien. Die Altersgruppe liegt zwischen vier Jahren und 45 Jahren. Neben dem Psychologiestudium konnte er sich Wissen durch diverse Spezialisierungen – wie Special Trainer – aneignen.

- Expertin B11

Diese Expertin ist seit 13 Jahren alleinerziehend und lebt gemeinsam mit ihrem 15 Jahre alten Sohn. Er wurde als Asperger-Autist diagnostiziert. Der Alltag gestaltet sich folgendermaßen: An den Wochentagen startet der Tag um 06:40 Uhr, wobei der Jugendliche eigenständig die Morgentoilette verrichtet und sich selbst anzieht. Gegen 07:15 Uhr verlässt er das Haus. Nachmittags endet die Schule zwischen 13:30 Uhr und 14:30 Uhr – je nach Schulwoche. Jeweils eine halbe Stunde später trifft er zu Hause ein. Da er sehr fixiert auf die neuen Medien ist, sind diese Zeiten klar geregelt. Das bedeutet: Unter der Woche darf er sie eineinhalb Stunden und am Wochenende drei Stunden nutzen. Seit sechs Jahren geht er an zwei Tagen in der Woche zum Kampfsporttraining. An diesen beiden Tagen nimmt die Familie den Familienentlastungsdienst in Anspruch. Nach der Abendtoilette geht er um 21 Uhr ins Bett, um zu lesen oder die restliche Medienzeit zu nutzen. In der Zeit, in der der Junge beim Training ist, geht die Mutter zum Yoga und trifft sich mit FreundInnen. In solchen Fällen bleibt die Familienentlasterin länger. Zusätzlich nimmt der Jugendliche in einem 14-tägigen Rhythmus Psychotherapie in Anspruch.

In der Schule ist die Medienzeit ebenfalls klar strukturiert. Zusätzlich wurde ein Kalender eingeführt, an dem er alle Hausaufgaben und schulischen Termine wie Schularbeiten, Tests etc. vermerkt. Dadurch erhält die Mutter oder der Familienentlastungsdienst einen Überblick über die schulischen Aktivitäten. Auch die LehrerInnen unterstützen dieses System, indem sie ihn daran erinnern, dies in den Kalender einzutragen.

Das Wochenende ist so strukturiert, dass er einmal im Monat seinen Vater besucht. Ansonsten schläft er lange und nimmt anschließend seine Medienzeit in Anspruch. Am Nachmittag wird meist etwas unternommen. In der letzten Zeit hat er angefangen, sich mit einem Freund zu treffen. Die Mutter meinte: *„Und darüber bin ich sehr froh. Also, ich bin eigentlich sehr glücklich, dass er da selber Initiative ergriffen hat. Jetzt hat er auch so etwas wie einen Freund. Einen engeren“* (B11, Z. 65-66).

- Expertin B12

Die Interviewteilnehmerin ist Mutter eines vierjährigen Jungen, bei dem eine Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert wurde. An den Wochentagen besucht das Kind den Kindergarten und wird um 15:30 Uhr abgeholt. Am Montag nimmt er vor dem Kindergarten eine autismusspezifische Therapie in Anspruch, womit sein Kindergarten tag um elf Uhr startet. Am Dienstag wird er vom IZB-Team (von einer Sonderkindergärtnerin, einer Psychologin und einer Logopädin) des Kindergartens begleitet – die restliche Zeit unterstützt ihn eine Kindergartenassistentin. Am Dienstagnachmittag fahren er und seine Mutter zu einer Ergotherapeutin. Am Mittwoch sind weder im Kindergarten noch außerhalb Therapieeinheiten geplant. Nach dem Kindergarten kommt am Donnerstag die Frühförderin. Sie arbeitet mit ihm eineinhalb Stunden. Am Freitag gibt es ebenso keine Therapieeinheiten. An zwei Samstagen pro Monat fährt die Mutter mit dem Kind zu einer Ärztin, die nach traditioneller chinesischer Medizin arbeitet. Diese unterstützt sie, indem sie mit Tees sein Verhalten und seinen Schlafrythmus reguliert. Außerdem nehmen sie Familienentlastung in Anspruch: Diese kommt an jedem zweiten Sonntag und alle zwei Wochen an unterschiedlichen Tagen. Zusätzlich kommt ein Babysitter, der den Jungen, seit er ein halbes Jahr alt ist, kennt. Nach dem Gespräch hat die Mutter der Autorin noch einen Satz mitgegeben, der für sie sehr wichtig ist: Für sie ist *„Autismus eine Charaktereigenschaft und Wesensart und keine Krankheit“*.

#### 4.2. Perspektive der Fachkräfte

Am Beginn gilt es herauszufinden, welche Motivation die Fachkräfte antreibt, mit Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zu arbeiten, und ob diese Personen die Möglichkeit haben, sich mit anderen Personen auszutauschen und zu kooperieren. Gleichzeitig wird versucht, die Kompetenzen der KooperationspartnerInnen sowie die Notwendigkeit von Ausbildungen in diesem Bereich zu ermitteln. In einem weiteren Abschnitt soll darauf eingegangen werden, wie Kooperationen finanziert werden und welche Vorteile, Herausforderungen und Auswirkungen eine Kooperation für das Kind bzw. für den Jugendlichen und seine Familie hat. Im Schlusskapitel können die

ExpertInnen ihre Anregungen sowie Erwartungen angeben und mitteilen, welche Inhalte für eine gelingende Kooperation notwendig sind.

#### 4.2.1. Motivation (HK2)

Nach der Beschreibung ihres Tätigkeitsfeldes werden die ExpertInnen nach ihrer Motivation gefragt. Diese Frage soll Aufschluss darüber geben, welche Motive bzw. Anreize die einzelnen Fachkräfte motivieren, um mit Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zu arbeiten. Dabei wird zwischen intrinsischer (aus sich selbst heraus) und extrinsischer (durch äußere Anreize) Motivation unterschieden. Dies ist aufgrund der unterschiedlichen Ausprägungen der Symptomatik bei den Kindern und Jugendlichen interessant.

Sechs der zehn befragten Fachkräfte geben an, dass die Arbeit mit jenen Personen nicht auf einer intrinsischen Motivation beruht, sondern dass sich diese durch den Tätigkeitsbereich, in dem sie arbeiten, ergeben hat (vgl. B3, B4, B6, B7, B9, B10).

*„Das hat sich einfach durch meine Arbeit in der Praxis und im Kindergarten so ergeben, weil die Kinder einfach zugewiesen werden oder halt im Kindergarten sind“ (B3, Z. 21-22).*

Die Aneignung von Erfahrung und Wissen über die Besonderheiten dieses Störungsbildes – während der Arbeit mit diesen Kindern und Jugendlichen sowie durch Ausbildungen – wecke das Interesse und die Bereitschaft der Fachkräfte, mit den Betroffenen zu interagieren. Daher nennen die interviewten Fachkräfte als intrinsische Motivation, dass sie die Arbeit zum einen

(1) sehr interessant finden (vgl. B6, B8, B9, B10)

*„Und das, was mich eigentlich so am meisten fasziniert, ist diese Bandbreite, diese Vielfalt im Spektrum, die wir haben. Also wirklich von schwerstbehinderten Kindern und Menschen bis hin zu hochbegabten und begabten Asperger-Autisten [...]. Also und auch die Herausforderungen, die eigentlich bei jedem einzelnen meiner PatientInnen oder KlientInnen völlig unterschiedlich ist. Und das macht es für mich so spannend“ (B10, Z. 27-32).*

(2) und zum anderen als herausfordernd erleben (vgl. B1, B5).

*„Das ist auf einer Seite sicher, dass nicht jeder Tag gleich ist. Nicht jede Stunde gleich ist, jede Sekunde gleich ist, dass man immer aufmerksam sein muss. Was passiert? Was braucht das Kind? Was kann als Nächstes passieren? Was ist der nächste Schritt von dem Kind? Oder wenn jetzt ein Auto vorbeifährt, was kann daraus resultieren? Also man muss ständig auf der Höhe sein und ständig angespannt und aufmerksam sein“ (B5, Z. 4-9).*

Ein Teilnehmer teilt im Interview mit, dass er die belastende Situation sowie die Überforderung der Familie wahrgenommen hat und dem familiären System als Entlastung und Unterstützung dienen will.

*„Und das war halt einfach eine ganz eine starke Motivation, halt die Familie nicht alleine lassen wollen damit“ (B7, Z. 75-77).*

Diese Faktoren geben Aufschluss darüber, was die Fachkräfte motiviert, mit Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung und ihren Familien zu arbeiten.

Darauffolgend werden den ExpertInnen die Frage nach den Möglichkeiten, sich mit anderen Personen auszutauschen, gestellt. Diese Frage wird bewusst offen gestellt, da alle möglichen KooperationspartnerInnen erhoben werden sollen.

#### 4.2.2. Möglichkeit zu einer Kooperation (HK3)

In den hier beschriebenen Kooperationsprozessen sind stets die Eltern die Auftraggeber. Daher müssen die einzelnen Unterstützungsdienstleister die Verschwiegenheitspflicht beachten. Die Fachkräfte dürfen die ihnen anvertrauten Daten und Informationen nicht ohne Zustimmung an andere Personen weitergeben. Aus diesem Grund muss das Einverständnis der Eltern für eine Kooperation mit anderen eingeholt werden. Jedoch muss weiterhin der Fokus auf die Wahrung der Verschwiegenheit hinsichtlich der Privatsphäre der einzelnen Personen gerichtet sein. Die Kooperationen laufen *„immer mit Absprache von den Eltern, weil wir unter Verschwiegenheitspflicht stehen“* (B4, Z. 68-69).

*„Der Austausch ist wie gesagt, die Eltern müssen ja zustimmen, und dann ist es sehr positiv. Also dann ist es auch okay, wenn ich sage: ‚Ich möchte einmal eine Einheit bei der Tagesmutter machen, um zu schauen, wie tut das Kind dort (unv.)‘ Das ist dann okay. Wenn Eltern das Okay geben, dann ist es durchaus gut möglich und viel möglich“ (B1, Z. 314-318).*

Erst nachdem die Erlaubnis zur Kooperation eingeholt wird, können die Fachkräfte mit internen und externen ExpertInnen über die jeweiligen Beobachtungen und den Herausforderungen sowie über die Therapie- und Förderinterventionen kooperieren. Falls die Eltern bei diesen Gesprächen nicht anwesend sind, müssen sie über die Inhalte informiert werden (vgl. B10).

*„Also das auf jeden Fall, es passiert nichts hinter dem Rücken der Eltern, aber es ist natürlich wichtig, die Eltern dahingehend zu informieren, dass das eine wesentliche und wichtige Arbeit ist und ja, dass das auch Qualität hat und deswegen immer das Angebot mit den Eltern, also es braucht, soll niemand Angst haben, dass da was besprochen wird, was den Eltern nicht passt oder was da geheim ist oder so. Aber eben alle, die mit dem Kind arbeiten. Da trifft man sich, spricht sich ab und ja. Im optimalen Fall gibt es gemeinsame Zielvereinbarungen. Auch wieder alles protokolliert und schriftlich festgehalten, jederzeit einsehbar, also für die Eltern und für mich natürlich und die Behörde, aber sonst niemanden natürlich“ (B2, Z. 78-86).*

Im Folgenden geht es um die verschiedenen Kooperationsmöglichkeiten der beteiligten Fachkräfte. Es ergeben sich folgende Kooperationsvarianten:

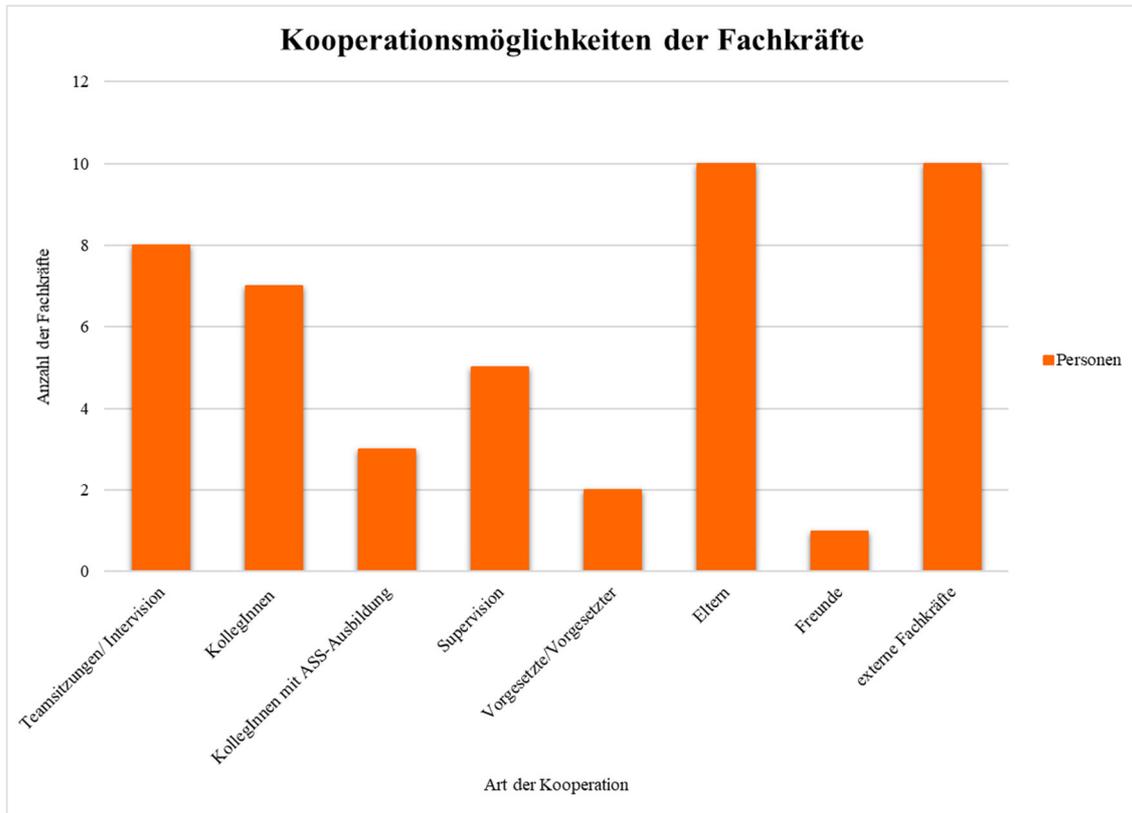


Abbildung 7: Kooperationsmöglichkeiten der Fachkräfte (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 7 beschrieben, können aus den Interviews drei externe (siehe Kapitel 4.2.3/4.2.4) und fünf interne Kooperationssettings identifiziert werden, in denen die TeilnehmerInnen die Möglichkeit zu einem Austausch angeben: die Teamsitzungen/Intervisionen mit oder ohne Fallreflexion (vgl. B1, B2, B5, B6, B7, B8, B9, B10), die Supervisionen (vgl. B2, B5, B6, B9, B10) und der Austausch mit KollegInnen (vgl. B3, B4, B5, B6, B8, B9, B10) sowie mit KollegInnen mit einer Autismus-Spektrum-Ausbildung (vgl. B1, B2, B4) oder mit dem/der Vorgesetzten (vgl. B2, B7).

*„Ja, auf jeden Fall. In Teamsitzungen oder Supervisionen, mit KollegInnen und es ist oft der Fall, dass man mit mehreren anderen FamilienentlasterInnen in einer Familie arbeitet. Und dann tauscht man dann sich sowieso aus“ (B6, Z. 62-64).*

Als ein weiteres Kooperationssetting nennt eine Person den Freundes- oder Bekanntenkreis (vgl. B7).

In den Interviews werden vor allem zwei zentrale Kooperationssettings erfasst, bei denen alle zehn TeilnehmerInnen eine Kooperation angeben: zum einen die Eltern/Bezugspersonen und zum anderen die externen Fachkräfte.

*„Das heißt, ich brauche Eltern, ich brauche LehrerInnen, ich brauche KinderpädagogInnen, BetreuerInnen, FED, Schulassistent, Freizeitassistent. Je mehr, desto besser“ (B10, Z. 42-44).*

Auf diese beiden Settings wird in den Kapiteln 4.2.3 und 4.2.4 genauer eingegangen. Zusammenfassend haben alle befragten ExpertInnen individuell mehrere KooperationspartnerInnen zur Verfügung. Diese Kooperations- und KommunikationspartnerInnen können aus dem privaten Kontext, aus dem familiären Setting der betroffenen Personen, aus dem Pool der bereichsinternen KollegInnen oder aus dem Setting der Fachkräfte anderer Professionen stammen.

#### 4.2.2.1. Häufigkeit der Kooperationen (UK3\_1)

Wie oft die einzelnen Kooperationssettings stattfinden, ist unterschiedlich, wobei die Nutzung der Kooperationsmodi „Teamsitzung“ von sieben ExpertInnen (vgl. B1, B2, B5, B7, B8, B9, B10) und „Supervision“ von drei ExpertInnen (vgl. B2, B5, B10) angegeben werden. Eine Fachkraft nutzt das Instrument „Supervision“ nur bei Bedarf (vgl. B10).

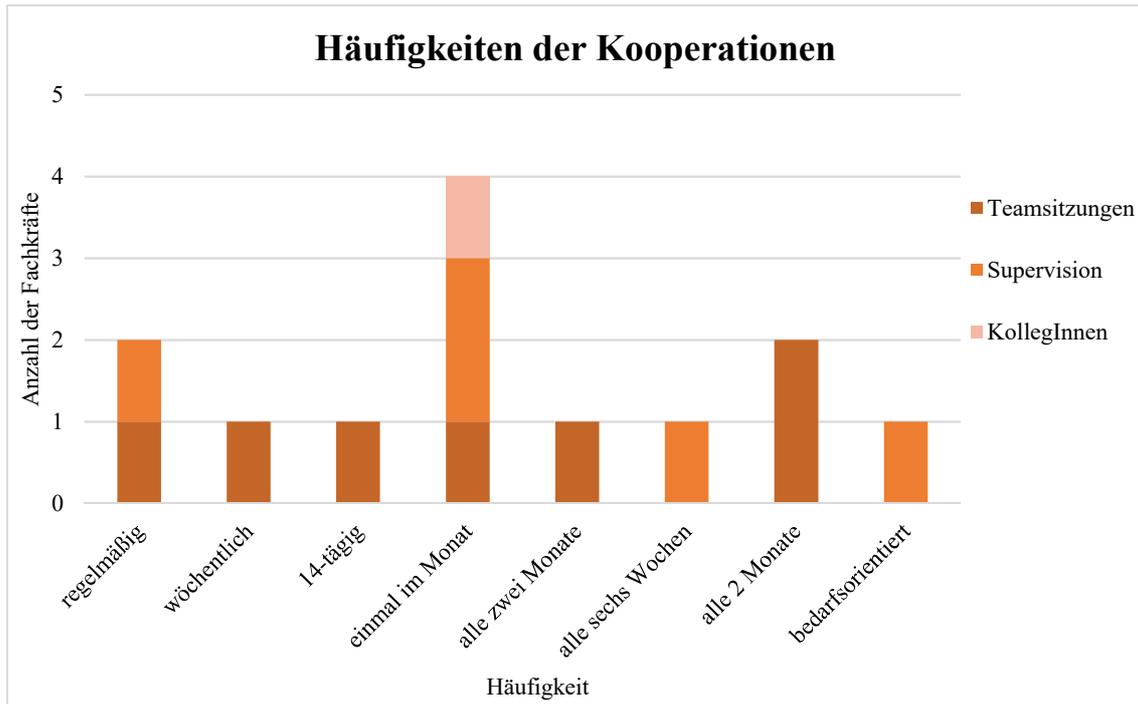


Abbildung 8: Häufigkeiten der Kooperationen (eigene Darstellung)

Hinsichtlich des zeitlichen Rhythmus gibt es unterschiedliche Angaben. Die Teamsitzungen finden wöchentlich, 14-tägig oder einmal im Monat statt. Der längste Zwischenraum zwischen den einzelnen Teamsitzungen beträgt zwei Monate. Zwei der Befragten geben an, dass sie die Supervision einmal im Monat in Anspruch nehmen. Eine Expertin tauscht sich monatlich mit KollegInnen, die in der gleichen Familie arbeiten, aus (vgl. B1, B2, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10).

#### 4.2.2.2. Inhalte der Kooperationen (UK3\_2)

Auf der inhaltlichen Ebene besprechen die einzelnen Fachkräfte neben organisatorischen Abläufen auch unterschiedliche (Arbeits-)Schwerpunkte in Bezug auf die Symptomatik des Kindes/des Jugendlichen und diverse Herausforderungen im familiären System (vgl. B1). Im Fokus sind die Klärung gemeinsamer Therapieinhalte, allgemeine Schwerpunkte sowie die weitere Vorgehensweise bei verschiedenen Herausforderungen und Verhaltensmustern im Umgang mit den Betroffenen (vgl. B1, B2, B4, B5, B8, B9, B10).

Die Teambesprechungen eignen sich zur Weitergabe von Informationen, sodass alle MitarbeiterInnen den gleichen Wissensstand über die internen Abläufe haben. Zusätzlich werden die jeweiligen familiären Situationen ihrer KlientInnen besprochen und mögliche

Fragen beantwortet. Außerdem wird um Rat und Unterstützung bei herausfordernden Situationen gebeten.

*„Der Austausch im Team ist einfach, dass man darüber spricht und eventuell bei Schwierigkeiten oder bei Nichtweiterkommen mit einer gewissen oder mit gewissen Situationen, da um Hilfe bittet oder um Rat fragt. Und das wäre sicher auch ein Thema in der Supervision beziehungsweise gibt es natürlich auch den Austausch mit den Eltern oder mit den Bezugspersonen. Die vielleicht schon einmal solche Situationen gehabt haben und die dann Hilfestellungen geben können“ (B5, Z. 45-50).*

Bei Fallreflexionen können für die MitarbeiterInnen die Beziehungs- und Kommunikationsebenen geklärt und optimiert werden. Dies geschieht durch das Einbeziehen der Sichtweisen von KollegInnen.

*„Es gibt bei uns die Fallreflexionen, wo Familien besprochen werden, wenn man ein ganz konkretes Anliegen hat. Wir haben eine Kollegin mit Autismus-Ausbildung. Und die natürlich für Fragen oder spezielle Frage immer offen steht für alles“ (B1, Z. 49-51).*

Eine weitere Möglichkeit, die alle ExpertInnen angeben, ist die Kooperation mit Fachkräften aus anderen Disziplinen. Wie in Kapitel 3.3 angeführt, können die Familien nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz unterschiedliche Dienstleistungen entweder einzeln oder nebeneinander in Anspruch nehmen. Die Unterstützungsmaßnahmen sind spezialisiert auf die Vermittlung von Fähigkeiten und Rehabilitation wie in Form von Heilbehandlungen, auf die Entlastung der Bezugspersonen oder auf die Gestaltung der Freizeit (vgl. LEVO-StBHG 2017, S. 57).

#### 4.2.3. Kooperation mit anderen Leistungsstrukturen (HK4)

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf der Kooperation zwischen den einzelnen Fachdisziplinen sowie auf der Betrachtung der Kooperationsinhalte, auf der Häufigkeit der Kooperation und auf den Rahmenbedingungen von Kooperation.

##### 4.2.3.1. Inhalte der Kooperation (UK4\_1)

Auf der inhaltlichen Ebene sind die KooperationsteilnehmerInnen daran interessiert, möglichst optimale Rahmenbedingungen zu schaffen, innerhalb derer sich das Kind lernend entwickeln kann. In diesem Rahmen werden die diversen Arbeitsschwerpunkte (vgl. B1, B2, B5), die Therapieziele (vgl. B2, B4, B5, B6), das Verhaltensmanagement

(vgl. B1, B3), die Mitarbeit der Eltern/der Schule oder des Kindergartens (vgl. B1) sowie auf das Kind bezogene Herausforderungen (vgl. B1, B8) besprochen, analysiert und bearbeitet.

*„Da wird von jeder Bezugsperson berichtet, was vorgefallen ist beziehungsweise welche Fortschritte es gegeben hat. Wo es noch Handlungsbedarf gibt oder vermehrten Betreuungsbedarf oder woran man noch üben sollte oder woran man noch üben könnte. Wie man das machen könnte. Und jeder dieser Bezugspersonen erzählt von seiner Arbeit mit dem Kind und erzählt, wie es ihm geht mit dem Kind. Was aufgefallen ist. Was schwierig ist. Und das wird dann im kleinen Kreis besprochen“ (B5, Z. 102-108).*

Dieser geschützte Rahmen ermöglicht es den Fachkräften, eine offene und transparente Kommunikationsebene zu schaffen. Ein befragter Experte meint diesbezüglich, dass er durch den Austausch wichtige Informationen – also hilfreiche Tipps – im Umgang mit der zu betreuenden Person erhalten hat (vgl. B7).

Durch eine Kooperation ist es möglich, dass sich das Methodenrepertoire der Fachkräfte über neue Inputs erweitert.

*„Ist was anderes vielleicht gerade wichtiger? Oder haben die bei dem Kind vielleicht schon einen (...) gutes Mittel gefunden, mit dem sie das Kind zur Motivation locken können? Dass man mitübernehmen kann, weil sie es schon länger kennen oder besser kennen. Was sind die Unterschiede oder warum gelingen gewisse Dinge im Kindergarten und zu Hause nicht? Also der Austausch ist sicher sehr spannend und interessant. Und dann auch genauer hinzuschauen, was braucht es dort. Was braucht das Kind, damit es dort auch die Rahmenbedingungen braucht?“ (B1, Z. 140-146)*

*„Dass man einfach auf einem Nenner ist, weil man gewisse Verhaltensweisen natürlich auch mit dem Kind erarbeitet oder gewisse Strukturen, die dann halt immer gleich bleiben sollten. Und es ist dann fürs Kind natürlich verwirrend, wenn die Frühförderin es wieder anders macht. Das heißt, da muss man sich da vernetzen, dass man da gleich mit dem Kind arbeitet“ (B4, Z. 92-96).*

Eine weitere Möglichkeit bietet die Teilnahme an der Therapiestunde, wobei in diesem Setting nur ein kurzer Austausch möglich ist, weil der Fokus auf der Erfassung der Arbeitsmethode liegt.

„Da war es möglich, dass ich da bei dem einen Kind in größeren Abständen bei der Therapieeinheit direkt dabei war, um zu sehen, wie tut sie. Auch um einen Gleichklang zu bringen in meiner Arbeit. Das heißt, dass das Kind nicht einmal muss es so tun, einmal muss es so tun, sondern, dass wir da eine gerade Linie hineinbringen und beide gleich agieren oder sehr, sehr ähnlich agieren“ (B1, Z. 84-88).

Die ganzheitliche Betrachtung des Kindes mit seiner Familie, die alltäglichen Beobachtungen in unterschiedlichen Settings und das Zusammentragen all dieser Informationen ermöglicht eine Erfassung der Bedürfnisse, Wünsche und Problematiken der Betroffenen. Diese Informationen fließen durch Transparenz und Offenlegung in die Therapie- und Förderpläne mit ein (vgl. Speck 1998, S. 488).

#### 4.2.3.2. KooperationspartnerInnen (UK4\_2)

Die folgende Darstellung der Kooperation der Leistungsstrukturen ist anhand der Interviewaussagen erstellt worden und zeigt auf, welche multiprofessionellen Kooperationen bestehen. Für die Überschaubarkeit wurden diese in vier Bereiche unterteilt:

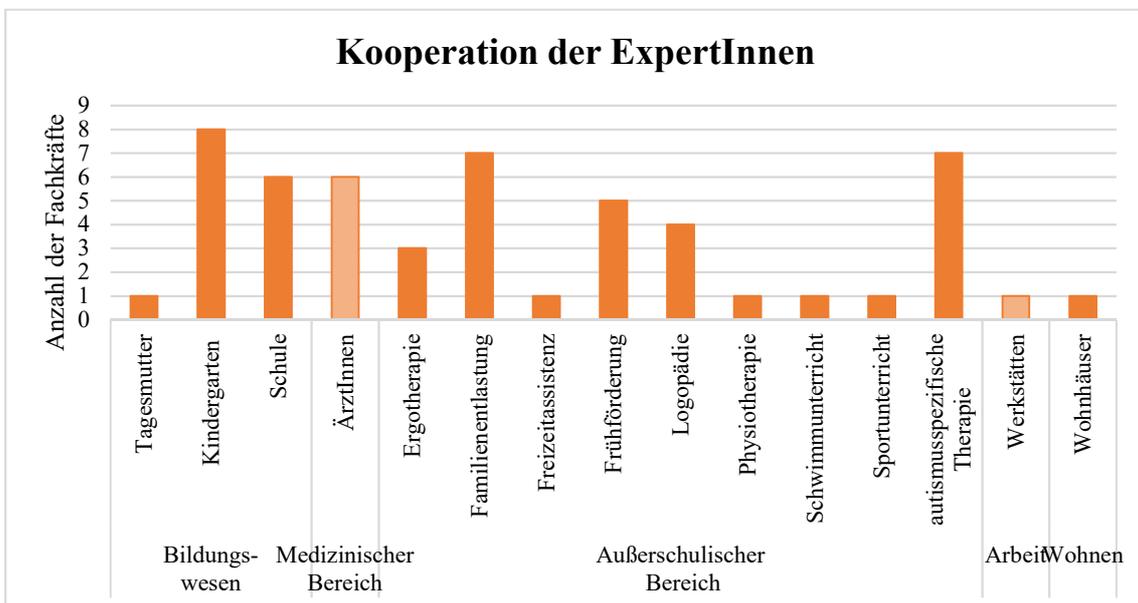


Abbildung 9: KooperationspartnerInnen der ExpertInnen (eigene Darstellung)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kooperationen zwischen den Fachkräften und betreuenden Personen aus dem Bildungsbereich (inklusive Assistenzleistungen und IZB-Team) bestehen (vgl. B1, B2, B3, B4, B5, B6, B9, B10). Mit dem medizinischen Bereich tauschen sich sechs Fachkräfte aus (vgl. B1, B2, B3, B4, B9, B10). Sieben

Fachkräfte haben einen Kooperationsaustausch mit dem Familientlastungsdienst (vgl. B1, B2, B3, B4, B7, B9, B10) und mit den autismspezifischen TherapeutInnen/PsychologInnen (vgl. B1, B2, B3, B4, B5, B6, B8). Vier Personen treten in Kontakt mit den LogopädInnen (vgl. B2, B4, B9, B10) und jeweils eine Person mit PhysiotherapeutInnen (vgl. B5), SchwimmlehrerInnen (vgl. B8) und SporttrainerInnen (vgl. B8). Fünf Personen kooperieren mit der interdisziplinären Frühförderung und Familienbegleitung (vgl. B3, B4, B6, B9, B10), drei Personen mit der Ergotherapie (vgl. B5, B9, B10) und eine befragte Person kooperiert mit Freizeitassistenz (vgl. B10). Die Kooperation mit den Tageswerkstätten und Wohnhäusern steht erst am Anfang: *„Und halt beginnend mit den Werkstätten und Wohnheimen“* (B9, Z. 132).

#### 4.2.3.3. Kooperationsart (UK4\_3)

Kooperationen können in verschiedenen Formen vollzogen werden. Die Herangehensweise unterscheidet sich zum einen davon, ob die KooperationspartnerInnen bekannt sind oder nicht. Bei unbekanntem Fachkräften werden persönliche Treffen bevorzugt. Bei bekannten Fachkräften kann die Rücksprache oder Weitergabe von Informationen auch über das Telefon erledigt werden (vgl. B1, B2, B3, B4, B5).

*„Leute, die man gut kennt, also zum Beispiel [...] da ist eine Therapeutin von Verein A involviert, die ich schon lange Jahre kenne und gut kenne, da gehe ich davon aus, dass wir das telefonisch machen, dass wir uns da sehr gut telefonisch austauschen können, weil wir uns einfach gut kennen“* (B2, Z. 399-402).

Zum anderen ist dies abhängig von der Thematik und vom Inhalt, der besprochen werden soll. Bei kurzen Rücksprachen hinsichtlich des Verhaltensmanagements greifen die Fachkräfte auf eine telefonische Rückmeldung zurück.

*„Manches Mal ist es schon so, dass man telefoniert, um eine schnelle Rückmeldung zu geben oder einfach zu sagen: ‚Du bitte, mir ist das und das passiert. [...] Dieser Tic kommt wieder vor. Schau, du musst wieder vermehrt schauen darauf‘“* (B5, Z. 175-178).

Wenn jedoch der Fokus auf dem Kennenlernen der einzelnen Fachdisziplinen, der Weitergabe von Informationen, um den gleichen Wissensstand zu erhalten, sowie auf der Erarbeitung von Zielsetzungen und einer Planung von Förderinhalten liegt, dann werden persönliche Kooperationstreffen bevorzugt.

*„Ja und diese Mutter hat immer Kontakt mit unterschiedlichsten Personen, sei es einmal IZB, dann war es mit dem Kindergarten und dann haben wir gemeinsam festgestellt, das ist nicht gut, wir sollten alle an einem Strang ziehen und alle denselben Informationsstand haben und haben uns dann per E-Mail vernetzt und sind so auf einen Termin gekommen [...]“ (B2, Z. 112-116).*

Falls eine persönliche Kooperation wegen unterschiedlicher Gründe nicht möglich ist, ist es den Fachkräften ein Bedürfnis, sich über das Telefon auszutauschen.

*„Also für mich ist es einfach ein sehr großes Anliegen, dass man da zumindest zwischendurch telefoniert und sich telefonisch austauscht, wenn schon nicht anders möglich ist“ (B1, Z. 103-105).*

Neben den persönlichen Treffen werden weitere Hilfsmittel zur Kommunikation herangezogen: einerseits mündliche Kommunikationsmittel wie das Telefon, andererseits schriftliche Kommunikationsmittel wie E-Mail und WhatsApp.

#### 4.2.3.4. Häufigkeit der Kooperation (UK4\_4)

Wie oft und in welchen Abständen die Kooperationssettings zwischen den einzelnen Fachkräften verschiedener Disziplinen stattfinden, ist sehr verschieden. Hier wird zwischen einer Kooperation von Fachkräften anderer Fachprofessionen ohne Beteiligung der Eltern und einer HelferInnenkonferenz unterschieden.

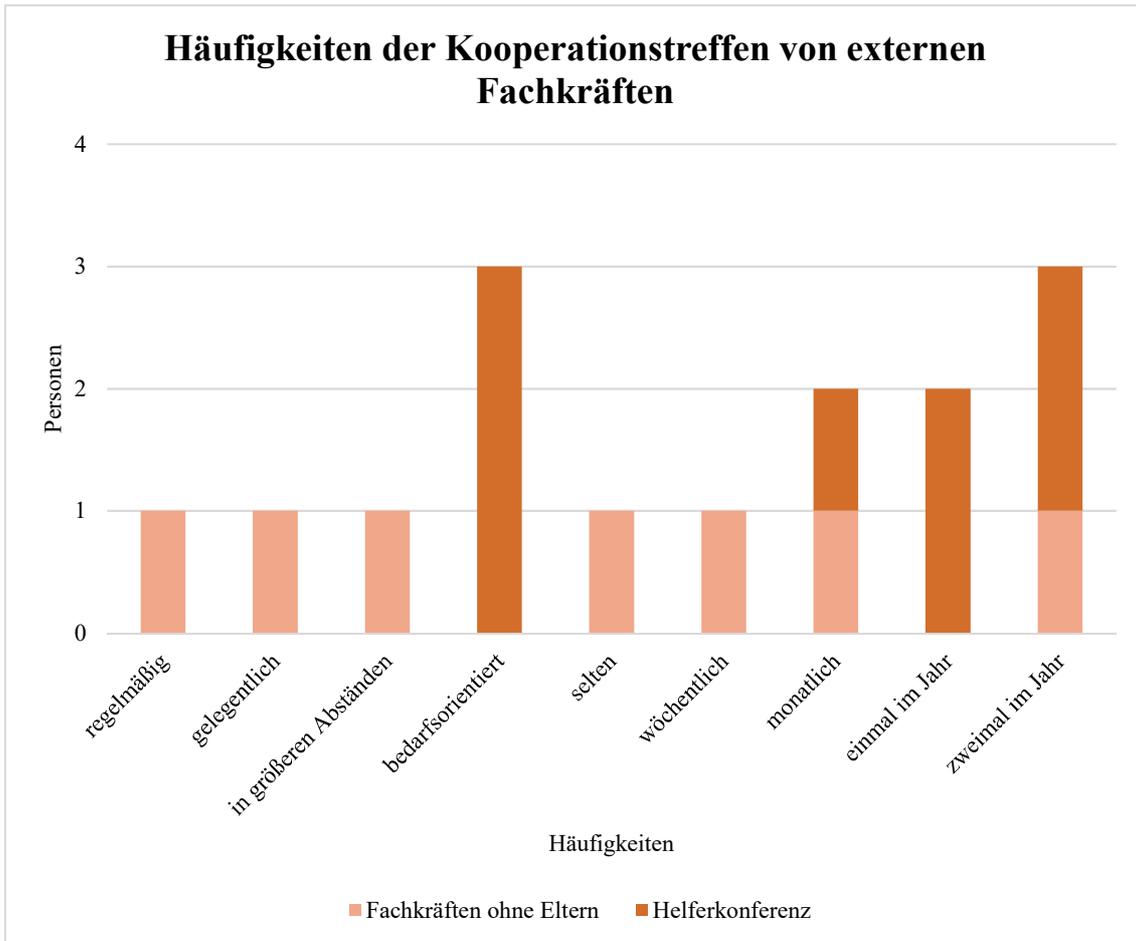


Abbildung 10: Häufigkeiten der Kooperationen von externen Fachkräften mit oder ohne Eltern (eigene Darstellung)

Die Angaben bezüglich der Kooperationstreffen reichen von regelmäßigen bis hin zu seltenen Treffen. Manche dieser Treffen finden wöchentlich statt, andere wiederum monatlich, einmal oder zweimal im Jahr.

*„In diesem Fall, bei dieser einen Familie, wo es fast wöchentlich ist, sind die Treffen persönlich. Weil ich das Kind zur Therapie begleite. Also mindestens einmal im Monat und in manchen Monaten sogar jede Woche“ (B6, Z. 149-151).*

*„Bei dem Kindergartenkind ist es so, dass da jetzt so ein Halbjahresrhythmus entstanden ist. Also das ist ganz unabhängig davon, wie es gerade läuft“ (B3, Z. 185-186).*

Im Folgenden wird auf die Rahmenbedingungen von Kooperationsprozessen eingegangen.

#### 4.2.3.5. Rahmenbedingungen für eine Kooperation (UK4\_5)

Die Kooperation zwischen den Dienstleistungsangeboten findet unter bestimmten Rahmenbedingungen statt. Wie sich diese Schnittstellen gestalten, wird nun näher beleuchtet.

Die Kooperationsanbahnung beginnt zuerst mit einer Einladung zu einem Kooperationsgespräch, wobei eine Person die Verantwortung übernimmt, die Einladung aussendet und die Terminverwaltung koordiniert (B2, B5).

*„[...] sind so auf einen Termin gekommen, den in dem Fall das IZB, also die Soki (Anm. d. Verf.: Sonderkindergartenpädagogin) vom IZB ausgemacht, also einmal vorgeschlagen hat, sodass es für alle anderen passt und wir haben uns dann im Kindergarten einmal zusammen getroffen inklusive der Mutter“ (B2, Z. 115-118).*

Bevor jedoch eine Einladung ausgeschildet wird, muss überlegt werden, wer bei einem Kooperationsgespräch anwesend sein muss. Ein befragter Experte meint, dass nicht immer das gesamte BetreuerInnensystem bei einem Gespräch anwesend sein muss (vgl. B10).

*„Und das ist auch nicht jeder Helfer im System immer notwendig, eben auch teilzuhaben an solchen Gesprächen. Weil, wenn es zum Beispiel an der Schule wunderbar läuft, dann brauche ich den Schulassistenten nicht jedes Mal dabei. Also, wenn es nur daheim die Schwierigkeiten gibt, dann muss ich mir das System von zu Hause jetzt annehmen und da arbeiten“ (B10, Z. 307-311).*

In einem Beispiel findet die Kooperation in einem privaten Rahmen statt. Die Mutter organisiert zum Anlass des Geburtstages des Sohnes eine „Geburtstagsfeier“ mit allen involvierten BetreuerInnen. Diese Feier findet einmal im Jahr statt und die Teilnahme ist auf freiwilliger Basis. Die Fachkräfte nutzen diese Gelegenheit, um sich zu vernetzen und um Beobachtungen sowie Herausforderungen hinsichtlich der Betreuung und Begleitung auszutauschen (vgl. B8).

*„Doch, da ist genug Raum für jeden. Da kann jeder das sagen, was er möchte. Und es fühlt sich auch ein bisschen freier an, weil es einfach kein dienstliches Verhältnis in dem Sinne für dieses eine Gespräch ist. Sondern weil es gerade ein privater Rahmen ist, glaube ich, sind die Hemmungen, offener zu reden, geringer. Und deswegen finde ich das auch angenehm. Wie gesagt, wenn es öfters als einmal im Jahr wäre, dann wäre es unpassend. Aber so ist das ganz in Ordnung“ (B8, Z. 173-178).*

Der Experte beschreibt den Umgang untereinander als offen und angenehm (vgl. B8). In einem Kooperationsprozess treffen unterschiedliche Perspektiven sowie Professionszugänge aufeinander. Daher ist es umso wichtiger, dass die Fachkräfte einen professionellen Umgang miteinander pflegen. Eine Expertin beschreibt diesen Umgang während eines Kooperationsgespräches folgendermaßen:

*„Oder wo Austausch möglich ist, ist man wirklich ebenbürtig. Da ist das also, muss ich echt sagen, kommt kein Unterschied, sondern da sind wir auf der selben Stufe“ (B1, Z. 94-96).*

Neben dem Respekt gegenüber der Sichtweise und dem Fachwissen ist ferner die Wertschätzung gegenüber der Persönlichkeit der Fachkräfte in einem Kooperationsprozess wesentlich. Zusätzlich ist es notwendig, dass alle involvierten Personen die gleichen Interventionen fokussieren (vgl. B2, B9).

*„Also, dass zumindest alle am Strang ziehen. Und dass jeder seine Persönlichkeit und fachliche Meinung vertreten kann“ (B9, Z. 260-261).*

Jedoch liegt es an den einzelnen Fachkräften, ob eine Kooperationspartnerschaft aufgebaut wird oder nicht: *„Man muss einfach selber dahinter sein“*, merkt eine Teilnehmerin an (B1, Z. 101).

#### 4.2.4. Kooperation mit den Eltern (HK5)

Die Hereinnahme der Eltern in den Kooperationsprozess ist für den Entwicklungsprozess der Kinder von wesentlicher Bedeutung, zumal die Eltern die ExpertInnen ihrer Kinder sind (vgl. Speck 1998, S. 482f; B5; B9). Daher war die Kooperation mit den Eltern aus Sicht der Fachkräfte von besonderem Interesse.

*„Ich denke mir, sie sind mit den Kindern 24 Stunden zusammen. Sie sind ja die Spezialisten für die Kinder. Ich sehe die einmal in der Woche eine Stunde und dann im Einzelsetting. Sie können mir einfach erzählen, wie es zu Hause abläuft. Und das ist mir auch wichtig, dass die Eltern eigentlich die Spezialisten sind, die, die Kinder am besten kennen. Dass wir einfach von ihnen etwas lernen können im Endeffekt. Wenn sie eben nicht kooperieren, dann können wir auch nichts ändern“ (B9, Z. 403-408).*

Alle befragten Berufsgruppen geben an, dass sie „Elternarbeit“ betreiben – wobei dies in den meisten Fällen im häuslichen Umfeld während einer Betreuung oder während des

Therapiesettings geschieht. In zwei Fällen findet diese Elternarbeit nicht mehr so häufig statt. Außerdem wird angegeben, dass die Eltern auch zu Elterngesprächen eingeladen werden.

#### 4.2.4.1. Kooperationsprozess im häuslichen Umfeld (H5\_1)

Ebenso ist ein offener und transparenter Austausch mit den Eltern vor oder nach einer Unterstützungsleistung sinnvoll. Wenn eine Vertrauensbasis geschaffen und eine Beziehung aufgebaut worden ist, können neben den organisatorischen Abläufen auch Fragen der Eltern beantwortet werden. Aufgrund dessen ist es möglich, bestimmte Verhaltensmuster sowie die Bedürfnisse der Kinder zu erfragen.

*„Also in der Situation, wenn es passt, werden sicher auch zwischendurch Sachen besprochen, grundsätzlich aber nicht alle Sachen, die man bespricht, da macht man sich extra einen Termin aus oder das Kind spielt dann irgendwie einmal daneben im Nebenraum oder so, aber das hängt von den Familien ab, das ist so ganz unterschiedlich“ (B2, Z. 39-43).*

*„Wenn ich das Kind übernehme und es begegnet mir so, wie ich es normalerweise nicht kenne, dann hat es was. Dann muss irgendwas vorgefallen sein. Und um das herauszufinden, ist natürlich wichtig, [...] dass man [Anm. d. Verf.: beim Abholen] fragt, ob es etwas gegeben hat. Dann kann man sich schon darauf einstellen. Dass man dann weiß, okay, jetzt schauen wir, dass man den schnellsten Weg zum Auto nehmen oder in Sicherheit bringen“ (B5, Z. 74-78).*

Zwei andere Experten meinen, dass es zwar einen Austausch gibt, dass dieser aber nach einer gewissen Zeit weniger geworden ist, weil die Person selbstständig genug war, um ihre Bedürfnisse und Wünsche auszudrücken, und weil sich eine Vertrauensbasis entwickelt hat, weswegen dieser Austausch nicht immer notwendig war (vgl. B7, B8).

*„[...] weil es gar nicht so notwendig, weil er sich gut ausdrücken hat können. Meistens auch gut formulieren hat können, was er will und was er nicht will. Wie er sich das vorstellt. Also da war einfach die Notwendigkeit gar nicht gegeben“ (B7, Z. 164-166).*

Hier kommt hinzu, dass in der Freizeitassistenz außer der Gestaltung der Freizeit kein weiterer pädagogischer Auftrag vorhanden ist (vgl. StBHG 2017, S. 9).

#### 4.2.4.2. Kooperation bei Therapiemaßnahmen (HK5\_2)

Ein wesentlicher Aspekt bei den verschiedenen Therapieangeboten ist die Anwesenheit der Eltern während der Einheit – dies geben fünf von sechs TherapeutInnen in der Befragung an (vgl. B1, B2, B3, B4, B9). Neben den Therapieinhalten steht die Wissensvermittlung im Fokus dieser Einheiten. Das Ziel ist es, ein Verständnis für die Symptomatik ihrer Kinder zu entwickeln (vgl. Feineis-Matthews/Schlitt 2015, S. 229f.).

*„Da ist oft einmal, dass man den Eltern oder mit den Eltern zuerst ein Stück Trauerarbeit machen muss. Über dieses Anderssein ihres Kindes. Und (...) oft ist es auch schwer für die Eltern verständlich, warum Strukturen so rigide sein sollten. Und erst im Laufe der Umsetzung merken sie, dass es ihrem Kind hilft. Das ist für die Eltern oft sehr, sehr schwer, so klar dem Kind Anweisungen zu geben. [...] Sich da immer wieder zu motivieren und dran zu bleiben, das ist einfach ein mühsamer Weg bei den Eltern. Und erst, wenn sie das verstanden haben, dass sie dadurch erst was beim Kind ändern kann, dann passieren andere Dinge auch“ (B1, Z. 152-160).*

Die Wissensvermittlung über die Autismus-Spektrum-Störung und das gemeinsame Handeln mit den Kindern sind das Wesentliche in der Förderung. Aus diesem Grund sind die Eltern bei allen Therapie- und Fördermaßnahmen anwesend (vgl. B1, B2, B3, B4, B9, B10). Auch die Übernahme der therapeutischen Inhalte für den Alltag zu Hause wird fokussiert (vgl. Feineis-Matthews/Schlitt 2015, S. 229f.). Das Ziel der Förderung ist es, die Eltern handlungsfähig zu machen. „Hilfe zur Selbsthilfe“, wie es eine Expertin ausdrückt (B2, Z. 31).

*„Naja, dass sie einfach das Handling übernehmen können, wie wir mit den Kindern tun. Dass sie Wissen kriegen und, das glaube ich, ist das Wichtigste. Dass sie wirklich wissen, warum man sowas tut. Und mit Kindern manches Mal vehement was nicht tun wollen, dass man ihnen erklären kann: Wir machen das jetzt aus dem und dem Grund und dann geht es dem Kind besser. Und sie können immer wieder rückfragen, wenn sie verunsichert sind. Warum machen sie das jetzt so? Was ist der Zweck?“ (B9, Z. 390-395).*

Diese Übernahme in den Alltag ist aufgrund der fehlenden Generalisierung bei Personen mit einer Autismus-Spektrum-Diagnose wesentlich. Hierbei brauchen sie von den Eltern und anderen Personen – wie z. B. vom Familientlastungsdienst, von der Freizeitassistenz etc. – Unterstützung (vgl. Feineis-Matthews/Schlitt 2015, S. 229f.).

Im Gegensatz zu den therapeutischen Maßnahmen sind die Eltern während der Dienstzeiten des Familientlastungsdienstes und der Freizeitassistenz nicht anwesend.

In den beiden Dienstleistungsstrukturen liegt der Fokus einerseits auf der Entlastung und Unterstützung der Eltern und andererseits auf der gemeinsamen Gestaltung der Freizeit der Jugendlichen (vgl. LEVO-StBHG-Anlage1 2017, S. 62ff.).

#### 4.2.5. Teilnahme an einer HelferInnenkonferenz (HK6)

Im Bereich der HelferInnenkonferenzen gibt es unterschiedliche Erfahrungen – zwei von zehn befragten ExpertInnen haben noch an keiner derartigen Konferenz teilgenommen. Zwei Personen sind zwar bereits Mitglieder einer HelferInnenkonferenz gewesen, jedoch lag der Fokus hierbei nicht auf Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Diagnose. Die restlichen sechs Personen waren Mitglieder einer oder mehrerer HelferInnenkonferenzen.

Der Veranstaltungsort ist nach den Angaben der InterviewteilnehmerInnen im Kindergarten, wobei die TeilnehmerInnenzahl unterschiedlich groß ist. Im ersten Beispiel sind die betreuenden Personen vom Kindergarten (IZB-Team), die Sozialarbeiterin und Frühförderin sowie die Mutter anwesend. Im zweiten Fall sind ebenso die betreuenden Personen vom Kindergarten, die externe Therapeutin, die Frühförderin und die Ergotherapeutin anwesend, wobei die Moderation die Psychologin des IZB-Teams übernommen hat.

*„Habe ich letzte Woche gehabt, da waren wir glaube ich zwölf Leute im Ganzen mit der Mutter, war aber gut, es hat einfach gepasst, jeder hat rückgemeldet, was war im letzten halben Jahr mit dem Kind, welche Fortschritte und dann wurde wirklich dort auch gemeinsam geschaut, was ist“ (B2, Z. 89-92).*

*„Also im schulischen Bereich war es wirklich so, halt dass bestimmte Verhaltensweisen beziehungsweise auch Leistungen einfach so Thema waren zu der Zeit oder auch Verweigerungsverhalten. Und halt versucht worden ist zu schauen, wie weit es da externe Unterstützungen geben kann bei diesen Themen beziehungsweise wie weit ein bestimmter therapeutischer Ansatz daran schuld sein kann, dass es jetzt diese Schwierigkeiten gibt. [...] Also bei dem Kindergartenkind ist es eher so, dass es so ein Informieren ist. Okay, wo sind wir jetzt? Wo ist jeder gerade mit seiner Arbeit? Das ist der Schwerpunkt. [...] Das Thema da ist, sich selber an- und auszuziehen, dass das auch im Kindergarten einfach wichtig genommen wird. Also dass der Transfer im Kindergarten gut funktioniert“ (B3, Z. 85-94).*

Am Beginn der Konferenz liegt der Fokus auf dem Kennenlernen der HelferInnen aus den verschiedenen Disziplinen und ihrer Wahrnehmungen während der Arbeit mit den

Betroffenen. Durch eine methodische Vorgehensweise bekommt jede Person in diesem Setting die Möglichkeit, den eigenen Standpunkt darzustellen. Dabei werden einerseits die positiven Entwicklungsaspekte vorgestellt, andererseits werden jene Bereiche, in denen es Verbesserungsbedarf gibt, näher erläutert (vgl. B2, B9).

*„[...] da ist einfach sehr konkret über alles gesprochen worden und eben, es war aber alles auch transparent und es war, jetzt nicht nur vom Organisatorischen her, also eben der Bustransport, sondern auch für die inhaltliche Arbeit, wer deckt was ab“ (B2, Z. 138-141).*

Durch die Darstellung der Herausforderungen können gemeinsame Zielvorstellungen erarbeitet und Lösungsmöglichkeiten angeboten werden (vgl. Stimmer 2000, S. 196). Durch eine klare und transparente Kommunikation kann lösungsorientiertes Arbeiten ermöglicht werden.

Zwei Interviewteilnehmerinnen erzählen von HelferInnenkonferenzen, bei denen die Kommunikation während des Prozesses komplementär wurde und sich ein Hierarchiegefälle entwickelt hat (vgl. B6, B9). Die Problemsituationen wurden wie folgt dargestellt:

*„Es gibt schon Therapeuten, die dann einfach auf Konkurrenz gehen. Ich versuche dann halt immer zu schauen, dass man gemeinsame Linie findet. Dem Kinde zu Liebe. Es geht ja nicht um meine Persönlichkeit, sondern um das Kind. Das Kind steht im Mittelpunkt. Ich denke mir, da müssen sich die Erwachsenen sich eher zurücknehmen“ (B9, Z. 342-346).*

Eine andere HelferInnenkonferenz ist nach Angaben der Interviewpartnerin aufgrund der komplementären Kommunikation gescheitert. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Mutter angegriffen gefühlt hat: *„Ja, sie hat sich, glaube ich, in ihrer Erziehungskompetenz kritisiert gefühlt“ (B6, Z. 275).* Rückblickend betrachtet, hätte die Mutter eine bessere Vorbereitung seitens der Psychologin oder der Familientlasterin benötigt. Aus Sicht der Fachkraft war der Umgang miteinander sehr höflich sowie zuvorkommend und wurde als angemessen positiv wahrgenommen (vgl. B6).

Ein Beispiel mit funktionierender Kooperation beschreibt dieser Experte:

*„Da habe ich gerade einen Burschen zum Beispiel, der ist jugendlicher Asperger, der macht gerade seine Produktionsschule, da ist es ganz schwierig vom Verhalten, ganz schwierig von der ganzen Orientierung. Es ist einfach ganz viel und da schauen wir wirklich jetzt momentan, dass wir einmal im Monat ein Vernetzungstreffen haben. Sozialarbeiterin, FED, [...] flexible Hilfe, Eltern, Produktionsschule, die Betreuer. Um einfach möglichst intensiv, flexibel, engmaschig agieren zu können auf Verhaltensweisen auch. Und das ist ein Beispiel, bei dem Burschen, wie es wirklich gut funktionieren kann“ (B10, Z. 94-101).*

Auch die Teilhabe der Eltern bei großen Kooperationsgesprächen bzw. HelferInnenkonferenzen wird von Eltern und ExpertInnen unterschiedlich gehandhabt.

*„Das ist auch wieder unterschiedlich. Bei dem Kindergartenaustausch, ist die Mama/es sind die Eltern nicht dabei. Wobei ich auch das Gefühl habe, dass sie das auch nicht unbedingt anstreben in dem Fall. Und bei dem Schulkind ist die Mama mit dabei gewesen“ (B3, Z. 193-195).*

Kritisch wird angemerkt, dass Kindergarten- und SchulasistentInnen selten bis gar nicht an HelferInnenkonferenzen teilnehmen, obwohl sie diejenigen sind, die das Kind direkt begleiten. Begründet wird dies damit, dass einerseits die AssistentInnen von sich aus absagen, weil dafür keine Zeit zur Verfügung steht und sie außerdem dafür nicht bezahlt werden, und dass sie andererseits in manchen Fällen gar nicht eingeladen werden (vgl. B6, B9). Eine weitere Kritik stammt von einer anderen Expertin, die meint, dass HelferInnenkonferenzen zunehmend seltener stattfinden. Ihre Erfahrung zeigt, dass die momentanen Treffen eher Kooperationstreffen mit den einzelnen Leistungsstrukturen sind (vgl. B1).

#### 4.2.6. Kompetenzen der KooperationspartnerInnen (HK7).

Um ein erfolgreiches und zielorientiertes Arbeiten in einem Kooperationsprozess zu ermöglichen, benötigen die KooperationspartnerInnen bestimmte Kompetenzen und Fähigkeiten. Dahingehend werden die ExpertInnen gefragt, welche Kompetenzen die GesprächspartnerInnen aus ihrer Sicht brauchen, damit eine Kooperation gelingen kann. Diese Frage wird bewusst offen gestellt. Aus diesem Grund sind die Angaben der Fachkräfte sehr unterschiedlich, wobei einige der Aussagen mit jenen von Gellert und Novak über eine hohe Kooperationsfähigkeit übereinstimmen (vgl. Gellert und Novak 2004, S. 89 zit. n. Mertens 2015b, S. 278).

Damit ein Gespräch gelingen kann, muss zuerst eine Bereitschaft für eine Kooperation vorhanden sein. Dabei sollen die GesprächspartnerInnen motiviert sein und den anderen auf Augenhöhe begegnen, meinen vier der ExpertInnen (vgl. B2, B4, B5, B6). Ein weiterer Aspekt ist, dass das gesamte HelferInnensystem ein gemeinsames, übergeordnetes Interesse verfolgt: *„dasselbe Interesse daran, mit dem Kind einfach instanzübergreifend zu arbeiten“* (B6, Z. 183-184).

Da die Thematiken der einzelnen Personen aus der jeweiligen Perspektive der eigenen Profession wahrgenommen werden, sind Transparenz, Offenheit und Klarheit wesentliche Aspekte in einem Kommunikationsprozess (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 70).

*„Transparenz. Wenn es möglich ist von den Eltern. Zeit muss man dafür einplanen. Dass man einfach sich das bespricht. Und offen sein. Also das ist auch zum Beispiel, die Lehrer offen sind für das, was die Therapeuten empfehlen und umgekehrt auch. Also halt gute Kommunikationsbasis“* (B4, Z. 151-154).

Dies bedeutet für die Kommunikation, dass sich die einzelnen Personen der Bedeutung verschiedener kommunikativer Handlungen bewusst sind. Ein Nichtkommunizieren ist nicht möglich (vgl. Watzlawick 2014, o. S.) Die InterviewteilnehmerInnen sollen daher die Kompetenz für eine klare sowie transparente Kommunikation vorweisen und ihre Beobachtungen mit Beispielen versehen. Diese sind für die Verständlichkeit von Situationen hilfreich (vgl. B2, B4, B5). Eine klare Kommunikation ist somit die Basis für eine vertrauensvolle Kooperationsbeziehung. Um dies zu ermöglichen, ist laut einem Teilnehmer die Fähigkeit zur Reflexion Voraussetzung:

*„[...] für eine fruchtbare (...) Zusammenarbeit und Kooperation ist einmal ein Stück Reflexionsfähigkeit notwendig. Das heißt [...] ich sollte in der Lage sein, zu einem Gespräch offen hinzugehen, mich als Teil zu sehen und nicht als über- und untergeordnet“* (B10, Z. 158-160).

Als Offenheit wird die Bereitschaft gesehen, die eigene Arbeit, die Arbeitsweise, die Methoden und die Ergebnisse offen darzulegen (vgl. Gellert/Novak 2004, S. 89 zit. n. Mertens 2015b, S. 278). Hinsichtlich der Offenheit wird die Offenheit gegenüber den Vorschlägen anderer sowie gegenüber den anderen Konzepten genannt (vgl. B4, B8), wobei die Bereitschaft, vom eigenen Konzept abzuweichen und Aspekte von anderen Konzepten zu übernehmen, als zentral gesehen wird (vgl. B4, B5). Dabei sollen die

eigenen Unpässlichkeiten zurückgestellt werden, um das Finden von kreativen Lösungen in den Vordergrund zu stellen, denn es geht um das Kind (vgl. B2, B5, B8). Ebenso werden in den Ausführungen von drei weiteren TeilnehmerInnen das aktive Zuhören, das Eingehen auf den Inhalt des Gesagten, der Respekt und die Wertschätzung der Bedürfnisse der anderen erwähnt (vgl. B2, B5, B10). Durch das Anerkennen der fremden Leistungen, ohne sich dabei selbst abzuwerten, und indem ein gleichwertiges Geben und Nehmen vorherrscht, kann ein Synergieeffekt für das familiäre System entwickelt werden (vgl. Payer 2008a, S. 7; Gellert und Novak 2004, S. 89 zit. n. Mertens 2015b, S. 278).

#### 4.2.7. Ausbildungen (HK8)

Im Bereich der Ausbildungen geben sieben der befragten ExpertInnen an, dass eine (Grund-)Ausbildung im Bereich der Autismus-Spektrum-Störung für die Arbeit sinnvoll und notwendig ist. Die Aneignung von Fach- und Methodenwissen ist dabei wesentlich (vgl. B2, B3, B4, B5, B6, B7, B9).

*„Sehr wichtig, absolut wichtig. [...] Und Autismus-Spektrum ist eine sehr spezielle Form der, ich sage jetzt nicht, Behinderung, sondern des Verhaltens und ich muss wissen, was da läuft, was ist, damit ich mich gut darauf einstellen kann, gut reagieren kann und dann glaube ich, kann man mit diesen Menschen auch sehr konstruktiv arbeiten. Aber ich muss wissen, worum es geht und das ist Ausbildung, da muss ich die Ausbildung haben, ich muss das Know-how haben. [...] Also unter dem Strich, Ausbildung, Weiterbildung in dem Bereich muss sein. Absolut notwendig“ (B2, Z. 343-375).*

Eine weitere Expertin ergänzt die Tatsache, dass Ausbildungen in der Arbeit und in der Begleitung sehr hilfreich sind.

*„Ich glaube, dass es ganz notwendig ist. Ich arbeite gern mit autistischen Kindern, aber sie sind sehr fordernd und man muss wissen, ob man mit ihnen arbeiten kann. Man muss selbst, von sich selbst aus wissen, passt das für mich. Muss oft sehr klar sein ihnen gegenüber, ohne laut zu werden, aber sehr klar [...]. Sie merken sehr gut, wenn man zu seinen Grenzen kommt. Das merken sie und das ist auch etwas, was sie lieben, wenn sie an ihre Grenzen kommen. Wenn sie merken, dass der andere sich ärgert, dann gibt ihnen das oft so einen Reiz, weil sie sonst keine Emotionen spüren. Also man muss für sich selber gut schauen, ob man das wirklich möchte. Weil man sich sonst selbst überfordert. Und ich finde es eigentlich, wenn man junge Menschen mit autistischen Menschen, wenn die arbeiten sollten, dass die leicht ins Burn-out gehen können“ (B9, Z. 57-68).*

Eine fehlende Ausbildung im Bereich des Autismus-Spektrums wird von den ExpertInnen als kritisch gesehen. Die Arbeit mit den Personen kann oftmals sehr intensiv

und sehr fordernd sein, sodass die Fachkräfte ohne den fachlichen Background schnell an ihre Grenzen kommen können. Zum anderen kann aufgrund des Fehlens von Fach- und Handlungswissen ein großes Potenzial an Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten verloren gehen:

*„Also, ich finde es zum Beispiel sehr schade, dass die Assistenz, sowohl Schul- als auch Kindergartenassistenz, meines Wissens einfach gar keine Ausbildung mitbringen. Und das finde ich einfach ein ganz, ein ganz ein großes Defizit, weil ich denke [...], dass es ein riesiges Potenzial wäre, um Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen gerade in der Interaktion mit den anderen Kindern zu unterstützen. Und dieses Potenzial geht verloren. Das ist für mich ein ganz ein großes Manko. Also ich finde, dass es sehr wichtig ist, eine Ausbildung zu haben“ (B3, Z. 27-34).*

Neben dem Verlust des Potenzials der Unterstützungsleistungen geben zwei ExpertInnen an, dass die unterschiedlichen Ausbildungen bzw. nicht vorhandenen Ausbildungen den Kooperationsprozess aufgrund von fehlendem Fachwissen erschweren (vgl. B4, B7).

#### 4.2.8. Finanzierung von Kooperation (HK9)

Fachkräfte aus dem Bereich der interdisziplinären Frühförderung und Familienbegleitung können die Zeit, die sie für Kooperation verwenden, als mittelbare Zeit verrechnen. Dies begründet sich in der LEVO. Dabei wurde verankert, dass in diesem Bereich die Interdisziplinarität – also die Kooperation mit Fachkräften anderer Disziplinen – für die Weiterentwicklung des Kindes sicherzustellen ist. Zusätzlich arbeiten sie nach dem Ansatz der Ganzheitlichkeit, demgemäß die gesamte Lebenswirklichkeit der Kinder mit ihren Familien angemessen zu berücksichtigen ist (vgl. LEVO-StBHG-Anlage 1 2017, S. 50f.).

*„Das ist natürlich ein Vorteil, den wir haben, den andere Berufsgruppen nicht haben, und da tun wir uns vielleicht auch leichter, das anzubieten. Und ich sage: ‚Ich komme wohin, wie ich gehe jetzt zu einem Therapeuten!‘ Wo ich weiß, der macht das in seiner Freizeit“ (B2, Z. 229-232).*

In den Bereichen Therapie, Familienentlastung und Freizeitassistenz gibt es bis dato weder eine gesetzlich verankerte Finanzierung von Kooperation noch den Aspekt der Ganzheitlichkeit. Die Kosten, die durch die Kooperationsgespräche anfallen, werden von den Eltern übernommen. Das bedeutet, dass die TherapeutInnen, die in der freien Praxis

tätig sind, den Eltern diese Kosten verrechnen. Jedoch müssen die Eltern diesbezüglich ihre Zustimmung geben (vgl. B3, B4, B9, B10).

*„Also, Kooperationstreffen, Vernetzungstreffen sind Teil der therapeutischen Arbeit und werden verrechnet. Also, das ist keine Freizeit von mir“ (B10, Z. 228-230).*

Zwei Teilnehmerinnen erklären, dass sie diese Zeit als administrativen Zeitaufwand verrechnen können und dass die Institution die Kosten übernimmt (vgl. B5, B6). Zwei weitere ExpertInnen geben an, dass jegliche Kooperation unbezahlt ist (vgl. B7, B8). Von mehreren Fachkräften wird angemerkt, dass die Verrechnungen der Leistungen zu unklar geregelt sind (vgl. B9, B10).

*„Das ist natürlich als Freizeitassistenz selbstverständlich in meine Privatzeit gegangen“ (B7, Z. 105-106).*

In einem dieser Fälle stellt sich heraus, dass die Institutionen eine Kooperation nicht unterstützen. Ein Befragter begründet dies folgendermaßen:

*„Weil jede Person, die bei diesem Austauschtreffen ist, möchte bezahlt werden normalerweise. Und das ist ein großes Problem mit der Verrechnung, weil die Behörde sträubt sich dagegen, mehrere Personen auf einmal für einen Kunden zu bezahlen. Was man eigentlich auch nachvollziehen kann, aber es wäre schön, wenn da Platz wäre auch für finanzielle Mittel für solche Austauschtreffen. Die sind einfach zu wenig, deshalb gibt es zu wenig Treffen“ (B8, Z. 267-271).*

Anhand der Interviewausführungen wird deutlich, dass es keine einheitliche finanzielle Regelung der Kooperationen zwischen den außerschulischen Unterstützungsstrukturen gibt und dass die einzelnen Institutionen dies in unterschiedlicher Form unterstützen.

#### 4.2.9. Aspekte der Kooperation (HK10)

Im Folgenden werden die Vorteile und die Herausforderungen, die durch eine oder in einer Kooperation auftreten, näher erläutert. Im Anschluss wird auf mögliche Auswirkungen für das Kind und die Familie eingegangen.

#### 4.2.9.1. Vorteile einer Kooperation (UK10\_1)

Voraussetzung für eine Kooperation ist, dass alle im System involvierten Personen einen Nutzen und Sinn darin erkennen. Durch die Darstellung der Situationen erhält man einen Überblick über die jeweiligen Settings, in denen sich das Kind befindet – z. B. familiäres Setting, Setting im Kindergarten oder in der Schule. So sind die Fachkräfte über die Entwicklungsschritte, die Herausforderungen und Ziele sowie über die Arbeitsweisen und -methoden der externen KollegInnen informiert (vgl. B1, B2, B3, B4, B10).

*„Und Vorteile halt für das Kind an sich, weil natürlich alle, die mit dem Kind arbeiten, dann wissen, wie der andere arbeitet. Was für Ziele dort und dort behandelt werden. Man als Therapeutin auch den Eindruck kriegt, wenn man jetzt in die Schule hinfährt, wie schaut die Klasse aus. Man kann sich da einfach einen Überblick verschaffen. Und man weiß auch [...] wie die Schule aufgebaut ist. Wie es laut in der Pause ist. Wie kann man da darauf eingehen. Also die ganzen Faktoren, die das Kind auch negativ beeinträchtigen können. Also beeinflussen können. Also Vorteil natürlich für den Therapeuten und die Lehrpersonen oder die Eltern. Aber grundsätzlich halt für das Kind, denke ich mir, ist es aber am wichtigsten, dass man sich vernetzt“ (B4, Z. 170-179).*

Durch den Abgleich und Austausch mit den KollegInnen können diese ihre Fachkompetenzen, ihr Methodenwissen und ihre Sichtweisen sowie ihre Erfahrungen erweitern und konstruktiv hinterfragen (vgl. B1, B3, B7).

*„Wenn sie (Anm. d. Verf.: die Kooperation) gut läuft, sehr positive. Weil es dann eine klare Geschichte für die Eltern ist. Wenn alle Beteiligten einen Weg gehen. Da kann zwar der eine mehr rechts, der andere mehr links gehen, aber es ist in einem gewissen Rahmen derselbe Weg. Kann natürlich auch mehr Sichtweisen auf die Situation bringen. Aber auch Klarheit, dass einfach gewisse Dinge so sind, wie sie sind. Und dass das Zielführende ist, weil man so und so handelt“ (B1, Z. 238-242).*

Kooperation kann dann gelingen und Vorteile für alle Beteiligten hervorbringen, wenn eine gute Kooperationsbasis vorhanden ist. Dadurch kann das Kind eine besonders gute Förderung erhalten, meinen die beteiligten Expertinnen (vgl. B5, B6). Die wesentlichen Punkte dabei lauten, dass alle Unterstützungsstrukturen die gleichen Zielinhalte verfolgen und dieselben Interventionen einsetzen.

*„Also ich persönlich bin der Meinung, dass es extrem positive Fortschritte machen könnte. Oder vielleicht leichter und schneller Fortschritte machen könnte, weil einfach alle an einem Strang ziehen. Weil alle über alles informiert werden. Und ich glaube noch immer, dass das das A und O ist. Gerade in der Arbeit mit autistischen Kindern. Die es ja wirklich oft oder manchmal sehr gut verstehen, (lacht) sich in verschiedenen Umfeldern unterschiedlich zu verhalten und alle möglichen Karten auszuspielen (lacht)“ (B6, Z. 238-243).*

Ein weiterer Vorteil für eine einheitliche Kooperation ist die Einführung bzw. das Einsetzen von Vernetzungsinstrumenten. Dieses Einsetzen kann entweder ein schriftliches Dokument, einen Verhaltenskalender oder eine WhatsApp-Gruppe sein. Entscheidend dabei ist, dass dieses Instrument für alle Personen, die in das System involviert sind, zugänglich ist.

*„Oder ich schreibe, was ich gemacht habe, kurz zusammen, schicke das einfach mit an die Schule, an die Familienentlaster, und dann kann einfach jeder nachlesen, das Protokoll, was ich gemacht. [...] Ich weiß aus Rückmeldung dann, was in der Schule passiert“ (B9, Z. 211-216).*

*„Das heißt, wir haben einen Idealfall und wirklich eine nahezu perfekte Kooperation, wo Beispiel Schule irgendein Vorfall ist, die Lehrerin immer mit einem idealen Vernetzungsinstrument, zum Beispiel einem Kalender, Verhaltenskalender oder WhatsApp-Gruppe oder sonst etwas. Das sofort reinschreibt. Alle wissen Bescheid, jeder kann auf seiner Ebene reagieren darauf. Die Eltern wissen es, die FEDs wissen es. Ich kann es in der Therapie aufnehmen. Das wäre der ideale Vernetzungszugang. Wo man sofort reagieren kann. [...] Wo man das wunderbar in kürzester Zeit stabilisieren können“ (B10, Z. 113-122).*

Durch den Einsatz von Kommunikationsmitteln ist es möglich, die Situationen in kurzer Zeit zu stabilisieren. Gleichzeitig liegt der Vorteil einer Kooperation darin, dass sich alle Unterstützungspersonen mit ihren spezifischen Rahmenbedingungen kennenlernen und durch ein gemeinsames Analysieren zu Lösungsmöglichkeiten und Therapiezielen gelangen.

#### 4.2.9.2. Herausforderungen der Kooperation (UK10\_2)

Eine große Herausforderung in der Kooperation mit Fachkräften der einzelnen Disziplinen ist ihr spezifisches Selbstverständnis. Hier treffen unterschiedliche Professionen aufeinander, die oftmals nur den eigenen Realitätsausschnitt wahrnehmen

(vgl. Balz/Spieß 2009, S. 70, Hochuli Freund 2015, S. 139). In den Interviews werden fünf verschiedene Thematiken zur Sprache gebracht.

#### (1) Terminfindung

Zwei Interviewteilnehmerinnen geben an, dass die Terminfindung aufgrund der unterschiedlichen Zeitressourcen erschwert ist.

*„Weil sehr schwierig ist, den Zeitaufwand irgendwo unterzubringen, wenn man 100 Prozent angestellt ist, zum Beispiel. Dass man da einen Termin findet, wo Therapeuten, Kindergarten und alle Zeit haben“ (B1, Z. 133-135).*

Vor allem dann, wenn das HelferInnensystem aus zahlreichen unterschiedlichen Personen besteht, ist die Terminfindung erschwert (vgl. B6).

#### (2) Fehlende Auseinandersetzung mit der Thematik

Zwei Expertinnen beschreiben, dass sich manche Fachkräfte nicht mit der Thematik „Autismus-Spektrum-Störung“ auseinandersetzen. Gründe dafür werden keine angegeben. Jedoch finden beide Gesprächspartnerinnen, dass sich das Niveau durch die Auseinandersetzung mit der Thematik verändert (vgl. B2, B9). Eine Teilnehmerin sagt: *„Es gibt immer wieder ein paar so Fachleute, die [sich auf] das Thema Autismus nicht einlassen. Dann ist die Kooperation ganz eine andere“ (B9, Z. 423-425).*

*„Also wie gesagt, ich spreche niemandem ab, dass man ein gutes Gefühl und Gespür haben kann, aber ich glaube, dass es gerade im Bereich Autismus Wissen braucht, das nicht immer unserem formalen Bauchgefühl entspricht. Also ich sehe das anders wie zum Beispiel bei einem Down-Syndrom. Die Kinder sind einfach anders, da kann man mit der sozialen, wie soll ich sagen, mit dem sozialen Aspekt arbeiten. Das ist bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen anders und das muss ich wissen und wenn ich das nicht weiß und weiß, wie ich da auf die zugehe, auf was ich Rücksicht nehme, dann kann die Arbeit nicht so, ich sage es jetzt auch wirklich, effizient sein, als wenn ich weiß, um was es geht“ (B2, Z. 357-364).*

Um mit Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung effizient arbeiten zu können, ist die Auseinandersetzung mit der Thematik und die Aneignung von Wissen vorteilhaft. Daher ist es auch notwendig, dass die betreuenden Personen Ausbildungen machen.

### (3) Verweigerung

Bei drei anderen Fällen wird beschrieben, dass die Kooperation generell verweigert wurde. Dies müssen die einzelnen Fachkräfte akzeptieren.

*„Das ist leider nicht immer so, weil es in vielen oder in einigen Fällen, sagen wir es mal so, einfach gewisse Teile des Systems blockieren oder nicht mitmachen wollen oder eben im schlimmsten Fall sogar gegenarbeiten“ (B10, Z. 101-103).*

Hier meinen drei ExpertInnen, dass bei einer Verweigerung der Kooperation der Austausch und die Absprache mit den Eltern umso wichtiger wird (vgl. B1, B9, B10).

### (4) Konkurrenz

Ein wesentlicher Punkt, in dem sich vier der TeilnehmerInnen einig sind, ist die Herausforderung, wenn verschiedene Therapieansätze und Sichtweisen aufeinanderprallen (vgl. B3, B4, B5, B7).

*„Wenn viele Menschen zusammen sind, kann es natürlich auch immer wieder zu Unstimmigkeiten kommen. Aber ich denke mir in dem Bereich, dass man da wirklich auf das Wohl des Kindes schaut und da können [...] sich da vielleicht die Sichtweisen von diesen Fachkräften [...] ein bisschen übers Kreuz kommen“ (B5, Z. 284-288).*

Das Ziel, den eigenen Handlungsplan zu verwirklichen und dabei aber keine Rücksicht auf die Pläne der anderen AkteurInnen zu nehmen und sich nicht auf die Sicht der anderen einzulassen, riskiert dabei, dass eine Kooperation misslingt. Wie die InterviewpartnerInnen angemerkt haben, sollen die Fachkräfte die Fähigkeit besitzen, die Konflikte konstruktiv auszutragen, indem die eigene Lage zum Thema gemacht wird, um sich dann gemeinsam auf Lösungssuche zu begeben (vgl. Gellert und Novak 2004, S. 89 zit. n. Mertens 2015b, S. 278).

### (5) Hierarchiegefälle

Soziale Dienstleistungen können nur gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen erfolgreich gestaltet werden. Damit dies gelingt, müssen die individuellen Perspektiven, die Bedürfnisse, die Wünsche der Beteiligten berücksichtigt werden (vgl. Hochulin Freund 2015, S. 144). Jedoch kann es zwischen den Dienstleistungsanbietern

und dem Familiensystem zu einem Hierarchiegefälle kommen, sodass das familiäre System unter Druck steht.

Eltern haben Angst, dass Familiengeheimnisse – also private Details oder Gegebenheiten – während der Kooperationsprozesse erzählt werden bzw. sie stehen unter Druck, Kooperationen mit bestimmten Dienstleistungsanbietern einzufordern, obwohl dies ihr Recht ist. Die Angst vor der Zurückweisung durch die Institution hemmt die Kooperation und somit die (Weiter-)Entwicklung des Kindes und Jugendlichen (vgl. B6, B9, B10).

*„Wollten die Eltern nicht, weil sie Angst haben, dass das Kind rausfliegt. [...] Weil da stehen die Eltern einfach so unter einem Druck“ (B9, Z. 184-186).*

Auch zwischen den beteiligten AkteurInnen kann es zu einem Hierarchiegefälle kommen – vor allem dann, wenn ein vermeintlicher Rangunterschied zwischen den beiden Kommunizierenden vorherrscht (vgl. Watzlawick 2014, o. S.).

*„Aber es gibt Berufsgruppen, die sich oft übergeordnet sehen, und es gibt aber auch Berufsgruppen, das erlebe ich oft, die sich irgendwie untergeordnet fühlen. So mit dieser Haltung kommen: ‚Ich fühle mich als weniger wichtig.‘ Ich glaube, das hat damit zu tun, dass es auch oft vermittelt wird von eben übergeordneten Berufsgruppen oder Menschen, die sich so irgendwie sehen: ‚Wir sind da hier etwas Besseres.‘ Geben dann vielen anderen Berufsgruppen oder Menschen das Gefühl: ‚Naja, ihr seid nicht so viel wert.‘“ (B10, Z. 163-169).*

Für eine gelingende Kooperation ist jedoch eine symmetrische Kommunikation erforderlich, bei der die einzelnen Parteien das Prinzip der Gleichheit und der Verminderung von Unterschiedlichkeiten anstreben (vgl. Watzlawick 2014, o. S.). Außerdem soll in einem Kooperationsprozess auf Rivalität und Machteinsatz verzichtet werden (vgl. Gellert/Novak 2004, S. 89 zit. n. Mertens 2015b, S. 278).

#### 4.2.9.3. Auswirkungen einer Kooperation (UK10\_3)

Neun der befragten ExpertInnen sind sich einig, dass eine Kooperation Auswirkungen auf das Kind und auf die Eltern hat (vgl. B1, B2, B3, B4, B5, B6, B8, B9, B10). Ein Experte beschreibt, dass eine Kooperation stets Auswirkungen auf das familiäre System hat. Welche Ausprägungen diese Auswirkungen annehmen, hängt von der Qualität der Kooperation ab.

*„Natürlich. Also, je nachdem, wie gut oder schlecht das (Anm. d. Verf.: Kooperation) funktioniert. Das wirkt sich [...] in letzter Instanz immer auf das Kind aus. Dafür macht man es ja. Das ist ja das, was viele dann nicht verstehen, wenn es um Eitelkeiten oder sonstige persönliche Unzulänglichkeiten geht. Es geht um das Kind. Nicht um dich und nicht um mich, sondern wir sitzen hier, um das Bestmögliche für das Kind herauszuholen. Da geht es jetzt nicht darum, wer ist jetzt besser oder schlechter. Und wer hat die bessere Idee, sondern alles ist gleich wichtig im Interesse des Kindes“ (B10, Z. 400-406).*

Weitere Effekte ergeben sich durch das klare Setzen von Grenzen sowie durch eine transparente Kommunikation, womit alle Unterstützungsbereiche am gleichen Wissensstand sind.

*„[...] bei der Mutter war es auch ganz wichtig, ihr auch klar zu machen, dass wir alle denselben Wissensstand haben und sie nicht irgendwie das so nach ihrem Gefühl weitertransportieren kann, manche Informationen. Also in dem Fall hat es sicherlich auch einen Effekt auf die Mutter gehabt“ (B2, Z. 255-258).*

Nach dem Austausch der Informationen und Beobachtungen im Kooperationsprozess und der Erarbeitung der Ziele sowie Interventionen, können die Interventionsmaßnahmen in die unterschiedlichen Settings (zu Hause, Kindergarten, Therapie) übertragen werden. Am Anfang wird der Lernprozess durch eine Unterstützungsdienstleistung begleitet. Nach der Generalisierung und Festigung des Gelernten kann dieses selbstständig ausgeführt werden.

*„Also zum Beispiel bei dem einen Buben hat man das voll gesehen, bei dem Kindergartenkind, dass der wie das Thema eben jetzt gerade Selbstständigkeit beim An- und Ausziehen, wie das einfach nochmal thematisiert worden ist. Und er hat auch Assistenz im Kindergarten. Dass sich da ganz schnell viel entwickelt hat. Weil man einfach gemerkt hat, okay, das wird ihm jetzt nicht mehr abgenommen, sondern wird jetzt der die Ressourcen, und ich denke mir, Assistenz ist einfach eine Ressource für sowas. Der wird jetzt einfach in dem begleitet, aber er muss selber tun. Also hat man schon einen direkten Effekt gesehen“ (B3, Z. 230-237).*

Folgende zwei Effekte ergeben sich durch eine gelingende Kooperation für die Eltern: zum einen bekommen sie AnsprechpartnerInnen, die Fachwissen und Erfahrungen mit der Autismus-Spektrum-Thematik besitzen, zum anderen erhalten sie Einblicke in die Arbeit und erfahren, dass diese Personen am Wohl ihrer Kinder und Jugendlichen interessiert sind. Dies gibt ihnen Sicherheit und gleichzeitig können die Eltern eine Entlastung erfahren (vgl. B2, B10).

*„Ich glaube, dass es den Eltern guttut und eine Sicherheit gibt, zu sehen, wer alles jetzt quasi mitzieht, mit der ganzen Sache. Dass ihr Kind und ihre Geschichte sehr ernst genommen wird, sehr wertgeschätzt wird“ (B2, Z. 245-247).*

*„Ich glaube, dass sie sich dann ernst genommen fühlen. Weil sie machen die Therapien und dass man sie einfach damit unterstützt, dass es gut ist, was sie machen, wenn der Austausch da stattfindet. Und auch ein bisschen was von dieser Last zu nehmen. Zu entscheiden, was jetzt richtig ist und was jetzt nicht richtig ist. Was ja auch nicht einfach ist“ (B9, Z. 440-443).*

Inwieweit eine Kooperation Auswirkungen auf das Verhaltensmanagement des Kindes hat und eine Veränderung im familiären System bewirkt, entscheiden stets die Eltern.

*„Und entscheiden tun Kind und Eltern, wie weit es geht. Wenn Eltern nicht mitarbeiten oder nicht einsehen, diese Notwendigkeiten, dann gibt es beim Kind zu Hause auch wenig bis fast keine Veränderungen. Und das ist dann der Unterschied, wenn man dann mit dem Kindergarten sich austauscht, was da im Kindergarten mit klaren Strukturen und so weiter sehr wohl möglich ist. Und zu Hause kaum Veränderung möglich ist“ (B1, Z. 199-203).*

Falls die Kooperation aus diversen Gründen nicht funktioniert, merkt ein Teilnehmer an:

*„Und wenn das nicht gegeben ist, wenn man das nicht gut schafft herzustellen, [...] das ist immer wieder ganz, ganz schwierig. Da manifestieren sich dann ungünstigste Verhaltensweisen, die mitgetragen werden, und die Kinder sind irgendwann weg und dann haben sie massive Schwierigkeiten in der nächsten Einrichtung. [...] Da merkt man schon, es steht und fällt mit der Qualität der Zusammenarbeit. Es ist jeder nur so gut in seinem Feld, wie das Gesamtbild funktioniert. Da kann jemand 100-mal zu mir [...] kommen und da kann man auch nichts machen, wenn nichts umgesetzt wird und die Leute dagegen arbeiten“ (B10, Z. 122-129).*

Um die Qualität der Arbeit und der Begleitung von Menschen mit einer Behinderung zu erhöhen, ist ein gemeinsames Erarbeiten, Analysieren und Entwickeln von Interventions- und Therapieplänen sinnvoll.

#### 4.2.10. Anregungen, Erwartungen (HK11)

Zum Abschluss wurden die InterviewteilnehmerInnen befragt, was es braucht, damit eine Kooperation gelingen kann. Hierzu wurden von ihnen unterschiedliche Anregungen eingebracht.

Eine Interviewteilnehmerin meint, dass es in den Ausbildungen, die die einzelnen Betreuungsformen (IZB-Team, FED etc.) besuchen, notwendig ist, die Wichtigkeit der Kooperation hervorzuheben.

*„Also [...] von mir wäre es ein Wunsch, das in Ausbildungen einfach klarer zu machen, wie wichtig das (Anm. d. Verf.: Kooperation) wäre“ (B1, Z. 284-286).*

Zusammenfassend teilen die ExpertInnen folgende Anregungen mit:

- die Verdeutlichung der Notwendigkeit und Wichtigkeit der Kooperation in den einzelnen Ausbildungen (vgl. B1),
- die Verpflichtung zur Kooperation. *„Also, dass es einfach eingefordert wird“* (B3, Z. 367), dass es sozusagen im Gesetz verankert ist (vgl. B5),
- alle betreuenden Fachkräfte sollen beim Kooperationsprozess anwesend sein (vgl. B1),
- Ressourcen bereitstellen, damit Kooperation stattfinden kann – wie z. B. fixe Kooperationstermine, die zugleich finanziert werden (vgl. B2, B3, B4, B5),
- das Bewusstsein für die Wichtigkeit erweitern (vgl. B2) und
- Respekt sowie Wertschätzung gegenüber anderen Fachdisziplinen hinsichtlich ihrer Arbeit (vgl. B2).

Im Hinblick auf die Häufigkeit von Kooperationstreffen gibt es klare Vorstellungen. Ein Experte meint:

*„Je nach Bedarf, aber sicher ein, zwei Mal im Jahr. Abhängig natürlich vom Kunden und auch von seiner Entwicklung und von seinem Alter. Gerade [...] im Kindes- und Jugendlichenalter sind solche Austauschtreffen sicher öfter notwendig als im Erwachsenenalter, wo die Entwicklung vielleicht nicht abgeschlossen ist, aber eher noch sehr langsam dann vorangeht. [...] Und im Kindesalter passiert so viel und gerade monatlich ist vielleicht eine Veränderung schon zu sehen. Und ja, deswegen: je jünger, desto mehr Austauschtreffen wären glaube ich vonnöten“ (B8, Z. 277-284).*

Ebenso schlägt eine Expertin vor, bei jenen Berufsgruppen, bei denen aufgrund der zeitlichen und finanziellen Ressourcen keine persönliche Kooperation möglich ist, einen schriftlichen Austausch zwischen den Assistenzleistungen – wie der Kindergarten- und Schulassistenz, der Freizeitassistenz und dem restlichen HelferInnensystem – einzuführen (vgl. B6).

Im Bereich der Freizeitassistenz kam die Idee, Teamsitzungen einzuführen, in denen alle betreuenden internen Fachkräfte und die betreuende Person zusammenkommen. Auf die Frage, ob hier auch externe Fachkräfte anwesend sind, meint ein Experte:

*„Das wäre wahrscheinlich noch besser. [...] Kommen jetzt dann sehr schnell in die Utopie, halt. Und ist organisatorisch halt ein unheimlicher Aufwand und es ist dann immer die Frage: ‚Wer zahlt das alles?‘ Aber das wäre wahrscheinlich das Optimum. Ja, bin ich auch davon überzeugt“ (B7, Z. 208-211).*

Im Konkreten stellen drei der Fachkräfte fest, dass die Etablierung einer Kooperation in den einzelnen Bereichen bereits begonnen hat und ein professionelle Miteinander in den Kooperationsprozessen vorhanden ist (vgl. B2, B9, B10).

*„Ich glaube, die Kooperation mit den einzelnen Institutionen hat begonnen. Ich glaube, dass einfach das Finanzielle jetzt noch im Vordergrund steht. Dass das wirklich finanziert wird [...] Nur es soll einfach die Institution offen sein und auch finanziert werden“ (B9, Z. 486-491).*

*„[...] ich kann nur sagen, im Großen und Ganzen erlebe ich das eigentlich sehr positiv, auch die meisten Personen und eigentlich die meisten als sehr professionell im Umgang in der Geschichte. Natürlich könnte man noch viel mehr, das ist schon richtig, aber ich glaube, da geht es auch wirklich darum, ein gutes Mittelmaß zu finden“ (B2, Z. 439-442).*

Die Kooperationsanbahnung ist teilweise bereits vollzogen. Jedoch muss sich die Wichtigkeit und Notwendigkeit im Hinblick auf die Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung noch in den einzelnen Institutionen und bei ihren Fachkräften sowie in der Politik und in der Gesetzgebung etablieren.

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der Sicht der Mütter betrachtet. Ziel war es herauszufinden, mit welchen Personen und Fachkräften sowie Unterstützungsleistungen sie in Kooperation treten und inwieweit sie in den Kooperationsprozess integriert sind.

#### 4.3. Perspektive der Eltern

In diesem Abschnitt gilt es herauszufinden, wie Eltern die Kooperation zwischen den einzelnen Leistungsstrukturen wahrnehmen und unterstützen. Ein weiterer Punkt ist die Hinterfragung, inwieweit sie in diese Prozesse integriert sind. Zusätzlich werden die Eltern befragt, welche Kompetenzen und Ausbildungen die Fachkräfte aus ihrer

Perspektive brauchen, um in diesem Bereich arbeiten zu können. Die Finanzierung sowie die Aspekte einer Kooperation sind auch in diesem Abschnitt Thema. Abschließend werden die Anregungen und Erwartungen der Eltern erfasst.

#### 4.3.1. Kooperation zwischen Eltern und Fachkräften (KH12)

Im Folgenden wird auf die Kooperation zwischen den Eltern und den einzelnen Fachkräften eingegangen. Dabei liegt der Fokus auf den KooperationspartnerInnen der Eltern und auf den Rahmenbedingungen einer Kooperation.

##### 4.3.1.1. KooperationspartnerInnen (UK12\_1)

Die Darstellung der KooperationsteilnehmerInnen zeigt auf, mit welchen Personen die Eltern in Kooperation stehen und in welchen Bereichen sie Unterstützungen erhalten. Die Inanspruchnahme der Fachkräfte in den familiären Systemen ist aufgrund der Altersunterschiedlichkeit der ProbandInnen sehr verschieden, daher können keine Vergleiche gezogen werden. Um jedoch einen Überblick zu erhalten, wurden diese in drei Bereiche unterteilt:

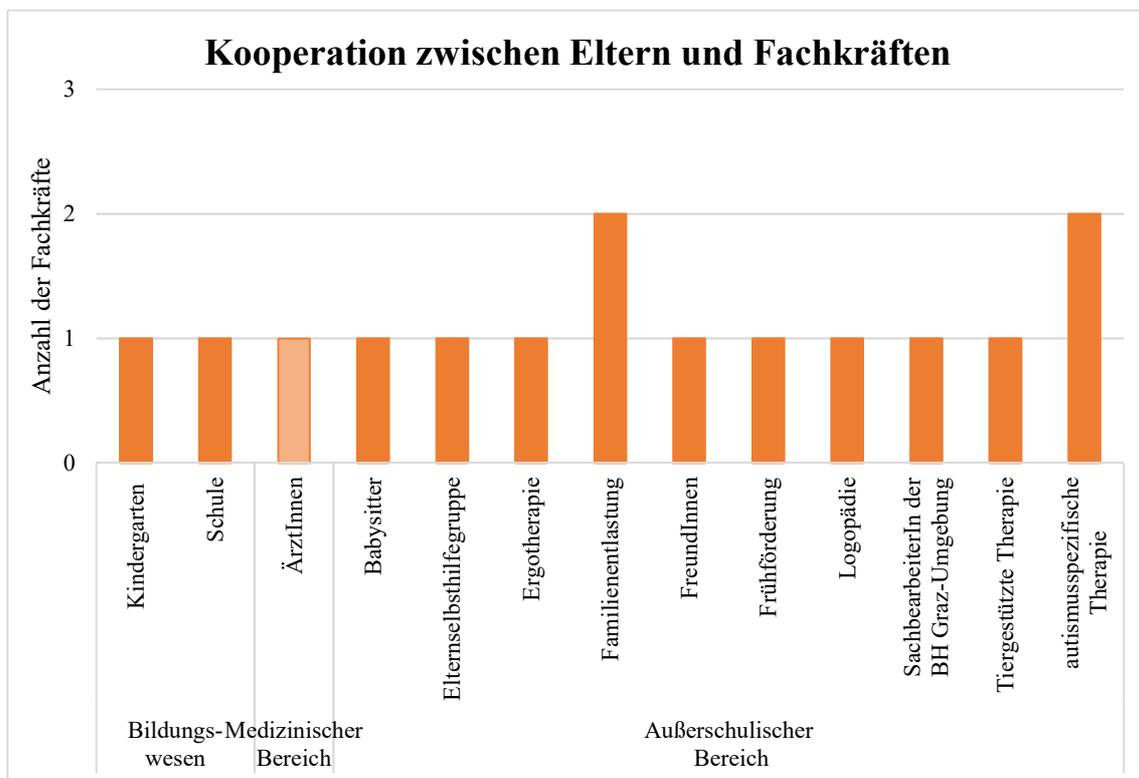


Abbildung 11: Kooperation zwischen Eltern und Fachkräften (eigene Darstellung)

Im Bereich des Bildungswesens haben beide Mütter Kooperationen (vgl. B11, B12). Auffallend ist zudem, dass in beiden Familien einerseits die Familienentlastung und andererseits eine Therapeutin/Psychologin als Unterstützungsleistung angegeben wird. Die restlichen Dienstleistungsangebote werden von einer Mutter allein genutzt (vgl. B12).

Eine Mutter meint, dass die Unterstützungen momentan sehr auf die schulischen Bereiche und auf gelegentliche Übernachtungsdienste ausgerichtet sind. Ihr großes Anliegen ist es, ihren Sohn in die Selbstständigkeit zu führen (vgl. B11). Das Anliegen der anderen Mutter liegt darin, ihren Sohn in seiner Entwicklung zu fördern. Dafür nutzt sie viele Unterstützungsressourcen und holt sich zahlreiche Informationen von unterschiedlichen Personen ein (vgl. B12).

#### 4.3.1.2. Rahmenbedingungen für eine Kooperation (UK12\_2)

Jede Kooperation findet unter bestimmten Rahmenbedingungen statt. Dabei entstehen Schnittstellen zwischen den Eltern und den einzelnen Kooperationsbereichen. Wie diese gestaltet sind, wird im Folgenden näher beschrieben.

Der Austausch zwischen den Fachkräften und den Eltern findet bei beiden Familien hauptsächlich über den persönlichen Kontakt statt, wobei beide Mütter zusätzlich per Telefon mit den jeweiligen Fachkräften in Kontakt stehen (vgl. B11, B12). Bei wichtigen Angelegenheiten oder bei Bitten der Mutter wird per Telefon oder per WhatsApp mit der Familienentlasterin Kontakt aufgenommen (vgl. B11).

*„Es gibt immer einen kurzen Austausch, wenn wir uns sehen. Also da ist sehr viel Kommunikation. Anders täte es nicht so gut funktionieren, glaube ich. Also wir tauschen uns immer aus. Ich informiere sie immer auch, was ist gerade aktuell passiert. Wo hat er gerade Grenzen überschritten? Ist er schlecht drauf? Hat er überhaupt nicht gut geschlafen? Solche Dinge“ (B11, Z. 100-104).*

Um ihren Wissensstand zu erweitern, wendet sich eine Mutter entweder telefonisch oder schriftlich an mehrere unterschiedliche Personen – österreichweit. Außerdem holt sie zweite Meinungen hinsichtlich der Diagnosestellung und der Fördermaßnahmen ein. Im Fokus steht stets die Wissens- und Informationseinholung hinsichtlich der Unterstützung ihres Kindes. Ein weiterer Bereich, der für die Mutter sehr hilfreich ist und eine

Unterstützungssäule darstellt, ist der Austausch mit ihrer Freundin, die ebenfalls zwei Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung hat (vgl. B12).

Bei der anderen Familie besucht der Sohn regelmäßig eine Kampfsportschule. Der Austausch mit dem Trainer dieser Schule erfolgte vor allem in der Anfangszeit, wobei dieser von der Mutter gesucht wurde. Der Zweck war, den Trainer über die Diagnose des Jungen aufzuklären und über sein Verhaltensmanagement zu sprechen (vgl. B11).

*„Am Anfang war er eben oft auch aggressiv und hat so die (unv.) Grenze überschritten, wenn sie, was weiß ich, Nahkampf gemacht haben oder wie immer das heißt, oder mit diesen Stecken. Und es ist überhaupt nicht mehr. Und ja, deswegen gibt es da keinen Austausch mehr. Aber ich habe sehr wohl Gespräche geführt. Früher, wie er kleiner war, jetzt nicht mehr“ (B11, Z. 128-132).*

Im Bereich der therapeutischen Fachkräfte geben zwei Mütter an, dass es ihnen möglich ist, mit den einzelnen TherapeutInnen Elterngespräche zu führen. Der Austausch mit den jeweiligen Fachkräften findet in regelmäßigen Abständen statt (vgl. B11, B12). Hier besteht weiters die Möglichkeit, dass beide Seiten ein Gespräch mit der entsprechenden Fachkraft einfordern können. Dies hängt oft von der jeweiligen Situation und von der jeweiligen Thematik ab. Im letzten Gespräch ging es um das Zwangsverhalten ihres Sohnes, erzählt eine Mutter (vgl. B11):

*„Und es irgendwie im Kontext mit mir ist. Weil wenn ich rede, hat er das Zwangsverhalten. (lacht) Also er sagt immer: ‚Je mehr ich rede, umso schlimmer wird sein Zwang.‘ Und dann braucht er noch länger, muss noch mehr zählen. (...)“ (B11, Z. 158-160).*

Bei diesem Gespräch fand die Kommunikationsbasis auf einer symmetrischen Ebene statt.

*„Immer auf Augenhöhe. Immer ganz extrem auf Augenhöhe. Auch mit der Familientlasterin habe ich immer Gespräche auf Augenhöhe, immer“ (B11, Z. 185-186).*

Bei der Kooperation mit den Eltern ist es notwendig, auf die Bedürfnisse, Wünsche und Perspektiven Rücksicht zu nehmen. Der respektvolle Umgang ermöglicht ein aufgabenbezogenes und zielorientiertes Arbeiten mit den Kindern und Jugendlichen sowie mit deren Eltern (vgl. Hochulin Freund 2015, S. 144).

#### 4.3.2. Kooperation zwischen den Fachkräften (HK13)

In einem Familiensystem findet kein Kooperationsgespräch zwischen den einzelnen Fachkräften statt. Die Weitergabe der Informationen läuft über die Mutter.

*„Also, ich persönlich finde, dass haut im Moment so noch gut hin, weil ich mit der Familienentlasterin einen guten Austausch habe und sozusagen die Themen, die bei der Familienentlastung aufpoppen, letztlich auch bei mir aufpoppen dann und ich dann sozusagen mit der Frau Doktor Weikert bespreche als Mama. Das reicht mir. Also ich sehe da keinen Anlass dafür, dass das so sein müsste, dass da sozusagen andere Personen noch involviert werden müssen. (...) Also im Moment genügt mir das so“ (B11, Z. 207-212).*

Die Kooperation zwischen den Fachkräften bei der anderen Familie findet in Form eines Netzwerktreffens statt. Bei diesem Treffen tauschen sich die im System involvierten Fachkräfte miteinander aus.

*„Es sind alle Helfer, heißt wirklich, Ergotherapeutin, Frühtherapeutin, das ganze IZB-Team, die Kindergartenassistentin, die Kindergartenleitung, ja das waren es ja schon. Das sind ja genug Leute. Und die setzen sich jetzt dreimal im Jahr auf einen Tisch zusammen und schauen, was jeder macht und dass sie abgestimmt sind“ (B12, Z. 223-227).*

Zu diesem Gespräch ladet die Sonderkindergartenpädagogin ein. Sie ist diejenige, welche die Termine koordiniert. Der Fokus liegt auf der Darstellung der Arbeitsschwerpunkte und -inhalte. Da die Mutter an diesem Gespräch nicht teilnimmt, kann sie keine Hinweise bezüglich des Ablaufs und des Umgangs der Fachkräfte untereinander und zur Kommunikationsbasis liefern.

*„Da machen sie wirklich einen Informationsaustausch, was wird mit dem wie gearbeitet. Das kriege ich ja so mit. Nur dass die untereinander wissen sie ja nicht, was hat die Ergotherapeutin gemacht, das weiß die Frühförderin nicht und da tauschen sich die einfach alle auf einen Tisch aus. Und da brauchen sie jetzt keine Eltern dazu, das wäre, weil wir wissen das sowieso“ (B12, Z. 271-276).*

Informationen zu diesen Gesprächen erhält sie im Nachhinein – jeweils von den einzelnen ExpertInnen (vgl. B12). Durch die Weitergabe der erarbeiteten Informationen werden die geplanten Therapieinhalte und Förderpläne auch für die Mutter transparent und offengelegt.

#### 4.3.3. Teilnahme an einer HelferInnenkonferenz (HK14)

Eine der beiden Mütter gibt an, dass sie noch an keiner HelferInnenkonferenz teilgenommen hat (vgl. B12).

Die andere Mutter hat einmal teilgenommen, da dies damals von der Schule eingefordert worden ist. Bei dieser waren die LehrerInnen, die TherapeutInnen und sie anwesend. Vom Verlauf der Konferenz war sie enttäuscht, da die Kommunikationsebenen unterschiedlich waren.

*„War nicht zufrieden mit der Begleitung, weil da hat es auch Kommunikationsprobleme gegeben. Da habe ich mich teilweise hintergangen gefühlt, sogar von der Therapeutin mit der Lehrerin. Da hat die Kommunikation nicht funktioniert. Und auch in der Helferkonferenz war ich enttäuscht. Vom Verlauf. Ich habe da mehr erwartet“ (B11, Z. 272-275).*

Eine klare Kommunikation zwischen allen KooperationsteilnehmerInnen sowie die Klärung der Arbeitsschwerpunkte und Therapieinhalte wären für die Mutter wesentlich gewesen. Sie verließ das Gespräch mit dem Gefühl, *„dass ich da selber einfach viel mehr bewirkt habe daheim als die“* (B11, Z. 288-289).

#### 4.3.4. Kompetenzen der KooperationspartnerInnen (HK15)

Um ein erfolgreiches gemeinsames Arbeiten zu ermöglichen, benötigen die KooperationspartnerInnen bestimmte Kompetenzen und Fähigkeiten. Deswegen werden die Mütter gefragt, welche Kompetenzen die Fachkräfte brauchen, damit die Eltern gut mit ihnen kooperieren können. Die Frage ist bewusst offen gestellt, daher gibt es unterschiedliche Angaben.

##### 4.3.4.1. Respektvoller Umgang (HK15\_1)

Vertrauen und Respekt sind in einer Kooperation sehr wichtig, da die Familie die einzelnen Fachkräfte in ihr familiäres Setting einweiht. Wesentlich ist den Eltern außerdem, dass die ExpertInnen respektvoll und wertschätzend mit ihren Kindern und Jugendlichen umgehen. Um eine Vertrauensbasis aufbauen zu können, braucht es eine

gute Kommunikationsbasis. Alle Informationen müssen klar und transparent an die Eltern weitergegeben werden.

*„Ich hinterlasse ihm eine Nachricht und schreibe, bitte das und das um die Zeit nehmen oder so. Das hat sich jetzt eingespielt, natürlich. Da wir uns schon länger kennen, weiß die Familientlasterin, was zu tun ist“ (B11, Z. 109-111).*

Durch den Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen den ExpertInnen und den Eltern wird gemeinsames Handeln möglich (vgl. Payer 2008b, S. 26; Friedrich 2012, S. 35). Dies ist vor allem im Bereich der Familientlastung wesentlich, da die Fachkräfte im Haushalt der Personen tätig sind und somit im privaten Umfeld agieren.

*„Letztlich basieren diese ganzen (...) Unterstützungsleistungen auch zum großen Teil auf Vertrauen. Weil man sehr nah mit diesen (Anm. d. Verf.: Personen) sind. Therapeuten oder die Familientlastung besonders, weil die kommen in die Familie arbeite[n]. Ich sage, wenn dieses Vertrauen erschüttert wird durch unterschiedliche Erfahrungen, dann wird es schwierig für mich als Mutter“ (B11, Z. 438-442).*

Ein Vertrauensbruch führt oftmals zu einer Beendigung von einer Kooperation (vgl. B11).

#### 4.3.4.2. Verständnis für die Sorgen der Eltern (HK15\_2)

Die andere Mutter meint, dass es ihr wichtig ist, sich von den Fachkräften verstanden zu fühlen. Die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung führt viele Eltern an ihre Grenzen. Neben den erhöhten Organisationsproblemen – hinsichtlich der Versorgung im Kindergarten und der schulischen und therapeutischen Versorgung – gehören starke Belastungen aufgrund von Verzichtstugenden (wie Schlaf) zum Alltag der Eltern. Auch die vielen Fehldiagnosen, die gestellt werden, kosten sehr viel Kraft und Energie (vgl. Kobi 1983, S. 171ff. zit. n. Speck 1998, S. 479).

*„Wir hatten drei oder vier Fehldiagnosen. Er wurde als late talker eingestuft und was weiß ich was noch alles. Und warten wir und warten wir“ (B12, Z. 50-51).*

Nachdem die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung gestellt wurde, berichtet die Mutter von einer Erleichterung: *„Gott sei Dank. Weil dieses Warten, das war vor 20 Jahren“* (B12, Z. 53-54). Somit konnte eine Behandlung und Unterstützung veranlasst werden.

Andere Beispiele dieser Mutter zeigen, dass sie sich sehr um das Wohl ihres Sohnes sorgt und dass sie versucht, sich und andere über alle möglichen Unterstützungsleistungen zu informieren.

*„Nur Elterngespräche und Teamgespräche und auch an meiner Schule, ich war nur mehr in Konferenzen quasi. Ich war ein Termin zum nächsten Termin, dass die alle immer wieder am gleichen Stand sind. Also die Wechsel vom IZB-Team sind eine reine Katastrophe für uns Eltern“ (B12, Z. 38-41).*

Der Wechsel von Betreuungspersonen erweist sich für die Eltern als anstrengend. Die Fachkräfte müssen über das Verhalten und die Entwicklung des Kindes aufgeklärt werden. Vor der Weiterführung der Förderung steht der Beziehungs- und Vertrauensaufbau im Vordergrund (vgl. B12).

*„Aber ich muss jetzt mit Volksschulen anfangen zum Nachdenken. Es ist so. Er bleibt noch zwei Jahre im Kindergarten. Aber ich werde jetzt einmal vorarbeiten, weil so viel Auswahl gibt es nicht. [...] Es sind alle verzweifelt. Alle verzweifelt: ‚Wohin mit unseren autistischen Kindern.‘ Weil es hängt rein vom Lehrer ab, ob du ein Glück oder ein Pech hast. Und auf das kann ich es nicht ankommen lassen“ (B12, Z. 96-101).*

Eine weitere Herausforderung für die Eltern ist das Finden von geeigneten Bildungseinrichtungen mit adäquatem Lehrpersonal. Der Wechsel vom Kindergarten in die Schule bringt neue Herausforderungen mit sich: jene des Unterrichts sowie ungeschriebene soziale Regeln (vgl. Remschmidt 2012, S. 22; Girsberger 2014, S. 89f.).

Mit dem Ziel, dem Kind eine für ihn passende Entwicklung und Förderung zu ermöglichen, veranlasst es die Mutter, die Fachkräfte zu informieren, sich Informationen von diversen Schulen und Bildungsangeboten einzuholen. Damit hier eine gelingende Kooperation stattfinden kann, benötigen Fachkräfte Empathie. Durch die Bereitschaft, sich in die Situation und in die Gefühlswelt der Mutter hineinzusetzen, können ihre Bedürfnisse und Interessen wahrgenommen werden. Folglich kann ein Verständnis für die Sorgen und Ängste der Eltern entwickelt werden (vgl. Redmond 1989, o. S. zit. n. Balz/Spieß 2009, S. 35).

#### 4.3.4.3. Die Eltern als ExpertInnen (HK15\_3)

Eltern sind die ExpertInnen jener Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung. Sie wissen ganz genau, was ihrem Kind guttut und was nicht. Hier beschreibt eine Mutter, dass bei ihrem Sohn während der Betreuung im Sommerkindergarten mehrere Ausnahmen bezüglich des Zuckerkonsums gemacht worden sind.

*„Oder auch im Sommerkindergarten voriges Jahr haben wir noch drei Wochen im Sommer, haben sie so viele Ausnahmen gemacht beim Kind. Ich habe gesagt, das geht nicht, da hat er Eis bekommen, [...] jede Woche zwei oder drei Ausnahmen, das Kind ist mir durch die Decke gegangen“ (B12, Z. 637-640).*

Aufgrund dessen hat das Kind Ein- bzw. Durchschlafprobleme. Somit wird der Schlafrhythmus der Eltern gestört, was bei ihnen wiederum zu Schlafdefiziten führt (vgl. B12) (siehe Kapitel 1.9).

#### 4.3.4.4. Praktische Kompetenzen (HK15\_4)

Personen, die im häuslichen Umfeld den jungen Menschen begleiten, sollen häusliche Qualitäten – z. B. die einfache Zubereitung von Speisen und Getränken – vorweisen. Außerdem sollen sie Respekt vor dem Eigentum fremder Personen haben und die Wohnung/das Haus bei Übernachtungseinsätzen so verlassen, wie sie den Platz vorgefunden haben (vgl. B11).

#### 4.3.5. Ausbildungen (HK16)

Im Bereich der Ausbildungen geht eine Mutter davon aus, dass in der Arbeit mit Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zumindest eine pädagogische Ausbildung Voraussetzung ist. Zusätzlich wünscht sie sich für die Arbeit mit ihrem Sohn eine Fachkraft mit einer autismusspezifischen Ausbildung (vgl. B11). Diese Meinung vertritt auch die zweite befragte Mutter. Sie empfindet Ausbildungen in diesem Bereich als das Allerwichtigste (vgl. B12).

*„Aber dass die (Anm. d. Verf.: Kindergartenassistentin) wirklich versteht und die müssten unbedingt eine Ausbildung haben, aber eine autismusspezifische. Aber wenn sich die finanzieren und das nebenbei, können sie das auch nicht machen, weil das sind was weiß ich wie viele Stunden, um 2.000 Euro circa oder was“ (B12, Z. 491-494).*

#### 4.3.6. Finanzierung von Kooperation (HK17)

Die Fahrtkosten der verschiedenen Fachkräfte müssen von der Mutter übernommen werden – die Zeit dafür wird über den Bescheid abgerechnet (vgl. B11). Eine andere Mutter meint, dass sie für diese Kooperationstreffen Therapieeinheiten hergibt oder diese privat bezahlt (vgl. B12).

#### 4.3.7. Aspekte der Kooperation (HK18)

Im Folgenden wird auf die Vorteile, die Herausforderungen und die Auswirkungen aus Sicht der Eltern eingegangen.

##### 4.3.7.1. Vorteile einer Kooperation (HK18\_1)

Ein Vorteil, den eine Mutter in der Kooperation sieht, lautet, dass alle im System involvierten ExpertInnen an den gleichen Zielen und Förderinhalten arbeiten. Die Förderung kann gelingen, wenn alle nach einem ähnlichen System arbeiten (vgl. B12).

*„Dass halt der Kindergarten gut funktioniert und dass im Kindergarten auch Sachen angewendet werden, die zum Beispiel in der autismspezifischen angewendet werden. Und umgekehrt auch, dass einfach die Systeme in sich schließen und den Jungen jeweils dort abholen, wo er ist und ihn schon herausfordern. Aber im Endeffekt dann doch wieder alle am gleichen Strang arbeiten“ (B12, Z. 342-346).*

Da die Fachkräfte untereinander in den unterschiedlichen Kooperationssettings Informationen austauschen, die Thematiken und Situationen erfassen und anschließend analysieren, werden Ziele und Interventionen entwickelt, die von den einzelnen HelferInnensystemen übernommen werden.

##### 4.3.7.2. Herausforderungen der Kooperation (HK18\_2)

Eine große Herausforderung liegt darin, dass in einer HelferInnenkonferenz wenig Verständnis und kaum Kooperationsbereitschaft seitens der Schule vorhanden war. Diese Haltung hat einerseits das Gespräch beeinflusst und andererseits bei der Mutter ein Gefühl der Sinnlosigkeit ausgelöst, was in weiterer Folge zu einer Hilflosigkeit führte.

*„Er ist in der Dritten dann aus dieser Schule gegangen, weil sie ihn über die Noten so extrem gemobbt hat. [...] Also es war ganz gemein und die Lehrerin war auch mit mir nicht gesprächsbereit und sie hat mir auch immer wieder, wenn ich unter vier Augen mit ihr geredet habe, also so, dass ich wirklich unter Tränen dort hinausgegangen bin“ (B11, Z. 360-366).*

Durch die Verweigerung einer Kooperation seitens des Fachpersonals kann keine Förderung und Entwicklung entstehen.

Als eine sprachliche Herausforderung sieht eine Mutter die Verwendung der verschiedenen Fachtermini während eines Kooperationsprozesses, wobei diese durch Nachfragen geklärt werden.

*„Und dass man sich untereinander versteht, weil die Fachkräfte verwenden ihre Fachbegriffe, die ich nicht immer weiß, wo man halt schon ein bisschen länger reden muss, bis ich als Elternteil verstehe, was die meinen“ (B12, Z. 330-333).*

Eine weitere Herausforderung, die von einer Mutter geschildert wird, ist die Kooperation mit dem Kindergarten bzw. mit der Kindergartenassistentin und mit der Hierarchie im Kindertagensystem.

*„Eine Kindergartenassistentin oder dann auch Schulleistungsassistenz ist unterste Hierarchie, was für uns sehr schlimm ist, weil sie ist eigentlich meine Hauptbezugsperson, ist die Kindergartenassistentin, weil die verbringt die meiste Zeit mit meinem Kind. Und die ist aber in der Hierarchie dort am untersten wieder“ (B12, Z. 357-361).*

Falls es Veränderungswünsche der Eltern gibt, wie z. B. die Übernahme von Therapieinhalten oder die Reaktivierung von altbewährten Förderinhalten, muss dies zuerst mit der Kindergartenleitung abgesprochen werden. Erst danach werden die Informationen an die Kindergartenassistentin weitergegeben.

*„Natürlich habe ich da nicht die Kontrolle, aber wobei ich mir denke, das ist schon eingeführt worden, warum macht ihr es dann nicht weiter?“ (B12, Z. 390-391).*

Weitere Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Fachkräften sind: (1) die fehlende Bereitschaft, mit Personen mit einer Autismus-Spektrum-Diagnose zusammenzuarbeiten, (2) eine andere Sichtweise als die restlichen Unterstützungsdienstleister zu haben und (3) das Fehlen von sichtbaren Fortschritten in der Entwicklung des Kindes (vgl. B12).

#### 4.3.7.3. Auswirkungen einer Kooperation (HK18\_3)

Ob die Kooperation Effekte auf die Entwicklung des Kindes und auf die Familie hat, hängt von der Qualität der Arbeitsleistungen der Fachkräfte ab und davon, inwieweit die Mutter mit dieser zufrieden ist.

*„Ich denke mir, das kann nur positive Auswirkungen haben, wenn das gut funktioniert. Dann bin ich zufrieden und letztlich spürt das auch mein Kind“ (B11, Z. 456-457).*

Die Entwicklung des Kindes/des Jugendlichen kann durch eine gute Kooperationsbasis mit allen involvierten Fachkräften verbessert werden. Das Üben in den unterschiedlichen Settings ermöglicht es den Betroffenen, das Wissen abzuspeichern. Das ganze HelferInnensystem muss dabei zusammenarbeiten, sodass der junge Mensch in Richtung Selbstständigkeit geführt werden kann – am Anfang noch in Begleitung (vgl. B11, B12).

*„Zum Beispiel, dass jetzt mal alle mehr üben das An- und Ausziehen. Wenn es alle zusammen machen und wir zu Hause auch, dann speichert das Kind das irgendwann einmal und dann bleibt es einmal. Oder wenn er es wieder mal vergisst, kann er es schnell wieder aktivieren. Weil wenn alle das Gleiche wieder einmal machen, jetzt mit dem Anziehen zum Beispiel, dann lernt er es wahrscheinlich schneller“ (B12, Z. 347-351).*

Das Üben und Trainieren in unterschiedlichen Settings ist für Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung dahingehend wichtig, da sie Probleme bei der Generalisierung von gelernten Inhalten haben und das Gelernte nicht auf andere Bereiche und Situationen übertragen können (vgl. Feineis-Matthews/Schlitt 2015, S. 229f.).

#### 4.3.8. Anliegen, Erwartungen (HK19)

Eine gelingende Kooperation beruht immer auf einer guten Kommunikationsbasis. In dieser werden die Informationen transparent und klar weitergegeben. Wesentlich hierbei ist, dass die Mütter die Entscheidungen selber treffen.

*„Ich möchte immer gut informiert sein und das möchte auch ich, sozusagen diejenige sein, die die Entscheidungen trifft letztlich“ (B11, Z. 411-412).*

Ein weiterer Punkt ist die Motivation und die Bereitschaft, sich auf Kooperation einzulassen. Hier meint eine Mutter:

*„Auf einer regelmäßigen und guten Kommunikation, wo man sich wirklich austauscht, gezielt und nicht nur plaudert und einen Tee trinkt miteinander“ (B11, Z. 422-423).*

Dabei soll sich der Kooperationsprozess auf wesentliche Inhalte – wie Arbeitsschwerpunkte, Herausforderungen, Erarbeitung von Therapiezielen und Förderinhalten etc. – beziehen. Eine konstruktive Arbeitshaltung der Fachkräfte ist dabei zielführend.

## 5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der empirischen Forschung zusammengefasst und konkret dargestellt. Dafür wurden Ergebniskategorien erarbeitet, die im Anhang angehängt wurden. Im Anschluss werden die relevanten Ergebnisse erläutert.

Am Beginn ist festzuhalten, dass die Auftraggeber und gleichzeitig auch die Kunden der einzelnen außerschulischen Unterstützungsdienstleistungen stets die Eltern sind und dass sie letztendlich alle Entscheidungen, die ihre Kinder betreffen, selber treffen. Außerdem stehen die Fachkräfte unter Verschwiegenheitspflicht – das bedeutet, mit den ihnen anvertrauten Informationen muss sehr vorsichtig umgegangen werden. Wesentlich in der Arbeit ist zudem, dass die Eltern die ExpertInnen ihrer Kinder sind, da sie diese am allerbesten kennen.

Hinsichtlich der Kooperationsmöglichkeiten wurden verschiedene Optionen angegeben. Zum einen gibt es einen privaten Austausch mit FreundInnen oder Bekannten, zum anderen einen beruflichen durch Teambesprechungen mit oder ohne Fallbesprechungen, durch Supervisionen sowie mit KollegInnen und Vorgesetzten. Eine weitere Möglichkeit ist die Kooperation mit Fachkräften anderer Institutionen, wobei hier die Kooperationsinstrumente der Netzwerkgespräche, der HelferInnenkonferenz oder die Anwesenheit in Therapieeinheiten herangezogen werden. Eltern gaben an, dass sie in Elterngesprächen oder auch durch die Anwesenheit bei den Therapieeinheiten die Förderinhalte und Arbeitsschwerpunkte vermittelt bekommen. Der Austausch mit anderen Müttern bzw. Eltern sowie die Einholung einer zweiten Meinung wird ebenfalls angeführt.

Im Hinblick auf die Inhalte einer Kooperation werden diese individuell beschrieben, jedoch lassen sich drei Ebenen erkennen. Vor Beginn einer Kooperation müssen die organisatorischen Elemente abgeklärt werden, erst danach kann eine Kooperation stattfinden. Die erste Ebene bezieht sich auf die Inhalte der Fachkräfte, die im Team und in der Supervision besprochen werden, die zweite auf die Gesprächsinhalte mit den

externen Fachkräften und die dritte auf jene Inhalte, die für die Gespräche mit den Eltern wesentlich sind.

Teambesprechungen oder Supervisionen umfassen somit eine Besprechung der familiären Situation sowie die Klärung der Arbeitsschwerpunkte und der Therapieinhalte. Durch die Einholung von Rat in diesen Settings können die eigenen Handlungsweisen gestärkt werden.

In den Settings der Fachkräfte aus den verschiedenen Unterstützungsleistungen wird nach dem gegenseitigen Kennenlernen und Informationsaustausch die aktuelle Thematik analysiert und bearbeitet. Darauf folgt die Planung von Fördermaßnahmen oder Interventionen. Anschließend werden Vereinbarungen getroffen und die Informationen an die Eltern weitergeleitet.

Aus Sicht der Eltern bieten die Kooperationsgespräche vor allem Einholung von Informationen und Wissen über die Symptomatik sowie Handlungswissen im Umgang mit dem Kind. Eine weitere Aufgabe ist die Aufklärung von fremden Personen über die Diagnose der Kinder.

Diese Kooperationsgespräche können persönlich, telefonisch oder unter Verwendung eines Vernetzungsinstruments stattfinden. Die Teilnahme der Eltern bei diesem Kooperationstreffen ist individuell.

Als Basis für eine gelingende Kooperation wurden von den interviewten Personen folgende Punkte genannt: respektvoller und wertschätzender Umgang, transparente und klare Kommunikation, Aufbau einer Vertrauensbasis, Offenheit gegenüber neuen Perspektiven und Arbeitsweisen, die Fähigkeit des Zuhörens, Reflexions- und Konsensfähigkeit, Aneignung von Fachwissen, professionelle Herangehensweise sowie lösungsorientiertes Arbeiten, Verständnis für die elterliche Situation sowie die Erkennung der Bedürfnisse, Wünsche und Perspektiven der Eltern.

Fachkräfte sowie Eltern gaben an, dass Ausbildungen in der Arbeit mit Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung unbedingt notwendig sind – ansonsten geht hier wertvolles Potenzial verloren.

Nachfolgend werden die zentralen Aspekte der Kooperation angeführt:

Hinsichtlich der Vorteile sind sich Eltern und Fachkräfte einig. Die Vorteile einer Kooperation sind die Wissenserweiterung, der Erhalt von Informationen und die Klarheit über die Verhaltensweisen des Kindes. Als ein weiterer Vorteil wird die Benutzung der Kooperationsinstrumente gesehen.

Bei den Herausforderungen gibt eine interviewte Mutter an, dass die hierarchische Gestaltung der Bildungsinstitutionen Nachteile für das Kind hat. Zusätzliche Herausforderungen sehen die Mütter, wenn eine Verweigerung seitens der Institutionen auftritt oder wenn es ein Hierarchiegefälle zwischen den beiden Parteien gibt. Eine Kooperation wird zusätzlich durch Ängste vor Kontrollverlust oder vor Offenbarungen von Familiengeheimnissen erschwert. Eine Mutter führte an, dass die Verwendung von Fachtermini eine gute Gesprächsbasis erschwert.

Die interviewten Fachkräfte stellten die Terminfindung, die fehlende Auseinandersetzung mit der Autismus-Spektrum-Thematik sowie die verschiedenen Perspektiven und die daraus resultierenden Therapieansätze als Herausforderung dar. Zusätzlich wird eine Kooperation einerseits durch eine Verweigerung der Institutionen oder der Eltern verhindert, andererseits erschweren ein Hierarchiegefälle sowie Konkurrenzverhalten zwischen den einzelnen Fachkräften eine gute Kooperationsbasis.

Neben den Vorteilen und Herausforderungen, die in einer oder durch eine Kooperation entstehen können, gibt es Auswirkungen einer gelingenden Kooperation. Wenn alle Fachkräfte am gleichen Wissensstand sind, einheitliche Informationen haben und nach den gleichen Zielsetzungen arbeiten, gibt es Effekte, die sich in der Entwicklung des Kindes zeigen. Es macht Fortschritte in der Entwicklung von kognitiven und sozialen Fähigkeiten und bei der Erlernung der Generalisierung, sodass die erlernten Inhalte in verschiedenen Settings übernommen werden können. Dies führt dazu, dass die Kinder selbstständiger und selbstbestimmter werden. Die Eltern wiederum werden gestärkt, indem sie sich ernst genommen fühlen, und nehmen dadurch Entlastung wahr. Zusätzlich gibt ihnen die Aneignung von Wissen ein Gefühl von Sicherheit. Die Aneignung der Methoden stärkt sie im Umgang mit dem Kind.

Abschließend werden die relevanten Ergebnisse der Kategorie Anregung und Erwartungen beschrieben:

Damit eine Kooperation gelingen kann, sind Motivation und die Bereitschaft zu einer Kooperation notwendig. Daher regen die interviewten Personen an, die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer Kooperation in den unterschiedlichen Settings (z. B. Ausbildung) zu verdeutlichen. Alle Bezugspersonen sollten verpflichtet sein, an Kooperationsprozessen teilzunehmen. Auf der inhaltlichen Ebene wünschen sich die InterviewteilnehmerInnen regelmäßige Treffen, in denen eine gezielte Kooperation – basierend auf einer guten Kommunikation und einem respektvollen wertschätzenden Umgang – stattfindet. In puncto Finanzierung fordern sie, Ressourcen bereitzustellen, sodass alle im familiären System involvierten Personen an den Kooperationsgesprächen teilhaben können.

## **6. Beantwortung der Forschungsfragen**

Vor der Beantwortung der Forschungsfragen ist festzuhalten, dass die einzelnen Fachkräfte zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Das bedeutet, dass die Fachkräfte die ihnen anvertrauten Informationen oder Daten nicht ohne Zustimmung der Eltern an andere Personen weitergeben dürfen. Aufgrund dessen ist das Einverständnis der Eltern einzuholen. Trotz der Erlaubnis ist es die Pflicht der ExpertInnen, die Privatsphären der Familien zu wahren und zu schützen. Im Folgenden werden die Forschungsfragen anhand der Untersuchungsergebnisse beantwortet und diskutiert.

### **(1) Inwieweit gibt es Kooperationsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Fachkräften innerhalb einer Institution und zwischen den Fachkräften verschiedener Institutionen?**

---

Eltern und ihre Kinder können unterschiedliche Unterstützungsleistungen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz in Anspruch nehmen. Daraus ergibt sich, dass der Augenmerk der vorliegenden Arbeit auf der Erfassung der verschiedenen Kooperationsmöglichkeiten liegt.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass es unterschiedliche Optionen gibt, Kooperation stattfinden zu lassen:

- (1) Kooperation bzw. Austausch mit FreundInnen und Bekannten
- (2) Kooperationen innerhalb einer Institution
- (3) Kooperationen zwischen außerschulischen Leistungsstrukturen
- (4) Kooperationen mit den Eltern

### **(1a) Kooperationsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Fachkräften**

---

Die Kooperationsmodi sind zum einen die Teamsitzungen – mit oder ohne Fallbesprechungen – und zum anderen die Supervisionen. Bei näherer Betrachtung dieser Modi können Hindernisse hinsichtlich ihrer Praktikabilität festgestellt werden: Teamsitzungen fokussieren vor allem die Planung und Organisation des Alltags. Geringe Zeit- und Sachressourcen verhindern eine intensive Auseinandersetzung mit aktuellen

Herausforderungen der familiären Systeme. In der Fallbesprechung wird auf konkrete Fragen eines bestimmten Falls bzw. einer bestimmten Familiensituation eingegangen. Die Supervision fokussiert neben der individuellen auch die teambezogene Reflexion von professionellem Handeln in einer bestimmten Situation (vgl. Harmsen 2013, S. 270). Neben diesen drei Optionen steht den Fachkräften ein Austausch mit KollegInnen mit oder ohne Autismus-Spektrum-Ausbildung sowie mit den Vorgesetzten zur Verfügung.

### **(1b) Kooperationsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Dienstleistungsstrukturen**

---

Seitens der einzelnen Fachkräfte wird eine Kooperation mit ExpertInnen aus anderen Disziplinen als sinnvoll und notwendig erachtet. Wesentlich ist, dass Kooperationen zwischen den einzelnen Fachkräften der verschiedenen Professionen vollzogen werden. Diese Herangehensweise unterstützt die systemtheoretische Sicht. Aus dieser Perspektive ist der Einbezug aller Personen, also aller Fachkräfte, die mit dem Kind arbeiten, der Kindergarten/die Schule und andere Institutionen sowie das familiäre Umfeld für die Entfaltung des Kindes essenziell. Durch die unterschiedlichen Sichtweisen können neue Perspektiven und Konstellationen entstehen. In weiterer Folge können passgenaue Unterstützungsmaßnahmen entwickelt werden (vgl. Speck 2008, S. 481).

Wie viele Fachkräfte aus unterschiedlichen Dienstleistungsstrukturen in dem Familiensystem integriert sind und darin wirken, entscheiden stets die Eltern. Sie sind die Auftraggeber und zugleich die Kunden. Das bedeutet, die Eltern erteilen den Auftrag und erwarten eine Dienstleistung, die ihnen verrechnet wird. Gleichzeitig haben sie als Kunde bestimmte Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen bezüglich der Ausführung der Dienstleistung.

### **(2) Inwieweit werden die Eltern in diesen Kooperationsprozess integriert?**

---

Von besonderem Interesse war die Kooperation mit den Eltern aus Sicht der Fachkräfte. Alle befragten Berufsgruppen gaben an, dass sie „Elternarbeit“ forcieren. Dies ist auch dahingehend wichtig, da die Eltern die Experten ihrer Kinder sind. Sie kennen die kindliche Wirklichkeit am besten und sind zusätzlich ein Teil von dieser (vgl. Speck 2008, S. 482). Die Gespräche finden einerseits im häuslichen Umfeld, andererseits während der

Therapieeinheiten statt. Außerdem haben die Eltern die Möglichkeit, an Elterngesprächen und Selbsthilfegruppen teilzunehmen.

Für die Eltern ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit ein wesentliches Merkmal für ein erfolgreiches Arbeiten. Doch gerade im häuslichen Umfeld ist diese Vertrauensbasis noch wesentlicher, da die Fachkräfte das Familiensystem betreten. Dies geschieht mit dem Vertrauen, welches aufgrund von Vorwissen oder Erfahrung aufgebaut wird, und mit der Voraussetzung, dass sich beide Parteien, vor allem die Unterstützungsperson, mit der Situation der Eltern identifizieren können (vgl. Kapitel 2.5.1). Die Inhalte der Gespräche im häuslichen Setting betreffen die Abklärung der momentanen Stimmung und Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen und die Frage, ob es bestimmte Verhaltensweisen oder Vorfälle gibt, die es zu berücksichtigen gilt. Im Mittelpunkt stehen somit alltägliche oder erzieherische Herausforderungen, sodass von einer expliziten (direkten) Gesprächsform gesprochen werden kann (vgl. Kapitel 2.6). Bei den einzelnen Therapieeinheiten ist die Anwesenheit der Eltern erwünscht und notwendig, da sie hier das direkte Handeln der TherapeutInnen mit dem Kind erleben und somit die Förderinhalte sowie die Arbeitsschwerpunkte vermittelt bekommen. Im Mittelpunkt des elterlichen Interesses stehen die Aufklärung und Einholung von Informationen über die Symptomatik, die einzelnen Therapieinhalte und die Aneignung von Handlungswissen im Umgang mit dem Kind, um diese Punkte dann in den Alltag zu transformieren (vgl. Kapitel 1.9). Das Ziel ist die „Hilfe zur Selbsthilfe“, merkte eine Fachkraft an (B2, Z. 31). Diese implizite Form von Elternarbeit fokussiert die Einbeziehung und Anleitung der Eltern hinsichtlich der Förderung und Entwicklung ihrer Kinder (vgl. Kapitel 2.6). In beiden Settings ist es den Eltern möglich, an Elterngesprächen teilzunehmen. Diese werden sowohl seitens der Fachkräfte angeboten, als auch von den Eltern eingefordert.

Entsprechend dem Forschungsausgang wurden die Eltern bezüglich ihrer Partizipation an der Kooperation befragt. Die Zusammenarbeit und der Austausch mit den einzelnen Fachkräften werden als sehr wichtig empfunden. In diesem Setting ist wiederum der Aufbau einer Vertrauensbasis für eine gelingende Kommunikation wesentlich, wobei sich die Inhalte auf die Informationsweitergabe der aktuellen Herausforderungen und Verhaltensweisen des Kindes/Jugendlichen beziehen.

Nachdenkliche oder kritische Eltern hinterfragen die jeweiligen Unterstützungsangebote und holen sich mehrere Meinungen hinsichtlich der Diagnose, der Therapiemöglichkeiten, des Umgangs mit dem Kind, entwicklungsfördernder Maßnahmen usw. ein. Die kritische Herangehensweise ist empfehlenswert, da es unzählige Therapieangebote mit unterschiedlichen pädagogisch-therapeutischen Methoden gibt (vgl. Kapitel 4.3). Entscheidend dabei ist, dass sich die Eltern bei anderen betroffenen Familien erkundigen, Informationen einholen und sich nicht beirren lassen sollten, da sie ihre Kinder und deren Lebenswirklichkeit am besten kennen (vgl. Kapitel 2.6).

### **(3) Wie gestaltet sich der Kooperationsprozess der Leistungsstrukturen bei Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung?**

---

Wie aus den vorigen Schilderungen ersichtlich, gibt es Kooperationen zwischen den einzelnen Fachkräften – sowohl mit als auch ohne Eltern. Jene Gespräche erfolgen vor allem in persönlichen Treffen wie z. B. Teambesprechungen, Kooperationstreffen oder HelferInnenkonferenzen. Doch am Beginn jedes Settings muss eine Person die Verantwortung für die Organisation des Kooperationstreffens übernehmen. Außerdem muss überlegt werden, welche Personen an dem Gespräch teilnehmen sollen und wie die Finanzierung geregelt ist. Daraufhin werden die Termine koordiniert, der Kooperationsort festgelegt und die Einladungen verschickt. Das Hauptaugenmerk bei allen Kooperationen ist es, eine Förderung und Unterstützung bei der Entwicklung des Kindes zu gewährleisten und infolgedessen sowohl die Lebensqualität der Eltern zu erhöhen, als auch das Kind in die Selbstständigkeit zu begleiten. Somit kristallisieren sich folgende Schwerpunkte für die verschiedenen Settings heraus:

In Teambesprechungen werden neben den internen Abläufen auch Fallbesprechungen sowie bestimmte Arbeitsschwerpunkte und Therapieinhalte geklärt. Durch Rückmeldungen der KollegInnen mit oder ohne Autismus-Spektrum-Ausbildung können die eigenen Handlungsweisen verändert oder gestärkt werden.

Bei Kooperationen – wie z. B. bei HelferInnenkonferenzen oder in Kooperationsgesprächen – liegt zuerst das gegenseitige Kennenlernen der

Unterstützungssysteme mit ihrem spezifischen Selbstverständnis im Vordergrund. Dies wird darin begründet, dass die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung personenbezogen ist und direkt bei bzw. an dem Betroffenen selbst erbracht wird. Aufgrund dessen treffen sich die einzelnen ExpertInnen während ihrer Arbeit nicht oder nur sehr selten (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 52ff.). Nach der Vorstellung schildert jede Profession aus ihrer Perspektive die verschiedenen Beobachtungen – wie Fortschritte, Herausforderungen etc. – und zusätzlich die Themenschwerpunkte. Wenn Eltern bei den Kooperationsgesprächen anwesend sind, teilen auch sie ihre Perspektiven, Bedürfnisse und Wünsche mit. Gemeinsam werden diese erfasst, erklärt und analysiert (vgl. Kapitel 2.6). Wie aus der Literatur ersichtlich, haben Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung spezifische Schwierigkeiten in den Bereichen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und der Verhaltensmuster (vgl. Kapitel 1.2). Dementsprechend ist es von Vorteil, wenn alle involvierten Personen im Sinne der systemtheoretischen Betrachtungsweise ihre Perspektiven miteinander ergänzen und entsprechende Fördermaßnahmen, Therapieziele und Interventionen erarbeiten (vgl. Kapitel 1.8). In der Literatur wurde angemerkt, dass jene Kinder, die eine Förderung hinsichtlich neuer Handlungs- und Bewältigungsmechanismen bekommen, ihre alltäglichen Situationen und Herausforderungen leichter bewältigen können und auf eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensweise im Erwachsenenalter vorbereitet werden (vgl. Freitag 2008, S. 52; Bölte 2015b, S. 78). Nachdem die Ziele erarbeitet wurden, werden diese schriftlich in einer Vereinbarung oder in einem Protokoll festgehalten. Dies führt zu einer Verbindlichkeit (vgl. Kapitel 2.5.3), sodass die Vereinbarungen von allen beteiligten AkteurInnen eingehalten werden. Falls die Eltern bei diesem Kooperationstreffen nicht anwesend waren, müssen sie von den einzelnen Teilnehmenden über den Inhalt und die Ziele informiert werden. Zusätzlich können außerhalb dieser Treffen Vernetzungsinstrumente – wie Telefon, E-Mail, Verhaltenskalender – genutzt werden. Mittels dieser Instrumente sind alle Personen am aktuellen Stand.

Wesentlich bei solchen Kooperationstreffen ist eine gute Grundlage, auf der diese Gespräche aufgebaut werden können. Neben einer guten Vertrauensbasis ist eine gute Kommunikationsbasis notwendig. Diese Ansicht wird von der Literatur gestützt: Vertrauen bildet die Basis einer jeden Kooperation, wobei Vertrauen aufgebaut werden kann. Dies geschieht, wenn (1) die Person schon länger bekannt ist, (2) in der Familie

arbeitet oder (3) sich in die Lage der anderen hineinversetzen kann. Außerdem kann es einen Vertrauensvorschub geben, sodass die Person selbstständiger arbeitet. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn eine Familienentlasterin das häusliche Umfeld betritt und das/den Kind/Jugendlichen in Abwesenheit der Eltern bei unterschiedlichen Tätigkeiten unterstützt (vgl. Lewicki/Bunker 1995, o. S. zit. n. Balz/Spieß 2009, S. 23). Zu dieser Kooperationsbasis gehören zusätzlich Transparenz, Informationsoffenheit und Gesprächsbereitschaft sowie Respekt und Wertschätzung gegenüber den facheigenen/fachexternen KollegInnen und den Eltern. Zudem benötigen die Fachkräfte Fachwissen, Offenheit für neue Perspektiven und Arbeitsweisen sowie die Fähigkeit zur Konsensfindung und zu lösungsorientiertem Arbeiten. Neben diesen Faktoren zählen ferner das Bemühen um das Verstehen der elterlichen Situation sowie das Zuhören und die Anerkennung der Wünsche, Bedürfnisse und Perspektiven zu einer professionellen Herangehensweise.

Demgegenüber zeigt sich in der Literatur, dass in dem Prozess Spannungssituationen entstehen können, wobei eine Akteurin versucht, den eigenen Handlungsplan zu verwirklichen und dabei keine Rücksicht auf die Pläne der anderen beteiligten ExpertInnen nimmt (vgl. Kapitel 2.5.4) Das daraus entstandene Hierarchiegefälle zwischen den involvierten Personen sowie die Verweigerung zur Kooperation konnten sowohl Fachkräfte als auch Eltern bestätigen. Hier tritt eine komplementäre Kommunikation auf – mindestens eine Person ist in der schwächeren Ausgangsposition (vgl. Kapitel 2.5.6). Als sehr problematisch wird die Offenbarung von privaten Informationen oder Details (z. B. Familiengeheimnisse etc.) gesehen. Dies führt zu einem Vertrauensbruch. Wie oben erwähnt, gehen auch Schwalb und Theunissen davon aus, dass die Fachkräfte die Kompetenz zur Selbstreflexion brauchen. Die Machtverteilung zwischen dem Unterstützungssystem und den Eltern ist immer zu betrachten, daher müssen die Fachkräfte die Fähigkeit besitzen, das eigene Handeln und das Beziehungsverhältnis kritisch und bewusst zu reflektieren (vgl. Schwalb/Theunissen 2012, S. 35). Zusätzlich wird die Kooperation erschwert, wenn bestimmte Fachtermini seitens der Fachkräfte verwendet werden. Deswegen schlagen Greving und Ondracek vor, auf die Verwendung von Fachsprache zu verzichten (Greving/Ondracek 2014, S. 356f.).

Ein weiterer Punkt, der in die Gestaltung der Kooperation miteinfließt, ist die Frage nach der Finanzierung. Da diese nicht einheitlich geregelt ist, muss abgeklärt werden, wer die Kosten übernimmt. Im Bereich der interdisziplinären Frühförderung und Familienbegleitung, die auf eine ganzheitliche Sichtweise ausgerichtet und daher zu einer Kooperation verpflichtet ist, ist die Übernahme der Kosten geregelt. Doch mit dem Eintritt in die Schule endet die interdisziplinäre Frühförderung und somit die gesetzlich verankerte Kooperation der Fachkräfte (vgl. LEVO-StBHG-Anlage1 2017, S. 36). Bei den weiteren Unterstützungsmaßnahmen, die parallel zur Frühförderung laufen können – wie Therapie, Ergotherapie, Familienentlastung oder Freizeitassistenz –, gibt es keinen gesetzlichen Auftrag zur Kooperation (vgl. ebd., S. 9ff.). Wie aus den Ergebnissen ersichtlich, übernehmen die Eltern die Kosten der therapeutischen Unterstützungssysteme für den Kooperationsprozess oder geben dafür Therapieeinheiten her. Zusätzlich wird angegeben, dass manche Institutionen diese Kosten übernehmen, da sie die Wichtigkeit und Notwendigkeit erkannt haben. Bei bestimmten Leistungen, wie den Assistenzleistungen, wird auf eine partizipative Kooperation verzichtet. Um jedoch eine einheitliche Finanzierung zu ermöglichen, wurde der Wunsch ausgesprochen, dass Ressourcen bereitgestellt werden, damit alle Personen, die mit den Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung arbeiten, die Möglichkeit bekommen, ihre Wahrnehmungen darzulegen, um sich mit anderen ExpertInnen austauschen zu können.

#### **(4) Welche Auswirkungen hat dieser Prozess auf die Familien?**

---

*„Natürlich. Also, je nachdem, wie gut oder schlecht das (Anm. d. Verf.: Kooperation) funktioniert. Das wirkt sich [...] in letzter Instanz immer auf das Kind aus“ (B10, Z. 400-401).*

Dieses Zitat eines Experten ist sehr aussagekräftig, denn jede Kooperation hat Auswirkungen auf die Familie und in weiterer Folge auf das Kind. Eine nicht funktionierende Kooperation enthält nach Deutsch (1949) einen Konflikt zwischen den Erwartungen hinsichtlich der eigenen und der anderen Zielerreichung. Dies führt dazu, dass die MitarbeiterInnen der unterschiedlichen Fachdisziplinen miteinander konkurrieren (vgl. Schweitzer 1998, S. 25). Aus Sicht der Fachkräfte entstehen Herausforderungen in der Kooperation, wenn sich die Fachpersonen nicht mit der Autismus-Spektrum-Thematik auseinandersetzen und wenn die Fachkräfte mit

verschiedenen Perspektiven sowie mit verschiedenen Therapieansätzen aufeinandertreffen und keine Einigkeit darüber erzielen, wie weiterhin gearbeitet werden soll. Aufgrund dieser komplementären Kommunikation können zwischenmenschliche Probleme auftreten, die entweder zu einem Hierarchiegefälle oder zu einem Konkurrenzverhalten zwischen den beteiligten Unterstützungsleistungen führen können. Falls die Parteien nicht konfliktfähig sowie nicht bereit sind, den Konflikt zu erkennen und zu lösen, wird eine Kooperation nicht funktionieren, woraufhin die beteiligten Personen unzufrieden die Situation verlassen und lose nebeneinander weiterarbeiten werden. Eine Mutter erlebte diese Situation. Die Zusammenarbeit mit der Institution wurde daraufhin abgebrochen, da keine förderliche Kooperation sowie Förderung mehr zustande kam.

Die Förderung und Begleitung geschieht ohne Absprache und individuell (vgl. Kapitel 2.5.4). Ein loses Nebeneinander der Dienste ist jedoch aufgrund der lebenslangen Erkrankung nicht zielführend und nicht entwicklungsfördernd. Daher ist nach Sinzig und Wendt ein sektor- sowie disziplinenübergreifendes Miteinander notwendig und sinnvoll (vgl. Sinzig 2015, S. 678; Wendt 2015, S. 108f.). Um dies zu erreichen, ist es nach den Angaben der Fachkräfte notwendig, dass alle Personen, die im System involviert sind, den gleichen Wissensstand sowie einheitliche Informationen hinsichtlich der Stärken und der kognitiven sowie sozialen Fähigkeiten des Kindes haben müssen. Aufbauend auf diesen Vorarbeiten können gemeinsam im Zuge der Kooperation entsprechende Zielsetzungen und Interventionen erarbeitet werden, die wiederum Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben. Wenn alle an einem Strang ziehen und gemeinsam arbeiten, kennen alle das Kind mit seinen Fähigkeiten, Ressourcen und Herausforderungen und können gemeinsam an der Entwicklung dieser sowie am Verhaltensmanagement des Kindes arbeiten. Außerdem kann das Gelernte auf unterschiedliche Settings übertragen werden. Die Übertragung in andere Settings ist dahingegen wichtig, weil diese Kinder und Jugendlichen Schwierigkeiten bei der Generalisierung von gelernten Inhalten haben. Das bedeutet, sie können diese nicht auf andere Bereiche übertragen (vgl. Kapitel 4.3.2). Durch die Unterstützung werden die Potentiale des Kindes erkannt und genutzt, sodass es durch die Förderung und die Begleitung Fortschritte in den defizitären Bereichen machen kann (vgl. La Brie Norall/Wagner Brust 2012, S. 27; Sommerauer/Sommerauer 2015, S. 347). Bei der

Erarbeitung und Stärkung der kognitiven und sozialen Fertigkeiten braucht es einen geduldigen und freundlichen Erwachsenen (vgl. Jungbauer/Meye 2008, S. 525; Rollet/Kastner-Koller 2011, S. 5). In weiterer Folge führt dies dazu, dass die Person mit Autismus-Spektrum-Störung selbstständiger und selbstbestimmter wird.

Eine gelingende Kooperation hat nicht nur für das Kind und seine Entwicklung/Förderung Auswirkungen, sondern auch für die Eltern. Diese können sich Wissen um die Symptomatik aneignen und daher ein Gefühl von Sicherheit entwickeln. Außerdem eignen sie sich Methoden an, die sie im Umgang mit ihrem Kind stärken und ihnen wiederum Sicherheit geben. Gleichzeitig fühlen sie sich in ihren Bedürfnissen verstanden und ernst genommen. So können sie ihre Sorgen besprechen und somit Entlastung wahrnehmen.

Abschließend ist festzuhalten, dass eine gelingende Kooperation nur dann zustande kommen kann, wenn alle im System involvierten Personen kooperationswillig und -fähig sind (vgl. Balz/Spieß 2009, S. 61). Dies kann im Bereich der Autismus-Spektrum-Thematik durch die Erkennung der Wichtigkeit und Notwendigkeit hinsichtlich eines professionellen Austausches mit allen beteiligten Personen ergänzt werden.

## 7. Resümee

Im Hinblick auf die Generalisierbarkeit der einzelnen Aussagen muss an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit nicht auf alle außerschulischen Dienstleistungsanbieter sowie auf alle Familien mit Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung übertragen werden können. Eine Vielzahl an Leistungsstrukturen wurde in dieser empirischen Studie nicht berücksichtigt - es wurden je zwei Fachkräfte aus ausgewählten Unterstützungsleistungen herangezogen. In diesem Kontext ist weiters anzumerken, dass sich die Befragung auf zwei Mütter konzentrierte und dass es sicherlich mehrere Familien gibt, die Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen. Die befragten Mütter geben an, dass sie weitgehend gute Erfahrungen mit den Kooperationen der einzelnen Strukturen gemacht haben – auch die Fachkräfte sprechen diesbezüglich von einer positiven Entwicklung. Hier stellt sich die Frage, wie jene Personen, die hauptsächlich negative Erfahrungen mit den Kooperationen gemacht haben, zu einer Kooperation stehen.

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass eine Kooperation zwischen den einzelnen Leistungsstrukturen stattfindet und dass die Eltern in diese Kooperationsprozesse involviert sind. Dies ist dahingehend interessant, da die Kooperation keiner gesetzlichen Verpflichtung vorausgeht. Vielmehr haben die einzelnen Fachbereiche die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Kooperation hinsichtlich der Autismus-Spektrum-Störung erfasst. Essenziell ist eine vertrauensvolle, klare und transparente Kommunikationsbasis, auf der alle involvierten Personen den gleichen Wissensstand erreichen und gemeinsam ein Ziel fokussieren, welches zur Förderung und Begleitung des Kindes sowie zur Stärkung der Eltern beiträgt.

In dieser Studie wurden vermehrt die Perspektiven der Fachkräfte, weniger jene der Mütter fokussiert. Im Hinblick auf ein partizipatives Forschungssetting wären weitere Forschungen im elterlichen Bereich inklusive der Perspektive der Väter interessant. Als Ergänzung und Erweiterung wären Kooperationsforschungen in den restlichen StBHG-Leistungen (medizinischer Bereich, Logopädie, Reittherapie etc.) und die Hereinnahme von Kindergärten, Schulen, Wohnhäusern und Werkstätten informativ und bedeutungsvoll.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Hereinnahme der einzelnen Personen, die eine Autismus-Spektrum-Störung aufweisen. Es gilt zu hinterfragen, inwieweit sie in die Kooperationsprozesse involviert sind und welche Erfahrungen, Herausforderungen und Auswirkungen sie durch die Kooperation erlebt haben.

Als Folgerung und Perspektive weist die Verfasserin darauf hin, dass die Verzahnung der außerschulischen Leistungsstrukturen bereits begonnen hat. Die Etablierung der Notwendigkeit und Wichtigkeit einer Kooperation muss jedoch in manchen Institutionen, bei einzelnen Fachkräften sowie in der Politik noch mehr Platz finden.

## Literaturverzeichnis

- Asendorpf, J. (2007): Psychologie der Persönlichkeit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Asendorpf, J. (2017): Persönlichkeit. In: Wirtz, M. A. (Hrsg.): Dorsch. Lexikon der Psychologie. In: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/de/ueber-den-dorsch/> [19.05.2018].
- Asendorpf, J. (2018): Persönlichkeit. Was uns ausmacht und warum. Berlin: Springer Verlag GmbH.
- autismus Deutschland e. V. (1996): Stellungnahme. Charta for persons with autism. In: <https://www.autismus.de/recht-und-gesellschaft/stellungnahmen.html> [20.02.2018].
- Balz, H.-J./Spieß, E. (2009): Kooperation in sozialen Organisationen. Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit. Ein Lehrbuch. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Bank-Mikkelsen, N. E. (2005): Das Normalisierungsprinzip – Betrachtung aus Dänemark (1978). In: Thimm, W. (Hrsg.): Das Normalisierungsprinzip: ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 50-61.
- Behringer, L./Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Beyer, J. M. (2015): Epidemiologie. In: Theunissen, G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 123-125.
- Biewer, G. (2017): Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Bölte, S. (2015a): Symptomatik und Klassifikation. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 31-45.
- Bölte, S. (2015b): Entwicklung, Verlauf und Prognose. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 75-84.
- Bölte, S. (2015c): Historischer Abriss. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 21-30.
- Bölte, S. (2015d): Epidemiologie. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 65-74.

- Bölte, S. (2015e): Evidenzbasierte Intervention. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 221-228.
- Bölte, S. (2015f): Persönlichkeit, allgemeine Psychopathologie, Funktionsniveau. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 187-204.
- Bölte, S./Poustka, F. (2013): Autismus und tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In: Lehmkuhl, G. et al. (Hrsg.): Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG, S. 539-573.
- Bölzle, S. (2015): Frühförderung. In: Theunissen, G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 149-151.
- Budde, J./Hummrich, M. (2013): Reflexive Inklusion. In: <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/193/199> [15.04.2017].
- Bullinger, H./Nowak, J. (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Czech, H. (2018): Hans Asperger, National Socialism, and "race hygiene" in Nazi-era Vienna. In: Molecular Autism 9, H. 29, S. 1-43.
- Dederich, M. (2014): Inklusion zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In: Färber, H.-P. et al. (Hrsg.): Alles inklusive!? Teilhabe und Wertschätzung in der Leistungsgesellschaft. Mössingen: Stiftung KBF, S. 11-22.
- DePape, A.-M./Lindsay, S. (2015): Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. In: Qualitative Health Research 25, H. 4, S. 569-583.
- Dodd, S. (2011): Autismus. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Dresing, T./Pehl, T. (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Eigenverlag
- Dziobek, I./Bölte, S. (2015): Neuropsychologie und funktionelle Bildgebung. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 131-152.
- Eitle, W. (2012): Basiswissen Heilpädagogik. Köln: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Feineis-Matthews, S./Schlitt, S. (2015): Umschriebene Verhaltenstherapeutische Maßnahmen. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 229-241.

- Fiedler, P. (2007): Persönlichkeitsstörungen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Fisher, N./Happé F. (2005): A training study of theory of mind and executive function in children with autistic spectrum disorders. In: Journal of Autism and Developmental Disorders, 35, H. 6, S. 757-771.
- Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I. (2017): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U. et al. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, S. 13-29.
- Flieger, P. (1996): Die Salamanca Erklärung und der Aktionsrahmen zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse. Anmerkung zur deutschen Übersetzung. In: <http://bidok.uibk.ac.at/library/unesco-salamanca.html#idm2800720> [15.04.2017].
- Freitag, C. (2008): Autismus-Spektrum-Störung. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Freitag, C. et al. (2006): Imitation and language abilities in adolescents with Autism Spectrum Disorder without language delay. In: European Child & Adolescent Psychiatry, 15, H. 5, S. 282–291.
- Freitag, C./Petermann, F. (2014): Autismus-Spektrum-Störung. In: Kindheit und Entwicklung, 23, H. 1, S. 1-4.
- Friedrich, S. (2012): Ressourcenorientierte Netzwerkmoderation. Ein Empowermentwerkzeug in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Girsberger, T. (2014): Die vielen Farben des Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnose, Therapie und Beratung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Gläser, J./Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Grabrucker, A. M./Schmeißer, M. J. (2015): Ursachen. In: Theunissen G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 382-392.
- Greving, H./Ondracek, P. (2014): Handbuch Heilpädagogik. Köln: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Harmsen, T. (2013): Konstruktionsprinzipien gelingender Professionalität in der Sozialen Arbeit. In: Becker-Lenz, R. et al. (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 265-274.

- Harris, S./Handleman, J. (2000): Age and IQ at intake as predictors of placement for young children with autism: a four- to six-year follow-up. In: Journal of Autism and Developmental Disorders, 30, H. 2, S. 137-142.
- Helfferrich, C. (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N./Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 559-574.
- Herbrecht, E./Bölte, S. (2015): Training sozialer Fertigkeiten. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 333-344.
- Herriger, N. (2014): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Hinz, A. (2002): Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? In: <http://bidok.uibk.ac.at/library/hinz-inklusion.html> [15.04.2017].
- Hochuli Freund, U. (2015): Multiperspektivität in der Kooperation. In: Merten, U./Kaegi, U. (Hrsg.): Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 135-152.
- Hussy, W. et al. (2013): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Jugendschutzgesetz (2017): Kinder und Jugendliche. In: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740210.html> [16.10.2017].
- Jungbauer, J./Meyer, N. (2008): Belastungen und Unterstützungsbedarf von Eltern autistischer Kinder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, S. 521-535.
- Kaegi, U. (2015): Soziale Konflikte und Kooperation. In: Merten, U./Kaegi, U. (Hrsg.): Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 199-222.
- Kamp-Becker, I. (2015a): ICD (International Classification of Diseases and related Disorders). In: Theunissen G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 172-173.
- Kamp-Becker, I. (2015b): DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). In: Theunissen G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe

- aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 106-108.
- Kamp-Becker, I. (2015c): Autismus-Spektrum-Störung. In: Theunissen G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 45-48.
- Kamp-Becker, I. et al. (2010a): Diagnostik und Therapie von Autismus-Spektrum-Störung im Kindesalter. In: Kindheit und Entwicklung, 19, H. 3, S. 144-157.
- Kamp-Becker, I. et al. (2010b): Frühsymptome des Asperger-Syndroms im Kindesalter. Eine retrospektive Untersuchung. In: Kindheit und Entwicklung, 19, H. 3, S. 168-176.
- Kamp-Becker, I./Bölte, S. (2011): Autismus. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Karst, J./van Hecke, A. (2012): Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. In: Clinical Child and Family Psychology Review, 15, H. 3, S. 247–277.
- Kim, Y. S. et al. (2011): Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. In: The American Journal of Psychiatry, 168, H. 9, S. 904-912.
- Klauck, S. (2015): Verhaltensgenetik, Molekulargenetik und Tiermodelle. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 87-107.
- Kulig, W./Leuchte, V. (2015): Forschung/Forschungsmethoden. In: Theunissen, G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 144-145.
- Kusch, M./Petermann, F. (2014): Entwicklung autistischer Störungen. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- La Brie Norall, C./Wagner Brust, B. (2012): Kinder mit Asperger einfühlsam erziehen: Wie Sie Sozialverhalten und Kommunikation Ihres Kindes fördern. Stuttgart: Trias Verlag.
- Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Landesgesetzblatt (2004): Land Steiermark: LGBl. Nr. 26/2004. In: <https://www.ris.bka.gv.at/Ergebnis.wxe?Abfrage=Lgbl&Lgblnummer=26/2004&Bundesland=Steiermark> [09.01.2017].
- Lebenshilfe GUV (2015): 55 Jahre Lebenshilfe GUV. 1960-2015. In: [http://www.lebenshilfe-guv.at/ueber\\_uns/geschichte](http://www.lebenshilfe-guv.at/ueber_uns/geschichte) [09.12.2017].

- Leuchte, V. (2015): Autismus. In: Theunissen G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 36-37.
- LEVO-StBHG (2017): Gesamte Rechtsvorschrift für StBHG Leistungs- und Entgeltverordnung 2015. Fassung 21.11.2017. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/LrStmk/20001224/LEVO-StBHG%2c%20Fassung%20vom%2021.11.2017.pdf> [21.11.2017].
- Littig, B. (2011): Interviews mit Experten und Expertinnen. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaften. Online: Beltz Juventa, S. 1-17.
- Markowetz, R. (2006): Freizeit und Behinderung – Inklusion durch Freizeitassistenz. Spektrum Freizeit, 30, H. 2, S. 54-72.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- McGovern, C. W./Sigman, M. (2005): Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. In: Journal of child psychology and psychiatry, 46, H. 4, S. 401-408.
- Merten, U. (2015a): Professionelle Kooperation: Eine Antwort auf die Zersplitterung und Ausdifferenzierung sozialer Dienstleistungen. In: Merten, U./Kaegi, U. (Hrsg.): Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 21-69.
- Merten, U. (2015b): Intraprofessionelle Kooperation und Teamarbeit – eine Herausforderung. In: Merten, U./Kaegi, U. (Hrsg.): Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 245-283.
- Mooney, E. L. et al. (2006): Early features of autism. Repetitive behaviours in young children. In: European child and adolescent psychiatry, 15, H. 1, S. 12-18.
- Noterdaeme, M. (2011): Autismus-Spektrum-Störungen – ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand. In: Pädiatrietage, S. 1-15.
- Noterdaeme, M. (2015a): Komorbidität und Differenzialdiagnose. In: Bölte, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, S. 46-64.

- Noterdaeme, M. (2015b): Komorbidität. In: Theunissen, G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 230-235.
- Noterdaeme, M./Amorosa, H. (2002): Früherkennung autistischer Störungen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 150, H. 2, S. 149-156.
- Oswald, S. (2011): Familienleben mit einem Kind mit Autismus-Spektrum-Störung. Perspektiven der Eltern – Rolle der FamilienentlasteterInnen. Graz (Hochschulschrift).
- Pastewka, B. et al. (2011): TAU – Wenn alle an einem Strang ziehen. Erfahrungen mit einer autismusspezifischen Weiterbildung für Eltern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 17, H. 6, S. 26-30.
- Payer, H. (2008a): Netzwerk, Kooperation, Organisation – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: Bauer-Wolf, S. et al. (Hrsg.): Erfolgreich durch Netzwerkkompetenz. Wien/New York: Springer Verlag, S. 5-22.
- Payer, H. (2008b): Die Kunst des Netzwerkens. In: Bauer-Wolf, S. et al. (Hrsg.): Erfolgreich durch Netzwerkkompetenz. Wien/New York: Springer Verlag, S. 23-46.
- Poustka, L. et al. (2011): Temperament und soziale Reaktivität bei Autismus-Spektrum-Störung und ADHS. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39, H. 2, S. 133-141.
- Poustka, L. et al. (2012): Intensive verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme bei Autismus-Spektrum-Störungen. In: Kindheit und Entwicklung, 21, H. 2, S. 81-89.
- Preißmann, C. (2012): Asperger – Leben in zwei Welten. Betroffene berichten: Das hilft mir in Schule, Beruf, Partnerschaft und Alltag. Stuttgart: Trias Verlag.
- Preißmann, C. (2015): Gut leben mit einem autistischen Kind: Das Resilienz-Buch für Mütter. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Preißmann, C. (2017): Autismus und Gesundheit. Besonderheiten erkennen – Hürden überwinden – Ressourcen fördern. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Remschmidt, H. (2008): Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München: Verlag C. H. Beck.
- Remschmidt, H. (2012): Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München: Verlag C. H. Beck.
- Remschmidt, H. et al. (2012): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber.

- Remschmidt, H./Kamp-Becker, I. (2006): Asperger-Syndrom. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rickert-Bolg, W. (2017): Autismus verstehen – Autistische Symptome als Bewältigungsstrategie für eine abweichende kognitive Informationsverarbeitung. In: Rittmann, B./Rickert-Bolg, W. (Hrsg.): Autismus-Therapie in der Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 15-27.
- Riedel, A. (2015): Differentialdiagnostik (Differentialdiagnose). In: Theunissen, G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 103-104.
- Rollett, B./Kastner-Koller, U. (2011): Praxisbuch Autismus für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. München: Urban & Fischer.
- Rosenkranz, T. (1998): Familienentlastung. Dienste für Familien mit behinderten Angehörigen unter besonderer Berücksichtigung der Lebens- und Alltagssituation der Eltern. Linz: edition pro mente (Hochschulschrift).
- Sander, A. (2006): Interdisziplinarität in einer inklusiven Pädagogik. Vortrag an der Universität in Luxemburg am 12. Oktober 2006. In: [http://ances.lu/attachments/083\\_Sander\\_Inklusionsp%C3%A4dagogik\\_12-10-2006.pdf](http://ances.lu/attachments/083_Sander_Inklusionsp%C3%A4dagogik_12-10-2006.pdf) [16.04.2017].
- Schirmer, B. (2006): Elternleitfaden Autismus. Wie Ihr Kind die Welt erlebt. Mit gezielten Therapien wirksam fördern. Schwierige Alltagssituationen meistern. Stuttgart: TRIAS.
- Schmidt, P. (2015): Beziehungsstörungen. In: Theunissen, G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 78-79.
- Schriber, R. et al. (2014): Personality and Self-Insight in Individuals with Autism Spectrum Disorder. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122539/> [19.05.2018].
- Schubert, H. (2008): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Beispiele. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schuppler, P. (2017): Historische Entwicklung der Frühförderung für Kinder mit Sehbehinderung oder Blindheit. Graz. In: [http://www.odilien.at/fileadmin/user\\_upload/Bilder/Bildung/Fruehfoerderung/Historische\\_Entwicklung\\_der\\_Fruehfoerderung\\_fuer\\_Kinder\\_mit.pdf](http://www.odilien.at/fileadmin/user_upload/Bilder/Bildung/Fruehfoerderung/Historische_Entwicklung_der_Fruehfoerderung_fuer_Kinder_mit.pdf) [04.10.2017].

- Schwalb, H./Theunissen, G. (2012): Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Schweitzer, J. (1998): Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Seckinger, M. (2015): Kooperationen in Netzwerken Früher Hilfen. In: Sozial Extra, 39, H. 1, S. 45-47.
- Sinzig, J. (2015): Autismus-Spektrum-Störung. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 163, H. 7, S. 673-680.
- Sommerauer, M./Sommerauer, C. (2015): Spielverhalten. In: Theunissen, G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 347-349.
- Sozialbericht (2012): Sozialbericht 2011-2012. Amt der Steiermärkischen Landesregierung. Abteilung 11 – Soziales. In: [http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11915342\\_5339/fd2ae0ea/SB11\\_12.pdf](http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11915342_5339/fd2ae0ea/SB11_12.pdf) [11.03.2017].
- Speck, O. (1998): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Speck, O. (2008): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- StBHG (2017): Gesamte Rechtsvorschrift für Steiermärkische Behindertengesetz. Fassung vom 21.11.2017 In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/LrStmk/20000434/StBHG%2c%20Fassung%20vom%2021.11.2017.pdf> [21.11.2017].
- Stimmer, F. (2006): Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Theunissen, G. (2015): Empowerment. In: Theunissen, G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 117-119.
- Theunissen, G./Paetz, H. (2015): Autismus-Spektrum. In: Theunissen, G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 41-44.
- Thimm, W. (2005): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zur Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

- Thimm, W. et al. (1997): Quantitativer und qualitativer Ausbau ambulanter Familienentlastender Dienste (FED). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Thimm, W. et al. (2005): Das Normalisierungsprinzip – Vorüberlegungen für pädagogische und sozialpolitische Konsequenzen (1985). In: Thimm, W. (Hrsg.): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zur Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 89-108.
- Thurmair, M./Naggl, M. (2010): Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. München: Reinhardt-Verlag.
- UN-BRK (2016): UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll – Neue deutsche Übersetzung. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. In: [https://www.sozialministerium.at/site/Service\\_Medien/Infomaterial/Downloads/UN\\_Behindertenrechtskonvention](https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/UN_Behindertenrechtskonvention) [13.02.2018].
- van Santen, E./Seckinger, M. (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Vogele, K. (2015): Exekutive Funktion. In: Theunissen G. et al. (Hrsg.): Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 132-133.
- von Kardorff, E. (1998): Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkung zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: Röhrle, B. et al. (Hrsg.): Netzwerkintervention. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 203-222.
- Wachtel, P./Wittrock, M. (1990): Aspekte der Kooperation von Grundschullehrern und Sonderschullehrern. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 41, H. 4, S. 263-271.
- Watzlawick, P. (2014): Die Axiome von Paul Watzlawick. In: <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html> [20.02.2018].
- Wendt, W. (2015): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Zirfas, J. (2014): Norm und Normalität. In: Wulf, C./Zirfas, J. (Hrsg.): Handbuch Pädagogische Anthropologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 675-685.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kooperationschnittstellen .....	43
Abbildung 2: Darstellung der StBHG-Leistungen .....	63
Abbildung 3: Beschreibung der Fachkräfte.....	86
Abbildung 4: Beschreibung der Eltern.....	86
Abbildung 5: Allgemeines inhaltliches Ablaufmodell.....	94
Abbildung 6: Ablaufmodell inhaltliche Strukturierung .....	96
Abbildung 7: Kooperationsmöglichkeiten der Fachkräfte .....	106
Abbildung 8: Häufigkeiten der Kooperationen.....	108
Abbildung 9: KooperationspartnerInnen der ExpertInnen.....	111
Abbildung 10: Häufigkeiten der Kooperationen von externen Fachkräften mit oder ohne Eltern .....	114
Abbildung 11: Kooperation zwischen Eltern und Fachkräften .....	135

## Abkürzungsverzeichnis

ABA	Applied Behavior Analysis/Angewandte Verhaltensanalyse
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
BMFSFJ	Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association/Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen
HPK	Heilpädagogischer Kindergarten
ICD	International Classification of Diseases der WHO/Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters
IZB-Team	Integrative Zusatzbetreuung im Kindergarten
LEVO-StBHG	Leistungs- und Entgeltverordnung des Steiermärkischen Behindertengesetzes
LGBl.	Landesgesetzblatt
ToM	Theory of Mind
SHFI	Sozial- und Heilpädagogisches Förderungsinstitut Steiermark
SOKI	SonderkindergartenpädagogIn
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Communication handicapped Children
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# **Anhang**

Anhang A:	Leitfaden für Interviews: ExpertInnen
Anhang B:	Berufsbezogene Daten: ExpertInnen
Anhang C:	Leitfaden für Interviews: Familie
Anhang D:	Soziodemografische Daten: Familie
Anhang E:	Einwilligungserklärung
Anhang F:	Elternbrief
Anhang G:	Kategoriensystem: Perspektive Fachkräfte
Anhang H:	Kategoriensystem: Perspektive Familie
Anhang I:	Ergebniskategorien der Zusammenfassung

## Anhang A: Leitfaden für Interviews: ExpertInnen

---

### Vorbemerkung

- Vorstellung meiner Person und der Masterarbeit
- Erläuterung und Übergabe der Einwilligungserklärung

### **I. Einstiegsfrage**

- Um ein Bild von Ihrer Tätigkeit zu erhalten, bitte ich Sie, mir Ihr Berufsfeld zu beschreiben.

### **II. Motivation**

- Was hat Sie motiviert, mit Personen mit Autismus-Spektrum-Störung zu arbeiten?
- Inwieweit sind Ausbildungen bei der Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Diagnose sinnvoll?

### *(Überleitung)*

- Haben Sie Möglichkeiten, sich mit anderen Personen auszutauschen?

### **III. Interdisziplinäre Teams**

- Sind Sie Mitglied eines interdisziplinären Teams?
  - Wenn ja: Beschreiben Sie mir bitte, welche Fachkräfte involviert sind?
  - Wenn nein: Können Sie sich vorstellen, in einem interdisziplinären Team zu arbeiten?

### **IV. Kooperation mit anderen Leistungsstrukturen**

- Inwieweit gibt es bestehende Kooperationen mit anderen Dienstleistungsstrukturen?
  - Wenn ja: Welche Institutionen kooperieren miteinander?

- Wenn nein: Wünschen Sie sich eine Kooperation mit Fachkräften anderer Institutionen? *Weiter mit Frage VI. auf Seite 2.*

### **1. Gestaltung von Kooperation**

- Wie gestaltet sich diese Kooperation?
- Können Sie mir ein Beispiel geben, wie ein derartiges Kooperationsgespräch verläuft?

### **2. Durchführung der Kooperation**

- Wer führt die Kooperation?

### **3. Umgang mit KooperationspartnerInnen**

- Wie würden Sie den Umgang der KooperationspartnerInnen untereinander beschreiben?

### **4. Inhalte der Kooperation**

- Können Sie mir etwas über die Themen der Kooperation erzählen?

### **V. HelferInnenkonferenz**

- Haben Sie schon einmal an einer HelferInnenkonferenz teilgenommen?
  - Wenn ja: Können Sie mir diesen Ablauf beschreiben?
  - Wenn nein: Inwieweit wäre eine HelferInnenkonferenz hilfreich für Ihr Handeln gewesen?

**Ab hier bei NEIN als Antwort bei Frage IV: Kooperationen mit anderen Leistungsstrukturen**

### **VI. Kooperation mit Eltern**

- Inwieweit nehmen die Eltern in dem Kooperationsprozess eine tragende Rolle ein?

## **VII. Kompetenzen der KooperationspartnerInnen**

- Welche Aspekte spielen für eine gelingende Kooperation eine Rolle?

## **VIII. Finanzierung der Kooperation**

- Wie ist die Finanzierung der Kooperation gedeckt?

## **IX. Aspekte der Kooperation**

- Welche Vorteile sehen Sie durch die Kooperation mit anderen Fachkräften?
- Welche Herausforderungen entstehen bei der Kooperation zwischen den Fachkräften?
- Welche Auswirkungen hat eine gelungene Kooperation für die Familie/das Kind aus Ihrer Sicht?

## **X. Zukunft**

- Welche Ideen und Verbesserungsvorschläge haben Sie, um eine gelungene Kooperation zu erreichen?
- Was wünschen Sie sich in Bezug auf die Kooperation mit Fachkräften anderer Institutionen?

## Abschluss

- Gibt es noch offene Fragen an mich?

**DANKE** für das Gespräch und Ihre Zeit!

## **Anhang B: Berufsbezogene Daten: ExpertInnen**

---

### **XI. Berufsbezogene Daten: ExpertInnen**

1. Welche Tätigkeit üben Sie aus?

---

2. Wie lange sind Sie bereits in diesem Bereich tätig?

---

3. Seit wann arbeiten Sie mit Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung?

---

4. Wie viele Familien mit Angehörigen mit Autismus-Spektrum-Störung betreuen Sie derzeit?

---

5. Welches Alter haben die betroffenen Personen?

---

6. Welche Ausbildungen bzw. Weiterbildungen haben Sie gemacht?

---

Vielen Dank!

## Anhang C: Leitfaden für Interviews: Familie

---

### Vorbemerkung

- Vorstellung meiner Person und der Masterarbeit
- Erklärung und Übergabe der Einwilligungserklärung

### **I. Einstiegsfrage**

- Um einen Einblick in Ihren Alltag zu erhalten, bitte ich Sie, mir eine „normale“ Woche zu beschreiben.

### *(Überleitung)*

- Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, sich mit anderen Personen auszutauschen?

### **II. Kooperation zwischen Eltern und Fachkräften**

- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und den einzelnen Fachkräften?
- Beschreiben Sie mir bitte, wie Sie sich eine Kooperation mit anderen Disziplinen vorstellen?

### **III. Kooperation zwischen den Fachkräften**

- Bei Ihnen sind unterschiedliche Fachkräfte (TherapeutInnen/FED/ etc.) in der Familie. Inwieweit sind Sie damit einverstanden, dass die einzelnen Fachkräfte miteinander kooperieren?
- Inwieweit nehmen Sie als Mutter/Vater eine tragende Rolle im Kooperationsprozess ein?
- Wenn nein: Wünschen Sie sich eine Kooperation mit Fachkräften anderer Institutionen? *Weiter mit Frage V. auf Seite 2.*

## **1. Gestaltung der Kooperation**

- Können Sie mir ein Beispiel geben, wie ein derartiges Kooperationsgespräch verläuft?

## **2. Durchführung der Kooperation**

- Wer führt die Kooperation?

## **3. Umgang mit KooperationspartnerInnen**

- Wie würden Sie den Umgang der KooperationspartnerInnen untereinander beschreiben?

## **4. Inhalte der Kooperation**

- Erzählen Sie mir etwas über die Themen der Kooperation?

## **IV. Teilnahme an einer HelferInnenkonferenz**

- Haben Sie schon einmal an einer HelferInnenkonferenz teilgenommen?
  - Wenn ja: Können Sie mir diesen Ablauf beschreiben?
  - Wenn nein: Inwieweit wäre eine HelferInnenkonferenz für das Wohlbefinden Ihres Kindes hilfreich gewesen?

**Ab hier bei NEIN als Antwort bei Frage III: Kooperationen zwischen den Fachkräften**

## **V. Kompetenzen der KooperationspartnerInnen**

- Welche Aspekte spielen für eine gelingende Kooperation eine Rolle?

## **VI. Ausbildungen**

- Inwieweit brauchen die Fachkräfte Ausbildungen in diesem Bereich?

## **VII. Finanzierung der Kooperation**

- Inwieweit entstehen für Sie Kosten?

## **VIII. Aspekte der Kooperation**

- Welche Vorteile sehen Sie durch die Kooperation mit anderen Fachkräften?
- Welche Herausforderungen entstehen bei der Kooperation zwischen den Fachkräften und Ihnen?
- Welche Auswirkungen hat eine gelingende Kooperation für Ihre Familie bzw. für Ihr Kind?

## **IX. Zukunft**

- Inwieweit haben Sie die Kooperation als gelungen erlebt?
- Welche Ideen und Verbesserungsvorschläge haben Sie, damit eine Kooperation gelingen kann?

## Abschluss

- Gibt es noch offene Fragen an mich, die das Thema betreffen?

**DANKE** für das Gespräch und Ihre Zeit!

## **Anhang D: Soziodemografische Daten: Familie**

---

### **X. Soziodemografische Daten: Familie**

1. Familienstand

---

2. Anzahl der Kinder

---

3. Diagnose des Kindes/der Kinder

---

4. Geschlecht des Kindes

0 männlich

0 weiblich

---

5. Alter des Kindes/der Kinder mit Autismus-Spektrum

---

Vielen Dank!

## Anhang E: Einwilligungserklärung

---

### Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Das Thema der vorliegenden Masterarbeit lautet „Kooperation als Unterstützungselement in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung“. Das Ziel der Untersuchung besteht darin, herauszufinden, ob und in welcher Weise eine Kooperation zwischen den im Steiermärkischen Behindertengesetz angegebenen Leistungsstrukturen stattfindet. Zusätzlich wird die Wahrnehmung der Eltern hinsichtlich des Kooperationsprozesses erfragt. Die Erhebung der Daten findet unter Verwendung eines ExpertInneninterviews basierend auf einem Leitfaden statt.

Die Interviewaussagen zur genannten Forschungsarbeit werden mit einem *Aufnahmegerät* aufgezeichnet und im Anschluss von der Interviewerin in Schriftform gebracht. Die Interviewerin trägt dafür Sorge, dass die erhobenen Daten *anonym* und *streng vertraulich* behandelt und nur zu dem vereinbarten Zweck verwendet werden. Um die Anonymisierung der Daten zu gewährleisten, werden jene Angaben, die zur Identifizierung Ihrer Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. Die Interviewaussagen werden lediglich in Ausschnitten zitiert. Des Weiteren werden die personenbezogenen Kontaktdaten des Interviews getrennt, für Dritte unzugänglich gespeichert und nach dem Abschluss des Masterstudiums gelöscht.

Sie nehmen *freiwillig* am Interview teil und können das Einverständnis jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteile zurückziehen.

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass Sie über den Zweck der Erhebung aufgeklärt wurden und erklären sich damit einverstanden, im Rahmen der genannten Masterarbeit an einem Interview teilzunehmen.

---

Ort, Datum

---

(Name)

InterviewpartnerIn

---

(Name)

Interviewerin

## Anhang F: Elternbrief

---

Liebe Eltern!

Im Rahmen meiner Masterarbeit am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaften der Karl-Franzens-Universität Graz führe ich zum Thema „Kooperation als Unterstützungselement in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung“ eine Forschungsstudie durch.

Ein Leben mit Angehörigen mit einer Autismus-Spektrum-Störung ist verbunden mit alltäglichen, finanziellen und organisatorischen Herausforderungen. Um den betroffenen Personen eine gesamtheitliche Entwicklung und Förderung zu ermöglichen, können einerseits im Bildungswesen und andererseits im außerschulischen Bereich unterschiedliche Unterstützungsangebote in Anspruch genommen werden. In meiner Arbeit ist vor allem der außerschulische Bereich mit den jeweiligen Angeboten (interdisziplinäre Frühförderung, therapeutische Maßnahmen, Familienentlastung, Freizeitassistenz) relevant. Mein Anliegen ist es, herauszufinden, ob und in welcher Weise die einzelnen Leistungsstrukturen miteinander kooperieren und inwieweit Sie als Elternteil in diesen Kooperationsprozess integriert sind. Aus diesem Grund sind mir Ihre Meinung, Ihre Erfahrung und Ihre Sichtweise besonders wichtig.

Die Befragung findet mittels eines Interviews statt, welches ungefähr 45 Minuten dauert. Ihre Daten werden anonym sowie vertraulich behandelt und nur in Ausschnitten in der Masterarbeit zitiert.

Ich würde mich freuen, wenn Sie in den nächsten zwei Wochen Zeit für ein Interview hätten.

### **Meine Kontaktdaten:**

Telefonnummer: XXXX/XXXXXXXX

E-Mail-Adresse: [Tanja.Reisinger@edu.uni-graz.at](mailto:Tanja.Reisinger@edu.uni-graz.at)

Ich bedanke mich bereits im Voraus.

Tanja Reisinger

## Anhang G: Kategoriensystem: Perspektive Fachkräfte

Hauptkategorie	Unterkategorie	Definition
HK1: Beschreibung der InterviewteilnehmerInnen	UK1: Daten zur Person UK2: Daten zur Betreuung UK3: Aus- und Weiterbildungen	
HK2: Motivation		In dieser Kategorie beschreiben die Fachkräfte ihre Motivation hinsichtlich der Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung
HK3: Möglichkeit zu einer Kooperation	UK1: Häufigkeit der Kooperation UK2: Inhalte der Kooperation	Das zentrale Thema in dieser Kategorie liegt darin, herauszufinden, ob die Fachkräfte eine Möglichkeit haben, sich mit anderen Personen auszutauschen.
HK4: Kooperation mit anderen Leistungsstrukturen	UK1: Inhalte der Kooperation UK2: KooperationspartnerInnen UK3: Kooperationsart UK4: Häufigkeit der Kooperation UK5: Rahmenbedingungen für eine Kooperation	Im Fokus steht das Zustandekommen einer Kooperation zwischen den unterschiedlichen Leistungsstrukturen. Dabei werden die jeweiligen KooperationspartnerInnen dargestellt und es wird auf die Inhalte, die Organisation und die Gestaltung von Kooperation eingegangen.
HK5: Kooperation mit den Eltern	UK1: Kooperationsprozess im häuslichen Umfeld UK2: Kooperation bei Therapiemaßnahmen	Die Frage nach der Teilhabe und Rolle der Eltern im Kooperationsprozess soll beantwortet werden. Außerdem soll die Notwendigkeit der Kooperation zwischen Eltern und Fachkräften dargestellt werden.
HK6: Teilnahme an einer HelferInnenkonferenz		An dieser Stelle wird überprüft, ob die Fachkräfte bereits an einer HelferInnenkonferenz teilgenommen und welche Erfahrungen sie gemacht haben.
HK7: Kompetenzen der KooperationspartnerInnen		Die Frage, die sich hier stellt, lautet: Welche Kompetenzen benötigen die einzelnen TeilnehmerInnen, damit eine gelingende Kooperation stattfinden kann?

HK8: Ausbildungen		Sind Ausbildungen in der Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung notwendig?
HK9: Finanzierung von Kooperation		Die Finanzierung der Kooperationszeiten und die Verrechnung sind weitere Punkte, die befragt werden.
HK10: Aspekte der Kooperation	UK1: Vorteile einer Kooperation UK2: Herausforderungen einer Kooperation UK3: Auswirkungen einer Kooperation	In diesem Punkt werden die Fachkräfte nach den Vorteilen und den Herausforderungen in einem Kooperations-gespräch befragt. Zusätzlich werden eventuelle Auswirkungen einer Kooperation für Kind und Familie erhoben.
HK11: Anregungen, Erwartungen		Die Vorstellungen und die Anregungen der jeweiligen Fachkräfte hinsichtlich einer gelingenden Kooperation werden abgefragt.

## Anhang H: Kategoriensystem: Perspektive Familie

Hauptkategorie	Unterkategorie	Definition
HK12: Kooperation zwischen Eltern und Fachkräften	UK1: KooperationspartnerInnen UK2: Rahmenbedingungen für eine Kooperation	Das zentrale Thema in dieser Kategorie ist die Möglichkeit, ob sich die Eltern mit anderen Personen (z. B. Team, Familie, FreundInnen) austauschen können.
HK13: Kooperation zwischen den Fachkräften		Das Interesse liegt hier auf der Kooperation zwischen den Eltern und den einzelnen Fachkräften sowie darin, welche externen Fachkräfte im familiären System und welche Rahmenbedingungen vorhanden sind.
HK14: Teilnahme an einer HelferInnenkonferenz		An dieser Stelle wird überprüft, ob sie als Eltern zu den HelferInnenkonferenzen eingeladen werden.
HK15: Kompetenzen der KooperationspartnerInnen	UK1: Respektvoller Umgang UK2: Verständnis für die Sorgen der Eltern UK3: Die Eltern als ExpertInnen UK4: Praktische Kompetenzen	Für ein gemeinsames Arbeiten sind bestimmte Kompetenzen notwendig. Welche Kompetenzen brauchen ExpertInnen folglich, um mit den Eltern gut kooperieren zu können?
HK16: Ausbildungen		Inwieweit sind Ausbildungen notwendig, um mit ihren Kindern zu arbeiten?
HK17: Finanzierung von Kooperation		Bei diesem Punkt wird nach der Finanzierung der Kooperation gefragt und ob die Eltern die Kosten dafür übernehmen müssen.
HK18: Aspekte der Kooperation	UK1: Vorteile einer Kooperation UK2: Herausforderungen der Kooperation UK3: Auswirkungen einer Kooperation	Diese Frage beschäftigt sich damit, inwieweit eine Kooperation Auswirkungen für ihr Kind und ihre Familie hat.
HK19: Anliegen, Erwartungen		Bei Gedanken, die Zukunft betreffend werden die Vorstellungen und die Wünsche der Eltern abgefragt.

## Anhang I: Ergebniskategorien der Zusammenfassung

Oberkategorien und Unterkategorien		
<b>Kooperationsmöglichkeiten</b>	privat	FreundInnen/bekannte Personen
	im Team	Teambesprechungen mit/ohne Fallbesprechungen
		Supervisionen
		KollegInnen in der Praxis
		KollegInnen in der gleichen Familie
		Vorgesetzte/Vorgesetzter
	externe Fachkräfte	Netzwerkgespräche
		HelferInnenkonferenzen
		Anwesenheit bei der Therapie
	der Eltern	Elterngespräche
		Anwesenheit bei der Therapie
		Austausch mit anderen Müttern/Eltern
		Einholung von Zweitmeinungen
	<b>Inhalte</b>	Vorüberlegungen
Überlegen, wer dabei sein muss		
Termine koordinieren		
Einladungen aussenden		
Veranstaltungsort klären		
Finanzierung		
im Team		Organisatorisches: interne Abläufe, Informationsweitergabe
		Besprechung der familiären Situation
		Klärung der Arbeitsschwerpunkte & Therapieinhalte
		Stärkung der eigenen Handlungsweisen durch Rat im Umgang mit den Betroffenen und bei Herausforderungen
externe Fachkräfte		Kennenlernen der einzelnen HelferInnen inklusive ihrer Arbeitsweisen und Perspektiven
		Informationsweitergabe durch Situationsbeschreibung (die Fortschritte, die Herausforderungen, das Verhalten, aktuelle Schwerpunkte, die Ziele)
		Analyse und Bearbeitung der momentanen Thematik
		Planung von Fördermaßnahmen und Interventionen
		Erarbeitung von gleichbleibenden Strukturen bei der Arbeit mit dem Kind
		Übernahme von Handlungsmethoden
		Mitarbeit der Eltern, des Kindergartens und der Schule besprechen

		Vereinbarungen treffen
		Weitergabe der Informationen an die Eltern
	Eltern	Wissenserweiterung
		Informationseinholung
		Weitergabe von Informationen findet über die Mutter statt
		Aufklärung anderer Personen über die Diagnose
<b>Gestaltung</b>	Art	persönliche Treffen
		telefonische Treffen
	Häufigkeit	Einsatz von Kooperationsinstrumenten wie E-Mail, WhatsApp, Verhaltenskalender
		regelmäßige Treffen
		HelferInnenkonferenzen (mit Eltern)
		Treffen ohne Eltern
	Kooperationsbasis	Respekt und Wertschätzung
		Transparenz, Klarheit
		Vertrauensbasis
		Offenheit gegenüber neuen Perspektiven und Arbeitsweisen
		Zuhören
		Reflexionsfähigkeit
		Konsensfähigkeit
		Fachwissen
		professionelle Herangehensweise
		Verständnis für die Situation
lösungsorientiertes Arbeiten		
Anerkennung des ExpertInnenstatus der Eltern		
Bedürfnisse, Wünsche und Perspektiven der Eltern erkennen		
<b>Ausbildung</b>		unbedingt notwendig
		Fachwissen
		Methodenwissen
		Gefahr, dass Potenzial verloren geht
<b>Vorteile</b>		Wissenserweiterung
		Erhalt von Informationen
		Klarheit über Verhaltensweisen des Kindes
		Einsetzbarkeit von Kooperationsinstrumenten
<b>Herausforderungen</b>	Kind	Hierarchien bzgl. der Hauptbezugsperson in KIGA/Schule
	Eltern	Kooperationsverweigerung seitens der Institutionen
		Hierarchiegefälle zwischen Dienstleistungsanbietern und Eltern

		Verwendung von Fachtermini (Mutter)	
		Kontrollverlust (Inhalte, Entscheidungen)	
		Angst vor der Offenbarung von Familiengeheimnissen	
		Finanzierung, teilweise Kostenübernahme von den Eltern	
	Fachkraft	Terminfindung	
		fehlende Auseinandersetzung mit der Thematik	
		verschiedene Perspektiven der einzelnen Disziplinen	
		unterschiedliche Therapieansätze	
		Kooperationsverweigerung seitens der Dienstleister/ Bildungsanbieter oder der Eltern	
		Konkurrenz zwischen den Dienstleistern	
		Hierarchiegefälle zwischen den Dienstleistern	
<b>Aus- wirkungen</b>	Kind	Fortschritte in der Entwicklung	
		Erlernen der Selbstständigkeit	
		Übernahme des Erlernten in unterschiedliche Settings	
		Förderung kann nur gelingen, wenn alle nach einem ähnlichen System arbeiten	
	Eltern	Stärkung der Eltern	
		Eltern fühlen sich ernst genommen	
		Entlastung der Eltern	
		Aneignung von Wissen gibt Sicherheit	
		Übernahme von Handlungsmethoden	
			Aneignung von Methoden im Umgang mit ihrem Kind
	Fachkräfte	am gleichen Wissensstand	
		einheitliche Informationen	
		Übernahme von Handlungsmethoden	
gleiche Zielsetzungen			
<b>Anregungen, Erwartungen</b>		Motivation und Bereitschaft zur Kooperation	
		die Verdeutlichung der Notwendigkeit und Wichtigkeit von Kooperationen in den unterschiedlichen Settings	
		Verpflichtung zur Kooperation	
		regelmäßige Treffen	
		gezielte Kooperation mit guter Kommunikationsbasis	
		Respektvoller und wertschätzender Umgang	
		Ressourcen bereitstellen (Ausbildung, Finanzierung)	