

Autorin: Magdalena Hochegger, BA

## ***Autismus und Klettern***

### **Masterarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades

*Master of Arts*

in der Studienrichtung Sozialpädagogik

eingereicht an der

Universität Graz

Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftliche Fakultät

Gutachter: Univ.-Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

**2024**

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen Eltern und meiner Familie Danke sagen, die stets an mich geglaubt haben und mich finanziell sowie emotional während dieses Weges unterstützt haben!

Ein besonderer Dank geht auch an Dominik und Julia für ihre wertvollen Ratschläge, ihr offenes Ohr und mitfühlendes Verständnis. Ohne Euch hätte ich nicht das Durchhaltevermögen besessen, diesen Weg zu vollenden!

Des Weiteren möchte mich bei meinen Arbeitgeberinnen von LA VIDA bedanken, die mir die Möglichkeit gegeben haben, meine Masterarbeit abzuschließen und mich tatkräftig bei meinem Vorhaben unterstützt haben!

Außerdem möchte ich mich bei meinem Betreuer Univ.-Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner bedanken, welcher mir die Angst vor diesem Projekt genommen, meinen Schreibprozess begleitet hat und stets zur Stelle war, sobald ich Hilfe benötigte.

Zu guter Letzt, möchte ich mich bei allen Klienten und Klientinnen bedanken, die mich mit ihrer Begeisterung angesteckt haben und als Inspirationsquelle für diese Arbeit gedient haben, sowie meinen Interviewpartner\*innen, für ihre Zeit und Offenheit. Ohne Euch wäre diese Arbeit nicht zu jener geworden, die sie heute ist. Vielen Dank!

## Zusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit der Wirkung von therapeutischem Klettern auf Kinder und Jugendliche mit Autismus und dessen praktischer Anwendung in der Erlebnispädagogik und Ergotherapie. Während im theoretischen Teil der Arbeit Einblicke in die Begrifflichkeiten, Methoden und Schwerpunkte der Berufsgruppen gegeben werden, wird mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse von sechs leitfadengestützten Expert\*inneninterviews herausgefunden, wie mit autistischen Personen geklettert werden kann, auf was zu achten ist und wie der Unterricht methodisch als auch inhaltlich gestaltet werden kann. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich Klettern als therapeutisches Medium für die genannte Personengruppe eignet, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind und dabei von der Zielgruppe Freude und Motivation empfunden wird. Obwohl die Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen einige Herausforderungen mit sich bringt, betonen die Expert\*innen die positiven körperlichen, mentalen, psychischen und sozialen Effekte auf die Adressat\*innen. Hierbei werden besonders die Steigerung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenzen hervorgehoben.

## Abstract

This master's thesis deals with the effect of therapeutic climbing on autistic children and adolescents and its practical application in experiential education as well as in occupational therapy. The theoretical part of this paper concentrates on terminologies, methods and the thematic focus of the professional groups. In addition, a qualitative content analysis of six guided expert interviews is used to answer the question: How climbing with autistic people can be done, what is to be considered and how the lessons could be structured both methodically and content wise. The results illustrate that climbing can serve as a therapeutic medium for this target group once certain conditions are met and joy and motivation are experienced during the activity. Although working with this group of people presents some challenges, the experts emphasize the positive physical, mental, psychological and social effects on the recipients. In particular, increased self-esteem and increased social skills are highlighted.

# Inhalt

Danksagung .....	1
Zusammenfassung.....	2
Abstract .....	2
1. Einleitung.....	6
2. Autismus-Spektrum.....	8
2.1. Diagnostische Kriterien .....	9
2.1.1. Defizite in der sozialen Interaktion und Kommunikation (A).....	10
2.1.2. Repetitive stereotype Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten (B) .....	11
2.2. Wahrnehmungsbesonderheiten.....	13
2.2.1. Overload.....	15
2.3. Komorbiditäten .....	16
2.4. Autismus-spezifische Therapien .....	17
2.4.1. Bewegungstherapie bei Autismus.....	17
2.5. Forschung zu Bewegung und Autismus .....	24
3. Klettern.....	26
3.1. Kletterdisziplinen- .....	27
3.2. Bouldern.....	27
3.3. Sportklettern.....	29
3.4. Therapeutisches Klettern.....	30
3.4.1. Wirkfaktoren .....	32
3.4.2. Forschung zu therapeutischem Klettern.....	34
3.4.3. Erlebnisqualitäten des Kletterns .....	35
4. Erlebnispädagogik .....	42
4.1. Erlebnispädagogisches Klettern .....	45
4.2. Erlebnispädagogische Autismus-Therapie .....	46
4.3. Lernzonenmodell .....	48
5. Ergotherapie.....	51
5.1. Sensorische Integrationstherapie bei Autismus .....	52
6. Forschungsmethode.....	55
6.1. Untersuchungsdesign Expert*inneninterview.....	56
6.1.1. Samplingauswahl.....	56
6.1.2. Durchführung des Interviews.....	57
6.1.3. Transkription .....	57
6.2. Auswertungsinstrument Qualitative Inhaltsanalyse.....	58

6.2.1.	Codestammbaum .....	59
7.	Ergebnisse.....	61
7.1.	Klettern mit Autismus .....	61
7.1.1.	Zielgruppe.....	62
7.1.2.	Ziele .....	62
7.1.3.	Wirkebenen des Kletterns.....	65
7.1.4.	Voraussetzungen/Kontraindikationen .....	68
7.1.5.	Herausforderungen .....	71
7.1.6.	Eltern .....	75
7.2.	Berufsgruppen .....	76
7.2.1.	Rollen.....	77
7.2.2.	Auftrag.....	78
7.2.3.	Methoden.....	79
7.3.	Therapievorbereitung .....	84
7.3.1.	Therapieplanung .....	84
7.3.2.	Dauer .....	84
7.3.3.	Häufigkeit .....	85
7.3.4.	Betreungsverhältnis .....	85
7.3.5.	Visuelle Medien.....	86
7.3.6.	Kletterhalle .....	86
7.3.7.	Ruheorte.....	87
7.4.	Therapieinhalt.....	87
7.4.1.	Aufwärmen.....	88
7.4.2.	Boulderspiele.....	89
7.4.3.	Seilklettern .....	92
7.4.4.	Abschluss .....	93
7.4.5.	Alltagstransfer .....	94
7.5.	Nachbereitung .....	95
7.6.	Sicherheit .....	96
7.6.1.	Subjektive Sicherheit.....	96
7.6.2.	Objektive Sicherheit .....	99
8.	Diskussion.....	102
8.1.	Therapeutisches Klettern mit autistischen Kindern und Jugendlichen .....	102
8.1.1.	Wirkebenen .....	104
8.1.2.	Herausforderungen .....	104
8.1.3.	Rolle der Eltern.....	105

8.2.	Anwendung des Kletterns durch die Expert*innen .....	105
8.2.1.	Ziele .....	107
8.2.2.	Setting .....	107
8.2.3.	Methoden.....	108
8.2.4.	Therapievorbereitung .....	108
8.2.5.	Therapieinhalt .....	108
8.2.6.	Alltagsbezug .....	109
8.2.7.	Evaluation.....	110
8.2.8.	Sicherheit.....	110
8.2.9.	Beschränkung der Forschung.....	111
9.	Fazit .....	112
	Literatur.....	114
	Abbildungsverzeichnis.....	120
	Anhang .....	121

# 1. Einleitung

Autismus und Klettern – lässt sich die Diagnose mit jener Sportart vereinen? Gibt es Praktiker\*innen, die mit jener Zielgruppe arbeiten? Wie wirkt sich Klettern auf die Kinder und Jugendlichen aus?

All jene Fragen schwebten mir durch den Kopf, als ich mit meiner Masterarbeit startete. Als Klettertrainerin fiel mir schon beim ersten Kontakt mit einem autistischen Kind dessen Faszination für Klettergriffe und Begeisterung für die Kletterwand auf. Umso erstaunlicher fand ich es, dass es beinahe keine Forschung zu jenem Themengebiet gab. Obwohl in der Literatur von positiven Effekten von körperlicher Betätigung bei autistischen Personen gesprochen wird, findet Bewegung und Sport für autistische Menschen in der Forschung noch kaum Beachtung (vgl. Limberg 2012, S. 186). Betrachtet man die in dieser Arbeit aufgelisteten Wirkebenen von Klettern (oder Sport generell) überrascht es, dass nicht mehr Sportangebote für Kinder und Jugendliche im autistischen Spektrum angeboten werden, welche motorisch, mental, psychisch sowie sozial davon stark profitieren. Umso mehr Hoffnung macht es, dass sich Klettern nicht nur im Leistungs- und Breitensport, sondern auch im inklusiven Klettern immer größerer Beliebtheit erfreut und hoffentlich auch bald vermehrt die autistische Zielgruppe anspricht.

Verschiedene Fachdisziplinen haben den therapeutischen Charakter von Klettern für sich erkannt und eigens Modelle entwickelt. Dies kommt daher, dass Kletterbewegungen aufgrund ihrer intuitiven Bewegungsabfolge oft intuitiv und selbstverständlich ausgeführt werden, sowie das Intensitätsniveau individualisiert und situationsspezifisch angepasst werden kann, sodass es für eine breite Zielgruppe zugänglich wird. An der Kletterwand wird nicht nur der Bewegungsdrang gefördert, die intensive Auseinandersetzung mit fordernden Situationen, führt dazu, dass neue Lösungswege generiert werden, welche durch Reflexion in den Alltag übertragen werden können und den Selbstwert steigern. Die Adressat\*innen lernen einen verbesserten Umgang mit Angst, können ihre Grenzen erproben und entwickeln, insbesondere im Kleingruppenformat, soziale Kompetenzen.

Um Einblicke in das Feld des therapeutischen Kletterns bei jener Zielgruppe zu erlangen, werden jeweils drei Expert\*innen aus der Erlebnispädagogik sowie Ergotherapie anhand eines leitfadenorientierten Interviews zu ihrem Anwendungsgebiet befragt. Die Ergebnisse werden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, um jene Forschungsfragen zu beantworten:

## **1. Warum eignet sich therapeutisches Klettern für Kinder und Jugendliche mit Autismus?**

- Für wen eignet sich Klettern als therapeutisches Medium?
- Wie wirken sich die Klettereinheiten auf die Kinder und Jugendlichen aus?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein um mit jener Zielgruppe klettern gehen zu können und wann würden die Expert\*innen von Klettern abraten?

- Welche Herausforderungen ergeben sich in der Planung und Durchführung einer Klettereinheit und wie können diese bewältigt werden?
- 2. Wie wenden Praktiker\*innen aus Erlebnispädagogik und Ergotherapie therapeutisches Klettern bei Kindern und Jugendlichen im autistischen Spektrum an?**
- Welche Rolle nehmen die Expert\*innen in der Therapie ein?
  - Welche Ziele werden in den Klettereinheiten verfolgt/gesetzt?
  - Nach welchen Methoden wird gearbeitet?
  - In welchem Setting klettern die Expert\*innen und mit welcher Zielgruppe?
  - Wie bereiten die Expert\*innen den Inhalt der Therapieeinheit auf und welche Aktivitäten werden ausgeführt?
  - Wie wird Sicherheit im Rahmen des therapeutischen Kletterns hergestellt?

Mit dieser Arbeit soll eine praktische Auseinandersetzung des therapeutischen Kletterns bei Autismus gegeben werden, indem Ergotherapeut\*innen sowie Erlebnispädagog\*innen im deutschsprachigen Raum Einblicke über ihre Arbeitsweise und Schwerpunktsetzung geben. Zusätzlich soll sie das Potenzial von bewegungsorientierten Programmen bei Autismus aufzeigen und zur weiteren Forschung anregen.

Der erste Teilabschnitt befasst sich mit den theoretischen und begrifflichen Grundlagen dieser Arbeit, während sich der zweite Abschnitt mit der methodischen Vorgangsweise sowie den empirischen Ergebnissen und dessen Diskussion beschäftigt.

Zuallererst widmet sich diese Arbeit der autistischen Diagnosestellung und Symptomatik, deren komorbiden Erkrankungen sowie Wahrnehmungsbesonderheiten, um einen allgemeinen Einblick über die diverse Zielgruppe zu erlangen. Danach werden autismusspezifische Therapien aufgezählt, wobei hier noch genauer auf die Bewegungstherapie bei Autismus und deren Wirkeffekte in der Forschung eingegangen wird.

Das Kapitel 3 gibt Einblicke in das Feld des Kletterns, seine Disziplinen sowie dessen therapeutische Ausübung. Hierzu werden ebenfalls die verschiedenen Erlebnisqualitäten aufgelistet, welche die Basis für jede therapeutische Klettereinheit darstellen.

In den Kapiteln 4 bis 5 wird ein grober Überblick über die Berufsgruppen der Erlebnispädagogik und Ergotherapie gegeben, auf deren inhaltliche Schwerpunkte eingegangen und versucht, diese auf die autistische Zielgruppe zu übertragen.

Im Kapitel 6 wird das Forschungsvorhaben näher beleuchtet und die Methodik sowie Auswertung beschrieben, während im Kapitel 7 die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt und im Kapitel 8 diskutiert, sowie die Forschungsfragen beantwortet werden. Letztendlich wird im Kapitel 9 ein zusammenfassendes Fazit erstellt.

## 2. Autismus-Spektrum

„Autismus“ wird von dem griechischen Wort „autos“ abgeleitet und lässt sich ins Deutsche mit „Selbstbezogenheit“ übersetzen. Die Grundlagen der heutigen Forschung resultieren aus Eugen Bleuers (1911) Beschreibungen zu damals noch schizophrenen Patient\*innen, Leo Kanners (1942) Arbeit mit entwicklungsverzögerten Kindern und Hans Asperger (1942) – welcher das Asperger-Syndrom bei Kindern und Jugendlichen entdeckte (vgl. Theunissen 2021a, S. 13; Held 2020, S. 15).

Mittlerweile fallen 0,9-1,1% der Bevölkerung in das autistische Spektrum, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen (vgl. Thimme/Deimel/Hölter 2021, S. 339). Nach vielen Irrtümern über die Entstehung der Diagnose, steht heute fest, dass es sich bei Autismus um eine neurologische Entwicklungsstörung handelt, welche in der frühen Kindheit ausbricht und eine lebenslange Beeinträchtigung zur Folge hat. Familienuntersuchungen und Zwillingsstudien dienen als Beleg für die Ansicht, dass Autismus eine genetisch bedingte, neurobiologische Erkrankung ist, für welche bis zu 20 Gene verantwortlich sein können. Die Hirnentwicklung ist in seiner Größe und Funktion der verschiedenen Areale verändert (vgl. Mueller 2023, o.S.; Thimme et al. 2021, S. 34). Die Erforschung der biologischen Merkmale steckt allerdings noch in den Kinderschuhen (vgl. Nass/Hammer 2021, S. 146).

Es zeigen sich neuropsychologische Auffälligkeiten in den exekutiven Funktionen, der zentralen Kohärenz, der Theory of Mind und in der Fähigkeit zur Imitation. Betroffene haben Schwierigkeiten, Planungsprozesse zu organisieren, auszuführen oder zu strukturieren und flexibel auf Veränderungen zu reagieren (Exekutive Funktionen). Eindrücke aus der Umgebung und den eigenen Sinnen werden im Prozess der Wahrnehmung nicht ausreichend gefiltert. Die Reizfilterung im Gehirn ist entweder über- oder unterorganisiert, weswegen kontextgebundene Informationen oft nicht sinnzusammenhängend und nur bruchstückhaft erfasst werden können (Zentrale Kohärenz). Es liegen Defizite in der Wahrnehmung, Perspektivenübernahme und Antizipation von eigenen und fremden Gefühlen, Gedanken oder Handlungen (Theory of Mind) sowie in der Nachahmung von Handlungen oder Gesten (Imitationsfähigkeit) vor (vgl. Thimme et al. 2021, S. 340f.).

Hierbei gilt klarzustellen, dass autistische Menschen genauso viele Emotionen empfinden können, wie nicht-autistische Menschen. Vielmehr stellt sie die Deutung und der Umgang von komplexen Emotionen vor eine Herausforderung, welche mit Hilfe von verbaler Unterstützung gut verarbeitet werden können (vgl. Theunissen 2021a, S. 30f.). Autistischen Menschen die alleinige Verantwortung für soziale und interaktionelle Schwierigkeiten zu geben, wäre allerdings nicht rechtens. Theunissen (2021a) spricht von einem doppeltem Empathie-Problem, denn *„[t]atsächlich fällt es nicht-autistischen Personen sehr oft schwer, sich in das Denken und Handeln von Autist\*innen hineinzusetzen und die Bedeutung ihres Verhaltens nachzuvollziehen“* wohingegen *„viele autistische Personen im Zusammensein*

*mit anderen autistischen Menschen ein hohes Maß an sozialer Interaktion und Kommunikation“* zeigen (ebd., S. 20).

Betroffene lehnen defizitorientierte Begrifflichkeiten wie „Autismus-Spektrum-Störung“ oder „Mensch mit Autismus“ ab und plädieren für die Wordings „Autismus“, „Autismus Spektrum“ oder auch „autism spectrum condition“ (vgl. Feschin/Theunissen 2018, S. 22). Aus ihrer Sicht ist Autismus keine Erkrankung, die es zu heilen gilt, sondern eine Variation des menschlichen Seins, die bei ca. einem Prozent der Weltbevölkerung auftritt. Sie kritisieren den defizitorientierten Blick der Diagnose-manuale und fordern, positive Eigenschaften im Zusammenhang mit Autismus wie *„Detailwahrnehmung, Denken in Bildern oder Mustern, herausragende (fotografische) Gedächtnisleistungen sowie spezifische Stärken wie Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit, Durchhaltevermögen, Regelbewusstsein, Kreativität und Gerechtigkeit“* mehr in den Raum zu rücken (ebd., S. 22). In Betrachtung dieses Gesichtspunktes, werden oben angeführte, defizitorientierte Begrifflichkeiten so gut es geht vermieden und die nachfolgenden Diagnosekriterien der Autismus-Spektrum-Kondition beschrieben.

## 2.1. Diagnostische Kriterien

Bernard-Opitz (2020) bezeichnet die diagnostischen Kriterien als einen *„work in progress“*, welche sich *„dem jeweiligen Wissens- und Forschungsstand“* anpassen (ebd., S. 20). Bis jetzt wird eine Diagnose nur anhand von Verhaltensbeobachtungen und gesammelten Interviewdaten erschlossen (vgl. Nass/Hammer 2021, S. 146; Schneider 2015, S. 3). Die Heterogenität des autistischen Erscheinungsbildes erschwert eine Vereinheitlichung der Diagnosestellung: *„Es gibt nicht ‚den Autisten‘, sondern sehr viele unterschiedliche Menschen, die von Autismus in sehr unterschiedlicher Weise betroffen sein können“* (Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 28).

*„Wie der Begriff ‚Haus‘ eine ganze Vielfalt von Gebäuden miteinschließt (z.B. Hochhaus, Bungalow, Villa, Hütte), so umfasst der Begriff ‚Autismus‘ viele Varianten und Facetten. Ein Mensch mit Autismus kann ein selbstständig lebender Arbeiter, Angestellter, freischaffender Künstler oder Akademiker sein, er kann aber auch ein Mensch sein, der nicht sprechen kann, nie gelernt hat, sich selbst zu versorgen und der lebenslang Hilfe benötigt“* (Bernard-Opitz 2020, S. 20).

Als Leitfaden zur Diagnostik wird im deutschsprachigen Raum bis dato das ICD-10 genutzt, da sich das im Jahr 2022 erschienene ICD-11 noch in der Entwurfsfassung befindet. Für die Anwendung des ICD-11 ist eine Übergangsfrist von mindestens fünf Jahren vorgesehen. Im Vergleich dazu findet im angloamerikanischen Raum das DSM V häufiger Anwendung (vgl. BfAM 2024, o.S.; Bernard-Opitz 2020, S. 20).

Im ICD-10 wird zwischen frühkindlichem Autismus, Asperger-Syndrom und Atypischem Autismus unterschieden, wohingegen diese Diagnosen vom DSM V als einheitliches Störungsbild zusammengefasst und nach Schweregrad der ausgeprägten Symptome differenziert werden. Dies erweist sich als hilfreich, da die Schwere der Störung nicht nur zwischen den Personen, sondern auch in den verschiedenen Lebensphasen variiert (vgl. Schneider 2015, S. 7).

Auch das ICD-11 verabschiedet sich von den einstigen Ausprägungsformen des ICD-10 und fasst die Kategorien unter der Begrifflichkeit des „Spektrums“ zusammen. Stattdessen werden die Kategorien Intelligenz und Sprachfähigkeit als Unterscheidungsmerkmale herangezogen (vgl. Mueller 2023, o.S.). In dieser Arbeit werden die Wissensinhalte des DSM V verwendet, da die dimensionale Betrachtung vom autistischen Spektrum mit der Zuschreibung von stark und schwach ausgeprägten Symptomen, im Vergleich zur kategorialen Einteilung des ICD-10, für die Bearbeitung der empirischen Fragestellung als geeigneter, praxis- und personenbezogener erachtet wird und sich das ICD-11 derzeit noch in der Bearbeitungsphase befindet.

Erstmalig wurde die Diagnose Autismus im DSM V um den Begriff des Spektrums erweitert, welches die Symptome als Ausprägung eines Kontinuums betrachtet, die sich auch während der individuellen Lebensspanne stets verändern können. Dieses Kontinuum reicht von leichten sozialen Defiziten bis hin zu stark ausgeprägten Symptomen (vgl. Bernard-Opitz 2020, S. 19). Es ist eine Art Sammelbegriff, *„um eine Gruppe von Störungen zu beschreiben, die durch eine Vielzahl an Symptomen, klinischen Manifestationen, Erscheinungsbildern im Alltag und Schweregraden charakterisiert sind“* (Thimme 2020, S. 15). Trotz der zu beobachtenden Vielfalt können Gemeinsamkeiten im klinischen Erscheinungsbild festgestellt werden. Das autistische Spektrum umschließt zwei Kernsymptome, die von Person zu Person, aber auch je nach Alter unterschiedlich ausgeprägt sein können. Sie umfassen Defizite in der sozialen Interaktion und Kommunikation (A) als auch repetitive stereotype Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten (B) (vgl. Schneider 2015, S. 12-14).

### 2.1.1. Defizite in der sozialen Interaktion und Kommunikation (A)

Unter sozialer Interaktion ist das wechselseitige Beziehen von sozialen Akteur\*innen gemeint (vgl. Auhagen 2000, o.S.). Betroffenen fällt es schwer, Interaktionen in zwischenmenschlichen Beziehungen zu initiieren, aufrechtzuerhalten oder zu gestalten (vgl. Vogeley/Sinzig/Freitag 2016, S. 13). Defizite reichen von Anpassungsschwierigkeiten in sozialen Kontexten oder dem Schließen von Freundschaften, bis hin zu fehlendem Interesse an Peers (vgl. Theunissen 2021a, S. 15). Gespräche beziehen sich eher auf sachorientierte oder dinggeleitete Themen, während soziale oder emotionale Unterhaltungen auf weniger Interesse stoßen (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 13).

Als Kommunikation wird die Vermittlung von Informationen zwischen Sender\*innen und Empfänger\*innen verstanden (vgl. Röhner/Schütz 2012, S. 4). Defizite können in der verbalen, nonverbalen

und/oder paraverbalen Kommunikation vorliegen und von einer ungeschickten Taktung, einer mangelnden Deutungsfähigkeit von metaphorischer Sprache oder fehlendem Blickkontakt, bis hin zum Ausbleiben von verbaler und nonverbaler Kommunikation reichen (vgl. Vogeley et al. 2016, S. 13; Theunissen 2021a, S. 15).

Schon im Säuglingsalter bemerken Eltern einen verminderten sozial gesteuerten Blickkontakt ihres Kindes. Auch das soziale Lächeln, welches im Normalfall reaktiv auf das der Eltern folgt, ist verringert. Ebenso ist die Fähigkeit für das Herstellen und Reagieren auf „gemeinsame Aufmerksamkeiten“ beeinträchtigt. Das Explorationsverhalten ist sozial ungebunden. Während sicher gebundene Kinder in neuen Situationen den Blick zu ihren Bezugspersonen schweifen lassen, kann es passieren, dass Kinder mit Autismus in für sie neuen Situationen, ohne Rückversicherung, weglaufen (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 12f.). Auch im Spiel fehlt es an Imitations- und Als-ob-Spielen (vgl. Thimme et al. 2021, S. 338).

### 2.1.2. Repetitive stereotype Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten (B)

Unter eingeschränkten, repetitiven Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten sind gleichbleibende, sich wiederholende Handlungen gemeint, welche von Spezialinteressen, dem Wunsch nach routinierten Tagesstrukturierungen und einer starken Inflexibilität gegenüber Veränderungen begleitet werden (vgl. Vogeley et al. 2016, S. 13). Darunter fällt das sinnunzusammenhängende Wiederholen gehörter Wörter (Echolalie), die Erfindung neuer Wörter (Neologismus) oder die Verwendung der zweiten Person im Gespräch über sich selbst (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 15).

Stereotypien werden zur Selbststimulation für Stressabbau verwendet und gehen, im Kontrast zu Zwangsverhalten, mit einem angenehmen Gefühl einher (vgl. Theunissen 2021a, S. 25).

Häufig lassen sich Spezialinteressen für ungewöhnliche Objekte feststellen, welche mit übertriebener Intensität und Fixiertheit verfolgt werden (vgl. Thimme et al. 2021, S. 15f.). Diese speziellen Interessen werden allein wegen der Sache selbst ausgeführt und tragen zu einer besseren Lebensqualität bei. Außenstehende Personen sollten diesem Verhalten wertschätzend gegenüberstehen und nicht als dysfunktional betrachten (vgl. Theunissen 2021a, S. 25). Beispiele für spezielle Interessen aus der Praxis können z.B. Zugverbindungen, Entenarten, Sirenen, Tunnel etc. sein.

Routinen, Strukturen und Ordnung vermitteln Sicherheit und Vertrautheit, gehen jedoch gleichzeitig mit einem rigiden Verhalten und Inflexibilität einher. Der flexible Umgang mit neuen Situationen in einer undurchsichtigen Welt wird daher als wichtiges Lernfeld erachtet (vgl. ebd., S. 26).

Zumeist tritt ein vollständiges Störungsbild dann auf, sobald soziale Anforderungen die eigenen Fähigkeiten überschreiten und mit Leidensdruck sowie einer Beeinträchtigung der Tätigkeiten des alltäglichen Lebens einhergehen. Die genannten Symptome sollten bereits in früher Kindheiten auftreten (vgl. Theunissen 2021a, S. 16; Theunissen 2021b, S. 43f.).

Nachfolgend werden die diagnostischen Kriterien des DSM V zusammenfassend tabellarisch dargestellt:

<b>A</b>	Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion über verschiedene Kontexte hinweg (erforderlich 3/3)	Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit.
		Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, das in sozialen Interaktionen eingesetzt wird.
		Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und dem Verständnis von Beziehungen.
<b>B</b>	Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten (erforderlich 2/4)	Stereotype oder repetitive motorische Bewegungsabläufe, stereotyper oder repetitiver Gebrauch von Objekten oder der Sprache.
		Festhalten an Gleichbleibendem, unflexibles Festhalten an Routinen oder an ritualisierten Mustern verbalen oder nonverbalen Verhaltens.
		Hochgradig begrenzte, fixierte Interessen, die in ihrer Intensität oder ihrem Inhalt abnorm sind.
		Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize oder ungewöhnliches Interesse an Umweltreizen.
<b>C</b>	Die Symptome müssen bereits in der frühen Entwicklungsphase vorliegen.	
<b>D</b>	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	
<b>E</b>	Diese Störungen können nicht besser durch eine intellektuelle Beeinträchtigung oder eine allgemeine Entwicklungsverzögerung erklärt werden. Intellektuelle Beeinträchtigungen und ASD treten häufig gemeinsam auf.	

Abbildung 1: Gekürzte diagnostische Kriterien für das autistische Spektrum nach DSM V (Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 17)

Um die Verschiedenheit des Störungsbildes zu berücksichtigen, wird die erfasste Symptomatik auf ihren Schweregrad beurteilt und erhält einen dimensional Charakter (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 19). Die nachfolgende Tabelle gibt einen groben Überblick über die drei Schweregrade (1) Unterstützung erforderlich, (2) umfangreiche Unterstützung erforderlich und (3) sehr umfangreiche Unterstützung erforderlich.

Schweregrad	Soziale Kommunikation	Restriktive, repetitive Verhaltensweisen
(1) „Unterstützung erforderlich“	Die Einschränkungen in der sozialen Kommunikation verursachen ohne Unterstützung <b>bemerkbare Beeinträchtigungen</b> . Die Person hat Schwierigkeiten bei der Initiierung sozialer Interaktionen und es liegen einzelne <b>deutliche Beispiele</b> von unüblichen oder erfolglosen Reaktionen auf Kontaktangeboten anderer vor. Es besteht ein vermindertes Interesse an sozialen Interaktionen. Die Person ist z. B. in der Lage, in ganzen Sätzen zu sprechen und sich jemandem mitzuteilen, aber ihre Versuche zu wechselseitiger Konversation misslingen.	Die Unflexibilität im Verhalten führt zu <b>deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen in einem oder mehreren Bereichen</b> . Es bestehen Schwierigkeiten, zwischen Aktivitäten zu wechseln sowie Probleme in der Organisation und Planung, die die Selbstständigkeit beeinträchtigen.
(2) „umfangreiche Unterstützung erforderlich“	<b>Ausgeprägte Einschränkungen</b> in der <b>verbalen und nonverbalen</b> sozialen Kommunikationsfähigkeit. Die sozialen Beeinträchtigungen sind auch mit Unterstützung <b>deutlich</b> erkennbar. Es liegt eine reduzierte Initiierung von sozialen Interaktionen oder abnormale Reaktionen auf soziale Angebote vor. Eine Person spricht z. B. in einfachen Sätzen und die Interaktion beschränkt sich auf begrenzte Spezialinteressen.	Unflexibilität des Verhaltens oder andere restriktive / repetitive Verhaltensweisen treten so <b>häufig auf, dass der ungeschulte Beobachter diese wahrnimmt</b> , und sie beeinträchtigen das Funktionsniveau in <b>einer Vielzahl von Kontexten</b> . Die Person zeigt Unbehagen und/oder hat Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.
(3) „sehr umfangreiche Unterstützung erforderlich“	<b>Starke</b> Einschränkungen der <b>verbalen und nonverbalen</b> sozialen Kommunikationsfähigkeit verursachen <b>schwerwiegende funktionelle Beeinträchtigungen</b> , es liegt eine <b>sehr begrenzte Initiierung</b> sozialer Interaktionen und eine minimale Reaktion auf soziale Angebote von anderen vor. Die Person verfügt z. B. über wenige Worte verständlicher Sprache, initiiert nur selten Interaktionen. Die Person reagiert nur auf sehr direkte Kontaktaufnahme.	Unflexibilität des Verhaltens, extreme Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere restriktive / repetitive Verhaltensweisen <b>mit ausgeprägten Funktionsbeeinträchtigungen in allen Bereichen</b> . Die Person zeigt großes Unbehagen bzw. hat große Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.

Abbildung 2: gekürzte Einteilung der Schweregrade nach DSM V (Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 18)

## 2.2. Wahrnehmungsbesonderheiten

Um auf einen Reiz adäquat reagieren zu können, muss dieser angemessen wahrgenommen, im Gehirn verknüpft, gefiltert und bewertet werden (vgl. Miller 2020, S. 26). 85 bis 90 Prozent aller autistischer Personen haben Probleme bei der Filterung von Sinnesreizen, daraus resultiert, dass entweder „zu stark, zu schwach oder gar nicht auf sensorische Stimuli“ reagiert wird (ebd., S. 27). Die Fähigkeit zur Filterung von Reizen wird als **Modulation** verstanden. Diese Reaktion führt wiederum zu einer inadäquaten Bewertung der Situation (vgl. ebd., S. 25).

Sind die Filtersysteme im Gehirn zu aktiv und ist die Weiterleitung von Reizen verlangsamt, liegt eine **sensorischer Dormanz** vor. Es werden nur starke Reize zur Verarbeitung zugelassen. Das Gespür für den eigenen Körper ist herabgesetzt und sorgt für motorische Ungeschicklichkeit. Die Wahrnehmung von und Reaktion auf Veränderungen ist verzögert, das Verletzungsrisiko erhöht, wohingegen das Schmerzempfinden verringert ist. Personen mit sensorischer Dormanz haben einen geringen Muskeltonus, weswegen Bewegung für die Betroffenen mit großer Anstrengung einhergeht. Das Sättigungsgefühl ist verringert und Essen wird häufig als Energielieferant herangezogen (vgl. ebd., S. 30-33).

Im Vergleich dazu, arbeiten die Filtersysteme bei der **sensorischen Defensivität** zu wenig. Zu viele Reize rieseln auf die Wahrnehmung der Betroffenen ein. Berührungen, Licht oder Geräusche werden intensiver wahrgenommen und Schmerzen stärker empfunden. Der Muskeltonus ist erhöht und Bewegungen wirken abgehackt und ruckartig. Auch wenn objektiv kein Grund zur Panik besteht, befinden sich die Betroffenen in einer konstanten Kampf-oder-Flucht-Haltung. (vgl. ebd., S. 31f.). Der Körper ist

in Alarm-Bereitschaft, neue unberechenbare Situationen wirken bedrohlich und es wird mit Angst oder Wutausbrüchen reagiert. Routine, Rituale und Regeln geben Struktur und vermitteln Sicherheit. Außerdem haben jene Personen ein starkes Autonomiestreben. Im Spiel mit anderen Kindern nehmen sie oft die Rolle des Dirigierenden oder Spielbestimmenden ein, um Situationen für sich kontrollierbarer zu machen (vgl. ebd., 34ff.).

**Sensorische Regulationsprobleme** liegen dann vor, sobald auf dieselben Sinnesreize, unterschiedliche Reaktionen folgen. Beispielsweise ist für ein Kind mit auditiver Überempfindlichkeit Musik aus dem Radio kaum auszuhalten, schaltet er für sich selbst ein Lied ein, nimmt er diesen Reiz als besonders positiv wahr und „verschmilzt“ mit ihm (vgl. Theunissen 2021a, S. 91).

Betroffene haben zusätzlich Schwierigkeiten, „räumlichen oder zeitlichen Qualitäten von Berührung, Bewegung und Körperposition“ zeitgleich zu interpretieren (Bundy/Lane/Murray 2007 zit.n. Miller 2020, S. 27). Die Dysfunktion zwischen verschiedenen Reizen zu unterscheiden oder einen spezifischen Reiz herauszufiltern wird als **Diskriminationsstörung** verstanden. „Das kann sich sowohl auf einen einzelnen Sinnesbereich (z.B. Hören) als auch auf mehrere Sinne (z.B. Berührung, Körperlage und Balance) beziehen, die es zeitgleich zu erfassen gilt“ (Theunissen 2021a, S. 90). Dadurch können motorische Probleme in der Koordination von Grob- und Feinmotorik, Schwierigkeiten im Gleichgewicht oder in der Durchführung von Handlungsabläufen entstehen (vgl. ebd., S. 90f.).

„Über- und Unterempfindlichkeiten können sämtliche Wahrnehmungsbereiche betreffen und sie können parallel bei der gleichen Person bestehen, wobei häufig Variationen je nach Tagesform zu beobachten sind“ (Miller 2020, S. 29). Nachfolgend veranschaulicht Miller (2020) eine mögliche tabellarische Verteilung von Über- bzw. Unterempfindlichkeiten der verschiedenen Sinnesorgane:

Körperwahrnehmung	herabgesetzt
taktile Wahrnehmung	überempfindlich
auditive Wahrnehmung	überempfindlich
visuelle Wahrnehmung	überempfindlich
vestibuläre Wahrnehmung	überempfindlich
olfaktorische Wahrnehmung	überempfindlich
gustatorische Wahrnehmung	beides möglich
viszerale Wahrnehmung	herabgesetzt

Abbildung 3: Sinnesempfindsamkeiten bei Autismus (Miller 2020, S. 30)

Sensorische Über- bzw. Unterempfindlichkeiten können mit speziellen Stärken einhergehen, die sich für Betroffene vorteilhaft auswirken. Fähigkeiten, wie besonders detaillierte Wahrnehmung von Räumen, Gegenständen oder sozialen Situation sind ein Beispiel davon (vgl. Theunissen 2021a, S. 88). Die

intensive Reizwahrnehmung hat allerdings auch den Nachteil, dass autistische Personen sich von Reizen überflutet fühlen können.

### 2.2.1. Overload

Wird die Menge an Sinnesreizen als zu intensiv wahrgenommen, vermischen sich die verschiedenen Eindrücke zu einem chaotischen Haufen und der Stresspegel läuft über. Die Betroffenen fühlen sich von Reizen überflutet und reagieren mit Flucht. „Gelingt es ihm, einen ruhigen, bestenfalls auch kühlen und dunklen Ort zu finden, so besteht die Chance, dass er sich erholt und neue Kräfte mobilisiert“ (Miller 2020, S. 45). Was im Volksmund als „Reizüberflutung“ bezeichnet wird, ist im Fachjargon als Overload bekannt (vgl. ebd., S. 45).



Abbildung 4: Entstehung von Meltdown und Shutdown (Miller 2020, S. 47)

Zahlreiche Betroffene geben an, dass es für sie schwierig ist, eine solche Überlastungssituation frühzeitig zu erkennen und ihr entgegenzuwirken. In solchen Fällen führt der Overload zu einem Meltdown oder Shutdown. Ein Meltdown charakterisiert sich durch stark aggressives Verhalten. Für Beobachtende ähnelt er einem Wutanfall. Betroffene berichten von einer innerlichen „Explosion“, indem intensive Anspannung entladen wird. Sie verlieren die Kontrolle über sich selbst, und lassen ihre Wut an Gegenständen oder sich selbst aus (vgl. ebd., S. 45f.). Nach einem Meltdown oder auch direkt nach dem Overload folgt der Shutdown, in welchem sich die Betroffenen zurückziehen und Reize von außen nur mehr dumpf wahrnehmen. Sie zeigen keinerlei Reaktion auf äußere Geschehnisse und wirken vollkommen erstarrt. Der zuvor erlebten Reizüberflutung folgt Erschöpfung, welche in einem zwei bis sechsständigen Schlaf mündet (vgl. ebd., S. 46).

Je nach erlebter Reizintensität helfen kühle, dunkle und leise Orte, Eiswürfel oder kaltes Wasser, abgedunkelte Sonnenbrillen oder Gehörschutz sowie Tiefdruck-Decken oder -Westen (vgl. ebd., S. 49). Auch sich wiederholende stereotype Verhaltensweisen sind Hilfsmittel für internen Stressabbau. Wird ihnen diese Möglichkeit genommen, geraten sie umso schneller in einen höheren Erregungszustand (vgl. ebd., S. 48f.).

Die oft als überfordernd erlebte Reizumgebung, herausfordernde soziale Anforderungen, sowie das Unverständnis für autistische Personen durch das Umfeld führen zu einem erhöhten Stresspegel und verringerter Belastungsfähigkeit von autistischen Personen, welche wiederum mögliche komorbide Erkrankungen zur Folge haben könnte, die nachfolgend kurz umrissen werden.

### 2.3. Komorbiditäten

Gut zwei Drittel der Autist\*innen leidet unter einer Begleiterkrankung, wobei bei der Hälfte auch noch eine bzw. bei 19% eine zweite psychische Erkrankung diagnostiziert wird (vgl. Kamp-Becker 2016, S. 183). Darunter fallen vor allem Angststörungen, Depressionen, Zwangserkrankungen, ADHS, Schlaf- oder Essstörungen sowie Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 23; Preißmann 2017, S. 130). Aber auch *„Intelligenzminderungen, motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsprobleme, oppositionelles, aggressives und autoaggressives Verhalten, [...] Neben diesen psychiatrischen Symptomen können aber auch neurologische (z. B. Epilepsie), genetische (z. B. Fragiles-X-Syndrom, Angelman-Syndrom u. a.) oder Stoffwechselerkrankungen (z. B. Phenylketonurie, Lesch-Nyhan-Syndrom u. a.) komorbid vorliegen“* (Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 22). Die begleitende Intelligenzminderung (damit ist ein IQ unter 70 gemeint) wird als häufigste Begleiterkrankung diagnostiziert, laut Kamp-Becker und Bölte (2021) wären 40% aller Autist\*innen davon betroffen (vgl. ebd., S. 26). Wohingegen Preismann (2017) zu bedenken gibt, dass die Komplexität des Testes zu einer Verfälschung des IQs beitragen könnte, das Messinstrument nicht den wahren IQ der Proband\*innen messe und die Diagnose einer Intelligenzminderung demnach nichtzutreffend sein könnte (vgl. ebd., S. 131).

Als mögliche Gründe für die hohen Komorbiditätsraten könnten biopsychosoziale Risikofaktoren sowie zusätzlich gestellte Diagnosen sein, bei welchen die Symptome bereits durch die Autismus Diagnose erklärbar seien (vgl. Kamp-Becker 2016, S. 183). *„Daher ist im Einzelfall kritisch zu prüfen, ob tatsächlich eine über das bei Autismus-Spektrum-Störung zu erwartende Ausmaß hinausgehende Symptomatologie und somit tatsächlich eine zusätzliche, weitere Psychopathologie vorliegt“* (ebd., S. 183). In der therapeutischen Arbeit sollten Begleiterkrankungen unbedingt erfragt werden, da sie den Entwicklungsverlauf der Betroffenen und die therapeutischen Maßnahmen verändern bzw. beeinträchtigen können (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 24; Bernard-Opitz 2020, S. 28; Kamp-Becker 2016, S. 182).

## 2.4. Autismus-spezifische Therapien

Autismus ist eine genetisch bedingte, neurologische Erkrankung, dessen Ursache nicht behandelbar ist. Therapeutische Ansätze zielen daher auf eine individualisierte multidimensionale Behandlung der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds ab, um deren Lebensqualität zu verbessern (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 74).

Die Behandlung erfolgt symptom- und altersorientiert und setzt an den individuellen Kompetenzen an. Therapeutische Schwerpunkte werden unter anderem in der Verbesserung von sozialen Kompetenzen, der Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten, dem Umgang mit eigenen Emotionen, in Problemlöse- und Generalisierungsfertigkeiten sowie in den Fähigkeiten des alltäglichen Lebens gesetzt. Die Zielvorgabe soll sein, Symptome abzuschwächen und Fertigkeiten auszubauen, sodass die Betroffenen ein größtmöglich selbstständiges, sozial integriertes und glückliches Leben führen können und nicht, die Betroffenen, von deren Diagnose zu heilen (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 74; Thimme et al. 2021, S. 341).

Hilfen sollen ermutigend statt entmutigend sein und ressourcenorientiert wirken, statt Defiziten zu viel Raum zu geben (vgl. Nass/Hammer 2021, S. 147; Bernard-Opitz 2020, S. 32). Dennoch sollten Schwächen adäquat wahrgenommen und akzeptiert werden, um eine gelingende Inklusion zu ermöglichen (vgl. Nass/Hammer 2021, 152). Personen im autistischen Spektrum profitieren von kleinschrittigen Angeboten und einem strukturierten Rahmen, um Sicherheit und Vorhersehbarkeit zu vermitteln (vgl. ebd., S. 147). Hierbei sollten sich Therapeut\*innen und Pädagog\*innen an dem Leitsatz: „So viel äußere Strukturvorgabe wie nötig, so wenig wie möglich“ orientieren (Rickert-Bolg 2017, S. 30).

Neben verhaltenstherapeutischen Angeboten liegen auch eine Vielfalt an lernorientierten Programmen vor, wie „z.B. das *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)*, die *Angewandte Verhaltensanalyse (ABA)*, die *Alternative Kommunikation (PECS)* und die *Social Stories* von Carol Gray (2000)“ (Thimme et al. 2021, S. 341). Zusätzlich zu den klassisch verhaltenstherapeutischen oder medikamentösen Therapien, gibt es eine Vielzahl an spezialisierten Angeboten aus verschiedensten Berufsfeldern, wie z.B. der Ergotherapie, der Musiktherapie oder auch der Bewegungstherapie, welche nachfolgend näher beschrieben werden.

### 2.4.1. Bewegungstherapie bei Autismus

Durch bewegungsorientierte Programme können selbststimulierende, stereotype und aggressive Verhaltensweisen verringert, sowie motorische, kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten gefördert werden. Sie können soziale Teilhabe ermöglichen, das Selbstwertgefühl stärken und Lebensfreude wecken (vgl. Limberg 2012, S. 189). Ziele werden auf das Individuum, dessen Kompetenzen und

Förderbereiche zugeschnitten, sowie gemeinsam mit den Bezugspersonen und (je nach kognitiven Fähigkeiten) mit den Adressat\*innen getroffen (vgl. Thimme et al. 2021, S. 346). Im Fokus des Therapieprozesses stehen nicht nur die zu trainierenden Personen, sondern auch ihre Eltern. Diese sollten in der Planung oder durch Elterntrainings und Psychoedukation in den Therapieprozess miteinbezogen und auf autistische Besonderheiten sensibilisiert werden, um Erlerntes zuhause anwenden zu können (vgl. ebd., S. 358). Welche möglichen Zielsetzungen in der Bewegungstherapie entstehen können, wird nachfolgend aufgezeigt:

### Motorisch-sensorische Ziele

Motorisch-sensorische Ziele streben die **Verringerung** von **motorischen Schwächen** und **körperlichen Symptomen** an, um **individuelle Fähigkeiten** zu **fördern** und zu **aktivieren** (vgl. ebd., S. 344f.). Die Liste an körperbezogenen sensorischen Besonderheiten ist lang und kann unter anderem „*Störungen der Grob- und Feinmotorik, der Visuomotorik und einzelner koordinativer Fähigkeiten (z.B. Gleichgewichtskontrolle, räumliche Orientierungsfähigkeit, Rhythmusfähigkeit), mangelnde Haltungskontrolle und Probleme in der Steuerungsfähigkeit und Nachahmungsfähigkeit, Schwierigkeiten in der Verarbeitung und Integration propriozeptiver, visueller und akustischer Reize, motorische Schwerfälligkeit, vermindertes Explorationsverhalten, eingeschränkte motorische Lernfähigkeit [und] Auffälligkeiten im Gangbild*“ umfassen (ebd., S. 345). Jene Defizite führen zu einer verringerten Teilhabe an sportlichen Aktivitäten und zu einer abgeschwächten sozialen Integration, welche sich wiederum negativ auf die psychosoziale Entwicklung der Betroffenen auswirken kann. Insbesondere sollten **Grund-Fertigkeiten** wie etwa Fangen, Werfen, Balancieren, Hüpfen etc. geübt werden, welche für weiterführende Sportarten und damit verbundenes Kompetenzerleben dienlich sind. Die **Schulung koordinativer Fähigkeiten**, wie z.B. die der Feinmotorik, sollte ebenso forciert werden, um die Selbständigkeit bei alltagspraktischen Tätigkeiten (Schnürsenkel binden, Essen mit Besteck) zu fördern (ebd., S. 345f.).

Zusätzlich soll die Erforschung des eigenen Körpers, dessen Wahrnehmung von bestimmten Reizen und sowohl die Entwicklung einer **Stresstoleranz** gegenüber aversiv erlebten Reizen durch die bewegungstherapeutischen Aktivitäten als auch die **Reduktion von Spannungszuständen** als Lernziel betrachtet werden (vgl. ebd., S. 344-346).

### Kognitive Ziele

In der kognitiven Zielsetzung wird die Entwicklung von **Planungs- und Organisationsfähigkeiten** gefördert indem Aktivitäten gemeinsam geplant, vorbesprochen und in - für die Person adäquaten - Zwischenschritten ausgeführt werden. Ziel dieser Tätigkeiten ist es, innere Strukturen für die Organisation im Alltag zu entwickeln. Aktivitäten können hier z.B. einen Turm mit

Schaumstoffelementen bauen, der gemeinsame Aufbau von Bewegungsparcours oder das Transportieren von Material auf einem Rollbrett sein (vgl. Thimme et al. 2021, S. 347).

Bewegungsangebote eignen sich hervorragend, um rigide Denkmuster oder Verhaltensweisen aufzulockern. Indem kleine Änderungen wie z.B. der Wechsel der Ballgröße oder -farbe bei einem Wurfspiel, oder die Veränderung der Reihenfolge während der Übung vorgenommen werden, wird ein flexibler Umgang mit unbekanntem Situationen geübt und **geistige Flexibilität** gefördert (vgl. ebd., S. 347f. ).

Kognitive Ziele sollen auch dabei unterstützen, Problemlösekompetenzen zu entwickeln, welche auch im Alltag angewandt werden können (vgl. ebd., S. 348). *„Nicht selten fällt es Kindern und Jugendlichen mit ASS schwer, eigenständig tragfähige und sozial kompatible Lösungen für Probleme zu entwickeln oder diese auf andere Situationen zu übertragen und kontextgebunden die Auswirkungen ihres Handelns besser zu verstehen und mögliche Handlungsalternativen zu entwerfen“* (ebd., S. 348).

### Emotionale Ziele

Sportliche Aktivitäten werden von autistischen Menschen häufig als stressig oder angstbehaftet wahrgenommen, weswegen das wichtigste emotionale Ziel **Spaß an der Sache** sein sollte (vgl. ebd., S. 348f.). *„Die Bewegungstherapie sollte deshalb darauf abzielen, Genuss und Entspannung, Sicherheit und Kontrolle sowie Bewegungsfreude und Wohlbefinden zu vermitteln“* (ebd., S. 349).

In der emotionalen Begleitung soll ein **besserer Umgang mit starken Gefühlen** (insbesondere Aggression) gelernt werden. Dafür ist es wichtig, die Ursache der Emotion zu ergründen: Ist sie aufgrund einer Reizüberflutung durch die mangelnde Reizfilterschwäche entstanden? Haben sich die Rahmenbedingungen zu schnell geändert und zu Überforderung geführt? Wurden soziale Signale „fehlinterpretiert“? Ist das Verhalten der Bezugsperson zu inkonstant?

Im Vorhinein vereinbarte Ruheorte eignen sich gut, um sich selbst runterregulieren zu können. Ebenso kann gezieltes Nachfragen seitens des/der Therapeut\*in dabei helfen, ein besseres Verständnis für den Zusammenhang der eigenen Gefühlswelt und den äußeren Rahmenbedingungen herzustellen (vgl. ebd., S. 349).

Autoaggressives Verhalten ist oft dem „Abbau innerer Erregung und Spannung“ dienlich. *„Auch hier können Bewegungshandlungen wie Klopfen, Schlagbewegungen gegen die Weichbodenmatte oder andere motorische Reize mögliche Alternativen darstellen, die nicht mit einer Selbstschädigung einhergehen“* (ebd., S. 349).

Kontrolle und Vorhersehbarkeit erzeugen Sicherheit. Durch Vorbesprechungen des Stundenbildes, klare, kleinschrittige Abläufe und Strukturen sowie sicherheitsgebende Rituale können Ängste gelindert werden. Auch die Wahl des Settings und der räumlichen Umgebung spielt eine wichtige Rolle (vgl. ebd., S. 349).

## Soziale Ziele

Soziale Zielsetzungen sollen einerseits die **Sprachentwicklung** durch Bewegung und andererseits **soziale Kompetenzen fördern** sowie ein **Gemeinschaftsgefühl** und **Gefühl der Zugehörigkeit erzeugen** (vgl. Thimme et al. 2021, S. 350).

Die sprachliche Entwicklung kann durch die bewegungsorientierten Aktivitäten unterstützt werden. Indem sprachliche Laute durch *„Klatschen, Stampfen oder Springen zu Silben, durch Reime in Bewegung und Bewegungslieder oder durch sprachliche Begleitung von Bewegungshandlungen“* begleitet werden (ebd., S. 351).

Bewegungsangebote können ebenso die Entwicklung von sozialen Kompetenzen fördern. Dabei soll der Anforderungscharakter nicht zu hoch sein. Beim Klettern haben autistische Kinder und Jugendliche zum Beispiel die Möglichkeit, Verantwortungsbewusstsein zu erlernen, sich an verschiedene Gruppenkonstellationen anzupassen, andersartige Rollen einzunehmen und kooperativ mit Gleichaltrigen zusammenzuarbeiten. Aber auch die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme, das Teilen von persönlichen Erlebnissen sowie wechselseitiges Zuhören, können weitere soziale Zielsetzungen während oder zwischen bewegungsorientierten Aufgaben sein (vgl. ebd., S. 351f.).

## Motivation

*„Kinder und Jugendliche mit ASS bewegen sich weniger als normal entwickelte Gleichaltrige, sie nehmen weniger an sportlichen Aktivitäten und aktiven Freizeitbeschäftigungen teil, sie neigen mehr zu sitzenden Tätigkeiten und sind körperlich weniger fit“* (ebd., S. 364f.).

Menschen mit Autismus wird eine niedrige Motivation gegenüber Bewegungsangeboten nachgesagt. Dies kann mehrere Gründe haben: einerseits kann ein prinzipielles Desinteresse an der Aktivität vorherrschen, aber auch ein geringer Selbstwert und Unsicherheit durch bisherige sportliche Erfahrungen können für eine geringe Betätigungslust verantwortlich sein. Andererseits können situative Faktoren, wie Unpünktlichkeit des/der Therapeuten/Therapeutin oder Abgelenktheit durch etwas anderes, Gründe für eine mögliche geringe Bewegungsbereitschaft sein. Um Freude an der Tätigkeit zu entwickeln, lohnt es sich Spezialinteressen, Vorlieben oder Gewohnheiten der Person in den Therapieplan miteinzubeziehen und eine Brücke zwischen der Person und dem Sportangebot zu schlagen. Zur Informationsgewinnung sollten auch Eltern als Auskunftswahl herangezogen werden. Ebenso hilft es, eine vertraute therapeutische Beziehung aufzubauen, um die Beweggründe für mögliche Unlust besser nachvollziehen zu können und darauf zu reagieren (vgl. ebd., S. 352f.).

Aufgrund motorischer Auffälligkeiten können Bewegungen oft nicht „lehrbuchmäßig“ ausgeführt werden, Frustration, Resignation und Vermeidung von Sport im Allgemeinen sind die Folge (vgl. Preißmann

2017, S. 29-31). Das geringe Bewegungsverhalten im Alltag gibt jedoch keinen Aufschluss über den Bewegungsdrang autistischer Kinder und Jugendlicher. Die individualisierte Betrachtung hat daher oberste Priorität. Auch hier kann von einem Spektrum gesprochen werden „*Auftreten kann jede Form des Bewegungsverhaltens, von Bewegungsüberaktivität mit vielen Tickbewegungen bis zur starken Bewegungs- und Antriebsarmut*“ (Limberg 2012, S. 188).

### Rahmenbedingungen

In der Gestaltung der Einheit ist es wichtig, neben einem strukturierten, kontinuierlichen Ablauf und gleichbleibenden Betreuungspersonen, die Motivation durch Erfolgserlebnisse aufrecht zu erhalten, das Angebot auf die individuellen Besonderheiten abzustimmen und dieses nur bei freiwilliger Teilnahme der Betroffenen durchzuführen (vgl. ebd., S. 189).

Autistische Personen reagieren sensibel auf Veränderungen. Der Rahmen sollte strukturiert und transparent gestaltet werden, indem

- die Funktion(1x) und Rolle der eigenen Funktion(2x) erläutert werden,
- Termine pünktlich und kontinuierlich durchgeführt werden,
- es ähnlich ablaufende und zeitlich strukturierte Stundenbilder gibt, an denen sich die Kinder und Jugendlichen orientieren können,
- wiederkehrende Rituale z.B. bei der Begrüßung oder Verabschiedung verwendet werden und
- Regeln klar eingehalten werden (vgl. Thimme et al. 2021, S. 354).

Jegliche Veränderungen wie z.B. ein Trainer\*innen- oder Gruppenwechsel, ein Kletterhallenwechsel etc. sollten im Vorhinein klar kommuniziert werden, um Irritationen vermeiden zu können. Klettertherapeut\*innen sollen proaktiv auf die Bedürfnisse und Gefühle der Adressat\*innen eingehen und Rückzugsorte anbieten, um Überforderungssituationen frühzeitig entgegenzuwirken. Vereinbarte Signale bei Überforderung oder eine Änderung des Fokus, um Reize zu verringern, können ebenso entlastend wirken (vgl. ebd., S. 354f.).

### Methode

Um neue Bewegungsabläufe zu vermitteln, ist es von Bedeutung das Repertoire an klassisch-didaktischen Methoden, wie etwa dem Lernen durch Nachahmung oder verbale Erklärungen der Übung, durch autismusspezifische Lernprogramme zu erweitern. Hierbei raten Thimme, Deimel und Hölter (2021), Übungen, Abläufe oder Regeln durch **visuelle Strukturierungshilfen** (in Form von Bildkarten) zu begleiten, wie es etwa aus dem TEACCH Ansatz bekannt ist. Der Einsatz von visuellen Medien soll für Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Anforderung sorgen (vgl. ebd., S. 355).

Als hilfreich erweist es sich auch nach dem **Prinzip der kleinen Schritte** zu arbeiten, welches selbst kleinste Veränderungen in eine erwünschte Richtung positiv verstärkt. Dabei steht weniger die

objektive Leistung, sondern vielmehr das subjektive Erlebnis im Vordergrund des Bewegungsangebots (vgl. ebd., S. 357).

## Setting

Es gibt nicht DIE Sportart für Menschen im autistischen Spektrum, ebenso gibt es nicht DAS Setting. Wichtig für eine gelungene Teilhabe an sportlichen Aktivitäten ist vielmehr die Anpassung des sportlichen Formats an individuelle Besonderheiten, Stärken und Schwächen des/der Einzelnen (vgl. Nass/Hammer 2021, S. 157).

Übersichtliche Aktivitäten, die mit weniger sozialen Reizen verbunden sind, sowie motorisch leichter bewältigbar sind, erweisen sich erfahrungsgemäß als geeignetste Bewegungsformen. Der Rahmen sollte nicht nur inhaltlich klar strukturiert sein, sondern auch in den Aktivitäten selbst, ähnliche Abläufe in Form von seriellen Wiederholungszahlen oder Pausenzeiten aufweisen, um das Training individuell dosieren zu können. Expert\*innen empfehlen Individualsportarten, welche gemeinsam mit einer Gruppe praktiziert werden können. Dies hat den Vorteil, dass die Aktivität, obwohl sie in einer Gruppe stattfindet, nur wenig soziale Kompetenz zur Ausführung verlangt und dennoch soziale Fähigkeiten fördert. Beispiele dafür sind unter anderem Federball, Walken, Schwimmen oder Krafttraining (vgl. Thimme et al. 2021, S. 356f.). Aber auch Ski fahren, Rad fahren, Klettern oder Rutschen und Schaukeln sind gern praktizierte Tätigkeiten (vgl. Preißmann 2017, S. 32).

Im Gruppensetting wird zwischen störungsspezifischen und störungsübergreifenden Gruppen differenziert. Störungsspezifische Gruppen, - an welchen nur Kinder und Jugendliche im autistischen Spektrum teilnehmen –, bieten den Vorteil, besser auf die individuellen Besonderheiten eingehen zu können, allerdings werden Transferkompetenzen weniger geschult. Im Vergleich dazu, können Adressat\*innen in störungsübergreifenden Gruppen beispielhaftes Verhalten für alltägliche soziale Anforderungen von anderen Kindern lernen. Die Herausforderung ist dabei, Kinder zu finden, die einfühlsam genug sind, um auf die Bedürfnisse der Adressat\*innen eingehen zu können (vgl. Thimme/et al. 2021, S. 358).

Thimme et al. (2021) und Preißmann (2017) raten von „klassischen“ Mannschaftsspielen wie Team-, Ball- und Kontaktsportarten eher ab. Diese erfordern neben anspruchsvollen motorischen und kognitiven Fähigkeiten, wie einer guten Hand-Augen-Koordination und rascher Reaktionsbereitschaft, auch eine schnelle Decodierung von sozialen Signalen und Wettbewerbsgeist, was für autistische Menschen als große Herausforderung erlebt werden kann (vgl. Thimme et al. 2021, S. 356; Preißmann 2017, S. 32). In Mannschaftssportarten werden *„Absprachen“ (...) häufig kurz und schnell über den Blickkontakt getroffen und die Freude am Sieg verbindet die Spieler zu einer emotional verbundenen Gemeinschaft. Was aber, wenn kein Interesse am Sieg besteht, wenn der Autist lieber alleine spielen will, wie es Spielbeobachtungen in der Regel zeigen“* (Nass/Hammer 2021, S. 156).

Noch bevor es in ein Gruppensetting geht, empfiehlt sich die Arbeit im Einzelsetting. Der oder die Therapeut\*in kann so die individuellen Besonderheiten und Kompetenzen besser erfassen und der oder die Adressat\*in kann sich besser auf die räumlichen Begebenheiten und Aktivitäten einlassen (vgl. Thimme et al. 2021, S. 357). Moscatelli et al. (2020) raten generell dazu, Gruppensettings eher für Kinder mit highfunctioning Autismus einzusetzen und ansonsten im Einzelsetting zu bleiben, um an motorischen Defiziten oder Wahrnehmungsbesonderheiten zu arbeiten (vgl. Moscatelli et al. 2020, S. 787; Preißmann 2017, S. 32).

### Therapeutische Beziehungsgestaltung

Bei bewegungstherapeutischen Angeboten können Gefühle von Verunsicherung, Überforderung oder Irritation entstehen. Oft werden diese von autistischen Personen ungefiltert durch autoaggressives Verhalten oder durch Schreien zum Ausdruck gebracht, was auch bei dem/der Therapeut\*in zu Verunsicherung führen kann. Wichtig hierbei ist es, sich diesen Möglichkeiten bewusst zu sein, einen kühlen Kopf zu bewahren und weiterhin Klarheit und Struktur zu vermitteln. Dieses ruhige Verhalten sorgt auch beim Gegenüber für Gelassenheit und Sicherheit. Durch mitfühlendes und sensibles Verhalten kann zugrundeliegenden Stressoren und unausgesprochenen Bedürfnissen auf den Grund gegangen werden und situationsadäquat reagiert werden. Im Falle einer Reizüberflutung könnten z.B. bestimmte Stressoren gehemmt oder ein Rückzugsort angeboten werden (vgl. Thimme et al. 2021, S. 361).

Im Vergleich zu nicht-autistischen Kindern und Jugendlichen ist Lob und Anerkennung seitens der Bezugsperson ein seltenes Bedürfnis, auch die therapeutische Beziehung hat einen geringeren Stellenwert. Vielmehr konzentrieren sich Adressat\*innen auf die Rolle und Funktion des/der Therapeut\*in. Aus diesem Grund ist es auch für den/die Therapeut\*in wichtig, nicht zu hohe Erwartungen an die Qualität der therapeutischen Beziehung zu hegen und eine bestimmte Zweckgebundenheit der eigenen Person anzunehmen (vgl. ebd., S. 361).

Wird der Blickkontakt vermieden oder nicht auf die Ansprache reagiert, sollte dies nicht als böswillig oder persönliche Kränkung wahrgenommen werden. Womöglich ist die Person abgelenkt oder mit dem Anforderungscharakter der Aufgabe überfordert. Eine erneute Wiederholung des Sachinhaltes, Ansprache der Person oder der Versuch, sich in die aktuelle Situation hineinzufühlen, könnten Lösungsmöglichkeiten sein (vgl. ebd., S. 359).

Sprachliche Botschaften werden oft wörtlich verstanden. Metaphorische oder humorvolle Sprache wird nicht als solche wahrgenommen. Auch hier sollte der oder die Therapeut\*in sich der sprachlichen Besonderheiten bewusst sein und doppeldeutige Botschaften vermeiden. Nonverbale Kommunikation sollte aufgrund der mangelnden Interpretationsfähigkeit sprachlich begleitet werden (vgl. ebd., S.

360). Wird die Körpersprache bewusst als didaktisches Medium eingesetzt, sollte diese überdeutlich und ohne Interpretationsspielraum sein (vgl. ebd., S. 360).

## 2.5. Forschung zu Bewegung und Autismus

Wie Nass und Hammer (2021) zu Bedenken geben, zeigt die Studienlage zu Autismus und Bewegungsaktivität *„ein vielfältigs und uneinheitliches Bild“*, welches nachfolgend näher betrachtet wird (ebd., S. 148).

In Bandinis (2013) Forschungsergebnissen zu autistischen und nicht-autistischen Kindern, zeigen fast 80% aller autistischen Kinder motorische Auffälligkeiten und weisen eine wesentlich geringere Teilnahme an sportlichen Aktivitäten auf, als ihre gleichaltrige Kontrollgruppe (vgl. Nass/Hammer 2021, S. 149). Auch Miryahas (2013) Meta Review zu Bewegungsunterschieden zwischen autistischen Kindern und normal entwickelten Gleichaltrigen zeigt signifikante Unterschiede in den motorischen Fähigkeiten (wie z.B. Grobmotorik oder Imitationsfähigkeit). Die geringe Datenlage, die zu kleinen und heterogenen Stichproben der Studien und meist fehlende Kontrollgruppen lassen dennoch keine verallgemeinernde Aussage über Bewegungsstörungen als Kernsymptomatik von Autismus-Spektrum-Störungen zu (vgl. Nass/Hammer 2021, S. 148f.; Timme et al. 2021, S. 363).

Die unterschiedlichen Sportangebote und Teilnehmer\*innen an den Studien sowie das individualisierte Setting machen eine generalisierte Aussage zu den Effekten von sportlichen Aktivitäten schwer. Einerseits ist die Evidenz zu niedrig, um sagen zu können, dass bewegungsorientierte Maßnahmen allein für die Linderung von autistischen Symptomatiken (Stereotypien, motorische oder soziale Kompetenzen) verantwortlich sind und andererseits könnten auch verbesserte exekutive Funktionen oder psychosoziale Interventionen zu positiven Wirkungsweisen beitragen (vgl. Timme et al. 2021, S. 363f.).

Thimme, Deimel und Hölter (2021) kritisieren an jenen Studien, dass Langzeiteffekte der Interventionen ausgeblendet werden bzw. ein Transfer in den Alltag nicht berücksichtigt wird. Trotz uneinheitlicher Forschungsergebnisse kann nachgewiesen werden, dass sportliche Aktivitäten eine mittlere bis starke Verbesserung von koordinativen bzw. konditionellen Fähigkeiten zur Folge haben (vgl. ebd., S. 364). Mehrere Studien veranschaulichen, dass sich regelmäßige körperliche Aktivität positiv auf die psychische und physische Gesundheit als auch körperliche Fitness auswirkt. Auch eine Verringerung von stereotypen Verhaltensweisen, selbstverletzendem oder aggressivem Verhalten sowie eine Verbesserung von geistigen Leistungsfähigkeiten lässt sich beobachten (vgl. Moscatelli et al. 2020, S. 787; Feschin/Theunissen 2018, S. 25; Lukowski 2017, S. 32). Bereits tägliches Training von 15 bis 20 Minuten kann *„einen günstigen Einfluss auf kognitive Fähigkeiten, exekutive Fähigkeiten, exekutive Funktionen, soziales Verhalten, inhibitorische Verhaltenskontrolle, neurobiologische Auswirkungen [...] und körperliche Entlastung haben“* (Feschin/Theunissen 2018, S. 25).

## Gründe für geringe sportliche Teilhabe

Trotz der beobachtbaren Effekte können viele, miteinander verwobene Gründe, Hürden für die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten darstellen. Beispielsweise der Störung zugrundeliegende Defizite, komorbide psychische oder physische Begleiterkrankungen, wenig intrinsische Motivation oder Interesse für sportliche Aktivitäten aber auch zu wenig sportliche Angebote, die auf die Zielgruppe abgestimmt sind (vgl. Timme et al. 2021, S. 365). Darüber hinaus sorgen eine differenzierte Körperwahrnehmungen, Schwierigkeiten mit engem körperlichem Kontakt, neuropsychologische Auffälligkeiten – wie etwa Probleme beim Mentalisieren, in der Wahrnehmung von übergeordneten Zusammenhängen (schwache zentrale Kohärenz) oder Schwierigkeiten in der Nachahmung anderer - sowie erlebte Erniedrigungen durch andere aufgrund mangelnder körperlicher Geschicklichkeit für eine geringere sportliche Teilhabe (vgl. Preißmann 2017, S. 29f.).

Umso mehr ist es von Bedeutung die Lust an sportlicher Betätigung zu fördern. Betroffene schätzen es, wenn sie über den Ablauf und Inhalt ausreichend informiert werden, wenn sie Mitspracherecht in der Gestaltung der Einheit haben oder auch, wenn der oder die Therapeut\*in wertschätzend und verständnisvoll auf ihre Bedürfnisse und Besonderheiten eingeht (vgl. Thimme et al. 2021, S. 366). Eine gelungene Bewegungseinheit lässt sich auch daran messen, wie kompetent der/die Therapeut\*in mit schwierigen Situationen umgehen kann, ohne verunsichert oder irritiert zu wirken, und inwieweit er/sie fähig ist, gemeinsam mit der Person maßgeschneiderte Lösungen zu finden (vgl. ebd., S. 366). Wichtig ist es vor allem Kinder und Jugendliche mit Autismus gezielt zu sportlichen Aktivitäten hinzuführen, um einen Ausgleich zu dem oft stressig erlebten Alltag zu finden und mögliche gesundheitliche Risiken zu vermeiden (vgl. Preißmann 2017, S. 32).

### 3. Klettern

Historisch betrachtet wird Klettern mit dem „*Besteigen von hohen, schwierig zu erreichenden Berggipfeln*“ gleichgesetzt, wobei dies mehr dem heutigen Verständnis von Bergsteigen gleichkommt (Kromholz 1995, S.17 zit.n. Brück/Cordas/Holger 2004, S. 14). Generell kann von Klettern gesprochen werden, sobald bei der Überwindung von Hindernissen, die Fortbewegung auf zwei Beinen nicht mehr ausreicht und die Hände zusätzlich verwendet werden (vgl. Brück et al. 2004, S. 13). Dies kann im Gebirge in Form von alpinem Klettern, beim Bergsteigen, aber auch in einer Kletterhalle stattfinden.

Evolutionstheoretisch gesehen ist Klettern ein ursprünglicher Bewegungsstil, den schon unsere steinzeitlichen Vorfahren nutzten, um auf Bäume zu gelangen, Beeren zu sammeln oder sich vor wilden Tieren zu schützen. Diese Ursprünglichkeit lässt sich z.B. an dem angeborenen Handgreifreflex von Säuglingen beobachten, welcher nach einigen Monaten verschwindet und anderen Entwicklungen weicht: der Bewegungsrahmen wird erweitert. Schon nachdem Kleinkinder krabbeln können, versuchen sie auf Gegenstände hinaufzuklettern - diese Entwicklung ist kulturunabhängig beobachtbar (vgl. Iglseder 2015., S. 3-5; Kowald 2015, S. 15). Iglseder`s Aussage wird durch Brück, Cordas und Holger (2004) gestützt, welche Klettern und Steigen neben „*Sitzen, Krabbeln, Stehen, Laufen und Greifen*“ oder „*Rennen, Springen, Balanciere, Fangen, Werfen*“ zu den motorischen Grundfertigkeiten zählen, die sich in den ersten Lebensjahren entwickeln (Brück et al. 2004, S. 13).

Diese archaisch, oft selbstverständlich ausgeführten Bewegungsmuster erleichtern den Einstieg in das Klettern und eignen sich insbesondere für die „*Arbeit mit behinderten, neurologisch erkrankten und schizophrenen Patienten*“ (Zajetz 2015, S. 42). Das Medium Klettern ermöglicht eine individualisierte Zugangsweise auf dessen Praktizierende. Die Art der Bewegung lässt sich hervorragend an individuelle Bedürfnisse, Besonderheiten und Tagesverfassungen anpassen. Dabei können sowohl intensive körperliche und psychische Körpererfahrungen als auch ein entschleunigender und sparsamer Zugang zur eigenen Energie erzeugt werden (vgl. Thimme 2021, S. 305). Das Intensitätsniveau kann durch die Auswahl der Route, der Höhe, des Settings (Halle oder Fels), der Kletterdisziplin (Bouldern oder Seilklettern) auf körperliche und mentale Ist-Zustände zugeschnitten werden und ermöglicht im besten Fall einen optimalen Belastungszustand, welcher das Individuum weder über- noch unterfordert. So kann ein intensives Gefühlserleben bei maximaler objektiver Sicherheit erzeugt werden (vgl. Zajetz 2015, S. 42f.). Es eignet sich als soziales Gruppenmedium, findet aber auch im Einzelsetting Anwendung. Die Steuerung des Intensitäts- und Belastungsgrades sowie die oft selbstverständlich ausgeführten Bewegungsmuster, sind insbesondere für die heterogene Gruppe von Menschen im autistischen Spektrum dienlich: „*Das Bewegen an der Kletterwand gestaltet sich stets individuell, es gibt keine Normen und der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt. Beim Klettern geht es um das Lösen spezieller*

*Bewegungsaufgaben, was den Handlungsspielraum, insbesondere auch im therapeutischen Bereich, sehr individuell und situationsspezifisch gestalten lässt“ (Leichtfried 2015, S. 108f.).*

Die Vielfalt des Kletterns zeigt sich nicht nur in seinem Bewegungsrepertoire und seiner Anpassungsfähigkeit, sondern auch in seinen Disziplinen oder therapeutischen Anwendungsfeldern, welche nachfolgend näher beschrieben werden.

### 3.1. Kletterdisziplinen-

*„Die Felsen und die Berge sind immer die Gleichen, es ist unsere Perspektive, die sich verändert...“*

*Wir können die Welt als wundervollen Ort sehen und wundervolle Dinge tun, wir können nach Anerkennung und Ruhm streben oder einfach für uns selbst klettern.*

*Klettern kann eine Kunstform sein oder Sport, es kann Meditation sein oder Wettbewerb, Klettern ist was wir daraus machen...“ (Mariacher o.J., o.S.).*

Die Art und Weise des Kletterns kann sich durch *„die Motivation, [den] Ort, die Beschaffenheit der Wände, die Absicherung“*, aber auch durch andere Ausrüstung oder Fähigkeiten unterscheiden. Gemein ist den verschiedenen Kletterdisziplinen die einheitliche Bewegungsabfolge/Klettertechnik (Gauster/Hack/Schwaiger 2016, S.22).

Die Liste der verschiedenen Kletterformen ist lang. Das Handbuch Sportklettern zählt 13 Disziplinen auf, welche bei näherer Betrachtung noch durch z.B. Eisklettern oder Klettersteige ergänzt werden können (vgl. Gauster et al. ebd., S. 22). Diese Arbeit widmet sich den für das therapeutische Klettern relevanten Spielformen *Bouldern* und *Sportklettern*.

### 3.2. Bouldern

Der Begriff „Boulder“ kommt aus dem englischen und bedeutet Felsblock. Gebouldert wird in Absprunghöhe und ohne Seil – in der Halle auf einer Matte oder draußen am Felsen. Diese Disziplin eignet sich ideal, um die eigenen Kletterfähigkeiten zu trainieren oder um sich vor dem Seilklettern aufzuwärmen (vgl. Chalkr o.J., o.S.). Nachfolgend wird der Kletterstil im Freien und in der Halle bildlich veranschaulicht. Um in der Halle zu Bouldern, werden lediglich Schuhe, eventuell ein Chalkbag mit Magnesium und eine Bürste benötigt und beim Bouldern draußen zusätzlich ein Crashpad. Im Vergleich zum Seilklettern erfordern die Routen mehr Maximalkraft; Klettertechnik und Bewegungsabfolge stehen im Fokus. Die kurzen Kletterrouten werden als Boulderprobleme bezeichnet, da die meist anspruchsvollen Routen häufiger ausprobiert werden müssen, bis eine „Lösung“ gefunden wird (vgl. Gauster et al. 2016, S.23f.). Eine Route ist geschafft, sobald der letzte Griff (auch „Top“ genannt“) mit beiden

Händen für mindestens drei Sekunden gehalten wird. Sollte das Problem nicht gelöst werden, wird es als „Projekt“ bezeichnet und bis zu einer gefundenen Lösung „projektiert“.



Abbildung 5: Bouldern am Fels in Fountainbleau (Hirschmann 2019, o.S.)



Abbildung 6: Bouldern im Blochouse Graz (Mark 2015, o.S.)

### 3.3. Sportklettern

Sportklettern ist eine Art des Freikletterns, indem technische Hilfsmittel und ein Seil zur Absicherung verwendet werden, nicht aber dazu genutzt werden dürfen, um sich an der Kletterwand fortzubewegen (vgl. Schöpf 2020, o.S.). Es werden „*lediglich die von der natürlichen Struktur der Kletterfläche gegebenen Haltepunkte zur Überwindung der Schwerkraft benutzt (...), wobei der Kletterer aber zu keiner Zeit ungesichert ist*“ (Brück et al. 2004, S. 15).

Anders als beim Alpinklettern ist nicht der Gipfel, sondern die Beendigung der Route das Ziel. Geklettert wird am Fels (in Klettergärten) oder in künstlich angelegten Kletterhallen (vgl. Schöpf 2020, o.S.). Dabei gibt es verschiedene Begehungsstile, wie Routen bewältigt werden können. Nachfolgend werden die wichtigsten Begriffe kurz erläutert.

Im *Vorstieg* ist der oder die Kletternde Seilerste\*r und bringt Zwischensicherungen selbst an (siehe Abbildung 7), wohingegen im *Toprope* die Route bereits mit einem Seil von oben durch einen Umlenker gesichert ist und erschlossen wird (Abbildung 8). Im therapeutischen Klettern findet das Toprope Klettern in Kletterhallen, neben Bouldern, die häufigste Anwendung.



Abbildung 7: Klettern im Vorstieg (VDiff Climbing o.J., o.S.)

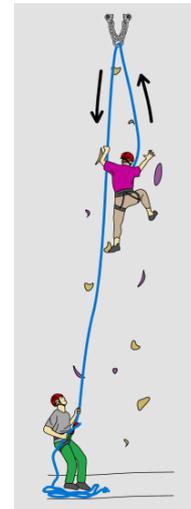


Abbildung 8: Klettern in Toprope (VDiff Climbing o.J., o.S.)

Um das Label *On sight* zu verdienen, muss eine unbekannte Route im ersten Versuch im Vorstieg sturzfrei begangen werden. Wird eine Route *geflashed*, so wurde die unbekannte Route im Vorhinein inspiziert (z.B. durch vorhergehendes Abseilen oder die Beobachtung anderer Kletternden) und beim ersten Versuch im Vorstieg begangen. Als *Rotpunkt* wird eine Route deklariert, wenn diese sturzfrei im Vorstieg und mit eigener Anbringung von Zwischensicherungen geschafft wird (vgl. Brück et al. 2004, S. 15f).

Beim Seilklettern spielt nicht nur der/die Kletternde eine wichtige Rolle. Auch der/die Sichernde hat die wichtige Aufgabe, auf den/die Kletternde\*n Acht zu geben und ihn/sie gut am Boden wieder

ankommen zu lassen. Seine oder ihre Aufgabe ist es, die gesamte Aufmerksamkeit auf den/die Kletternde\*n zu richten und einen potenziellen Sturz zu halten (vgl. Gauster et al. 2016, S. 62). Noch bevor losgeklettert wird, wird ein Partner\*innencheck durchgeführt, bei welchem die eigene Sicherung und die des/der Partner\*in auf Fehler überprüft wird. Der Partner\*innencheck ist eine Standardmaßnahme, bei welcher man sich „gegenseitig durch Hinschauen und durch Hingreifen [kontrolliert. Dazu zählen]: Gurtverschlüsse, Anseilknoten und Anseilpunkt, Karabiner und Sicherungsgerät sowie [ein] Knoten im Seilende“ (ebd., S. 76).

Damit sich sichernde und kletternde Person während des Kletterns verständigen können, gibt es bestimmte Kommandos, die vor dem Klettern vereinbart werden. Diese müssen kurz, prägnant und eindeutig sein, um beim Sichern keine Fehler zu machen. Für das Sportklettern in der Halle werden in der Regel die Begrifflichkeiten „Zu“, „Ab“, und „Seil“ verwendet. Die genaue Bedeutung wird tabellarisch angeführt:

Kommando	Bedeutung
<b>Zu</b>	Der oder die Kletternde möchte, dass das Seil straff gezogen wird. Dies ist entweder am Ende der Route der Fall, bevor er oder sie runtergelassen wird oder um während des Kletterns eine Pause machen zu können.
<b>Ab</b>	Der oder die Kletternde möchte von dem/der Sichernden abgelassen werden.
<b>Seil</b>	Der oder die Kletternde fordert mehr Seil ein, um weiter zu klettern oder um eine Expresse klippen zu können.

Abbildung 9: Seilkommandos in Anlehnung an (vgl. Berg-Freunde 2023, o.S.)

### 3.4. Therapeutisches Klettern

Klettern erlebt nicht nur als Freizeitbeschäftigung einen Boom, auch als therapeutisches Medium findet es immer häufiger Anwendung. Fachdisziplinen, wie die der Orthopädie, Physio- und Psychotherapie, Psychiatrie, Suchtbehandlung, Neurologie, Erlebnispädagogik oder Ergotherapie haben seinen therapeutischen Charakter bereits erkannt und eigens Modelle für sich entwickelt (vgl. Thimme 2021, S. 288).

Die vielfältigen Zugänge der Berufsgruppen erschweren die Vereinheitlichung einer allgemeinen Definition von therapeutischem Klettern (vgl. Leichtfried 2015, S. 113). In dieser Arbeit wird „therapeutisches Klettern“ als Überbegriff für die angeführten Berufsgruppen genutzt, mit dem Ziel, eine allgemeine Übersicht über deren Gemeinsamkeiten geben zu können. Trotz der unterschiedlichen Disziplinen und damit verbundenen Anwendungsfeldern, orientieren sich doch alle Berufsgruppen am Begriff

des Therapierens – was aus dem Griechischen hergeleitet so viel wie „*ein generelles Dienen am Kranken, die praktische Krankenpflege und die Heilverfahren*“ bedeutet (Lukowski 2017, S. 8) – und zielen auf eine positive Beeinflussung von „*Behinderungen, Krankheiten und Verletzungen oder seelische Traumata*“ ab (Wikipedia 2023, o.S.). Die sportliche Leistung ist dabei nur ein Nebencharakter, viel wichtiger ist der Fokus auf die therapeutische Wirkungsweise (vgl. Kübler Sport 2019, o.S.). Dabei wird Klettern in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses gerückt, indem das Bewegen an Kletterwänden und einhergehende körperliche, kognitive, psychische oder soziale Erfahrungen begleitet und unterstützt werden (vgl. Kowald 2011, S. 14). Zumeist wird an einer Boulderwand oder am Top-Rope-Seil in der Kletterhalle geklettert (Holzheu/Kaiser 2020, S. 36) (vgl. Kübler Sport 2019, o.S.). Somit werden je nach Disziplin und mit Absprache des/der Klient\*in, individuelle Möglichkeiten entwickelt, um dienliche Erfolge zu bewirken. Ob und inwiefern „therapeutisch“ gearbeitet wird, hängt ganz von Rolle und Auftrag des/der Therapeut\*in ab. In der Erlebnispädagogik zum Beispiel, passt sich der didaktische Rahmen ganz den Bedürfnissen des/der Klient\*in an und kann von freizeitpädagogischen Gruppenerlebnissen bis hin zu einem therapeutischen Einzel-Setting reichen (vgl. Einwanger 2015, S. 82f.).

### Gesetzlicher Rahmen

Aus rechtlicher Sicht wird empfohlen, sich im gesetzlichen Rahmen des psychosozialen Grundberufs zu bewegen als auch mit den gesetzlichen Regelungen bezüglich des Kletterns vertraut zu sein. Denn letztlich entscheidet die Berufsausbildung, was mit welchen Adressat\*innen unternommen werden darf und was nicht. Somit müssten sich Ergotherapeut\*innen z.B. mit den Gesetzesgrundlagen ihres Berufs beschäftigen sowie mit den rechtlichen Rahmenbedingungen des Kletterns. Im Vergleich dazu, fällt das erlebnispädagogische Tun unter keine definierte Rechtsregelung, weshalb sich diese Berufsgruppe nur mit den rechtlichen Grundlagen des Kletterns beschäftigen müsste. Diese werden durch das Bergführergesetz bestimmt, welches je nach Bundesland unterschiedlich aufgebaut ist. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Gesetze dort gelten, wo der Beruf ausgeübt wird und nicht, wo sich der Firmensitz befindet (vgl. Tanczos/Zajetz 2015, S. 71-73).

### Ausbildung und Sicherheit

Um die Qualität einer therapeutischen Klettereinheit zu wahren und Sicherheitskriterien einzuhalten, ist eine psychosoziale Grundausbildung sowie eine einschlägige Ausbildung im Klettern eine absolute Notwendigkeit (vgl. Lukowski 2017, S. 9; Tanczos/Zajetz 2015, S. 71). Die meisten Kletterunfälle geschehen aufgrund menschlichen Versagens! Obwohl Klettern unter Einhaltung der Sicherheitsstandards objektiv betrachtet ein sicherer Sport ist, kann Fehlverhalten oder Unaufmerksamkeit schwere Folgen haben. Aus diesem Grund und zur rechtlichen Absicherung wird Klettertherapeut\*innen

zumindest eine facheinschlägige Kletterausbildung im Sinne eines/einer Übungsleiters/Übungsleiterin im Sportklettern ans Herz gelegt, ebenso wie regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und Wissen über aktuelle Sicherheitsstandards (vgl. Heckmair/Michl 2018, S. 185-188; Zajetz 2015, S. 43).

### 3.4.1. Wirkfaktoren

Thimme (2021) teilt mögliche therapeutische Wirkfaktoren des Kletterns in vier Bereiche ein, welche in Abbildung 10 zusammenfassend dargestellt und nachfolgend näher beschrieben werden.

Motorisch-sensorisch	Kognitiv	Emotional	Sozial
<b>Koordination:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kopplungsfähigkeit</li> <li>- Differenzierungsfähigkeit</li> <li>- Orientierungsfähigkeit</li> <li>- Gleichgewichtsfähigkeit</li> <li>- Visuomotorik</li> <li>- Feinmotorik</li> </ul>	Motivation	Wahrnehmung von Affekten	Kontakt- und Beziehungsgestaltung
<b>Kondition:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kraft-/Ausdauer</li> <li>- Maximalkraft</li> </ul>	Realistische Selbsteinschätzung und (Miss)Erfolgsbewertung	Umgang mit Angst	Verantwortung und Vertrauen
Verbesserte Körperwahrnehmung	Konzentration und Aufmerksamkeit	Erfahrung von Freude, Stolz, Zufriedenheit	Kommunikation und Interaktion
	Selbstwirksamkeit	Entwicklung von Selbstsicherheit und Selbstvertrauen	Regelakzeptanz
	Problemlösefertigkeiten		

Abbildung 10: Wirkungsfelder des Kletterns nach Thimme (vgl. ebd., S. 288-301)

#### Motorisch-sensorische Ebene

Auf der körperlichen Ebene sind Verbesserungen im Bereich der **Koordination, Kondition und Körperwahrnehmung** erkennbar. Klettern trainiert den ganzen Körper im Sinne einer Gesamtkörperkoordination und sorgt dafür, dass sich **Kraftausdauer** und/oder **Maximalkraft** erhöhen, ebenso wie körperliche Beweglichkeit und **Flexibilität**. Zudem verbessert sich das Gespür für den eigenen Körper (vgl. Thimme 2021, S. 289-290).

#### Kognitive Ebene

Klettern hat einen hohen **Motivationscharakter**. Dies lässt sich durch seinen unmittelbaren Charakter erklären, bei welchem Konsequenzen direkt nach einer getroffenen Entscheidung spürbar werden. Es ermöglicht der Person sich **selbst besser einzuschätzen**, indem Ziele visualisiert und **(Miss)Erfolge** direkt erfahrbar werden (vgl. ebd., S. 292). Jede vollzogene Bewegung an der Wand kann auf das eigene

Können rückgeführt werden, was dem Klettersport einen unmittelbaren Erfolgscharakter gibt und die eigene **Selbstwirksamkeit** stärkt (vgl. Thimme 2021, S. 293).

Um Sicherheit gewährleisten und Verletzungen vermeiden zu können, verlangt Klettern von der kletternden als auch sichernden Person absolute **Konzentration und Aufmerksamkeit** (vgl. ebd., S. 293). Dysfunktionale **Problemlösefertigkeiten** werden an schwierigen Passagen meist schnell ersichtlich. Der oder die Therapeut\*in kann dabei helfen, alternative Lösungsmöglichkeiten zu erlernen (vgl. ebd., S. 293).

### Emotionale Ebene

Klettern generiert intensive Gefühle wie Angst, Freude, Enttäuschung, Mut oder Wut, die durch herausfordernde Situationen während des Kletterns verstärkt werden und durch therapeutische Begleitung zu einer verbesserten **Wahrnehmung der eigenen Grenzen** als auch der **eigenen Affekte** führt (vgl. ebd., S. 296).

Dabei ist die Kletterwand ein idealer Konfrontations- und Übungsraum um verschiedenste Formen von Angst, wie etwa die Angst vor der Höhe oder Kontrollabgabe, erfahrbar zu machen und einen **adäquateren Umgang** zu üben (vgl. ebd., S. 296f.).

Erfolgreich gelöste „Probleme“ führen zu einer positiven Gefühlsausschüttung, die die Stimmung kurzfristig anhebt und die **Erfahrung von Freude, Stolz und Zufriedenheit** ermöglicht (vgl. ebd., S. 297). Kletternde erfahren, dass ihre Hände den Griff und ihre Füße den Tritt halten. Sie können sich auf sich verlassen und entwickeln das Gefühl von **Selbstsicherheit und Vertrauen** (vgl. ebd., S. 297).

### Soziale Ebene

Kletternde\*r und Sichernde\*r beziehen sich wechselseitig aufeinander. Beide Enden sind nicht nur durch das Seil, sondern auch körperlich, emotional und bildlich miteinander verbunden. Die Abhängigkeit und Exponiertheit des/der Kletternden von deren Partner\*in bedarf einer achtsamen und aufmerksamen **Kontakt- und Beziehungsgestaltung** (vgl. ebd., S. 300). Der/die Kletternde legt sein Leben in die Hände des/der Sichernden. Um die Kletterwand hochklettern zu können, muss der/die Sichernde **Verantwortung** tragen, und der/die Kletternde in sich und seine\*n Partner\*in **Vertrauen**. Die Beziehung ist durch wechselseitige Abhängigkeit geprägt, in welcher füreinander gesorgt und einander geholfen wird (vgl. ebd., S. 300f.). Beide Enden **kommunizieren und interagieren** miteinander. Abgesprochen werden beispielsweise *„die Verständigung über Ziele und Vorgehensweisen, die Festlegung von Rollen, Funktionen und Verantwortlichkeiten, die Verwendung klar definierter Signale und Kommandos oder der gemeinsame `Partnercheck`“* (ebd., S. 301). Klarheit und Struktur durch Rituale (wie z.B. der gemeinsame „Partnercheck“ oder klardefinierte Signale und Kommandos) geben der Kommunikation einen sicheren Rahmen und Halt (vgl. ebd., S. 300f.).

Sichern darf nur der- oder diejenige, die aufmerksam und konzentriert bei der Sache ist, in der Lage ist, im Team zu arbeiten und Regeln einhalten kann (vgl. Thimme 2021, S. 301).

Um die Sicherheit während der Einheit zu gewährleisten, gibt es **klare Regeln**, die bei Nichteinhaltung erhebliche Konsequenzen zu Folge haben können. Wichtig ist, den Kindern und Jugendlichen klarzumachen, dass eine Nichteinhaltung, die eigene oder fremde Sicherheit gefährden kann (vgl. ebd., S. 301f.).

### 3.4.2. Forschung zu therapeutischem Klettern

Obwohl therapeutisches Klettern zu einem immer beliebteren Medium in verschiedensten Anwendungsfeldern wird und zahlreiche positive Effekte dokumentiert sind, ist die vorhandene Datenlage spärlich und methodisch eingeschränkt. Studien weisen einen Mangel an Proband\*innen, Randomisierung und/oder Kontrollgruppen auf, was zu einer geringen Effektstärke der verfügbaren Belege führt und das Risiko von Verzerrungen erhöht (vgl. Gassner/Dabnichki/Langer/Pokan/Zach/Ludwig/Santer 2023, S. 1195; Thimme 2021, S. 287; Lukowsky 2017, S. 37; Soravia/Stocker/Schlächli/Schönberger/Schreyer/Dittrich/Grossniklas 2015, S. 3; Reiter et al. 2014, S. 62).

Aus diesem Grund können noch keine verallgemeinernden Aussagen über die Effektivität von therapeutischem Klettern bei spezifischen Diagnosegruppen getroffen werden (vgl. Thimme 2021, S. 288).

Für Lukowski (2017) ändert das Fehlen von randomisierten Kontrollstudien jedoch nichts an der sichtbaren Wirksamkeit des therapeutischen Kletterns, welche vielfältig aus praktischen Erfahrungsberichten bekannt sind: *„Das Fehlen von RCTs und die hohe Anforderung an jedes Studiendesign ist kein Nachteil. Medizinisch-therapeutische Erkenntnisse müssen evidenzbasiert sein. Evidere (lat.) bedeutet: auffällig, ins Auge fallend. Evident ist, was quasi vor dem Auge aufleuchtet. Aus dieser Sicht sind die therapeutischen Effekte des Kletterns evident, und vielfältig beschrieben“* (ebd., S. 36). Ebenso belegen neurobiologische Studien, dass Klettern die Hormonausschüttung beeinflusst und damit hirnorganische Prozesse in Kraft treten, welche wiederum verstärkend auf motorische und psychologische Effekte wirken (vgl. ebd., S. 36).

Die im Jahr 2023 veröffentlichte Meta-Analyse von Gasser et al. unterstreicht die oben beschriebenen Aussagen: Erforscht wurden die Auswirkungen des therapeutischen Kletterns, indem motorische, mentale und soziale Effekte aus mehreren Studien gesammelt und miteinander verglichen wurden. Insgesamt wurden 112 Publikationen überprüft und darunter 18 geeignete Studien ausgewählt. Die gemessenen Daten weisen positive motorische, mentale als auch soziale Effekte bei verschiedenen Patient\*innengruppen auf. Dabei lässt sich eine signifikante Verbesserung der physischen Fähigkeiten (wie etwa im Bereich der Fitness, Stärke, Geschicklichkeit, Maximalkraft, Grob- und Feinmotorik) feststellen. Auch im mentalen (psychische Erkrankungen, Emotionsregulation, Selbstwertgefühl, Müdigkeit, Körperbild) und sozialen Bereich (Verantwortungsbewusstsein, kommunikative Fähigkeiten,

Vertrauen, soziale Kompetenzen) konnten Effekte beobachtet werden. Allerdings variieren die Ergebnisse in ihrer Stärke, was auf die unterschiedlichen Messgrößen der einzelnen Studien zurückzuführen sein könnte und für ein nicht signifikantes Ergebnis in Bezug auf mentale und soziale Auswirkungen des therapeutischen Kletterns sorgt (vgl. Gassner et al. 2023).

Für Gasser et al. (2023) und Thimme (2021) ist weitere evidenzbasierte Forschung, insbesondere zu den langfristigen Auswirkungen und Nachuntersuchungen notwendig, um Aussagen über die Wirkeffekte treffen zu können und beschriebene Wirkeffekte aus der Praxis belegen zu können (vgl. Gasser et al. 2023., S. 14; Thimme 2021, S. 287). Denn bis jetzt erlaube die empirische Datenlage *„bislang noch keine generalisierbaren Aussagen über die Effekte des therapeutischen Kletterns auf spezifische psychologische Komponenten oder Diagnosegruppen im klinischen Setting“* (Thimme 2021, S. 288).

Generalisierbar ist dennoch, dass gewisse innerpsychische Vorgänge während des Kletterns stattfinden, welche von Kowald und Zajetz (2015b) als Erlebnisqualitäten definiert werden und im nächsten Kapitel näher beschrieben werden.

### 3.4.3. Erlebnisqualitäten des Kletterns

*„Unter einem Erlebnis wird ein besonderes Ereignis aus subjektiver Sicht der Erlebenden verstanden, welches einen hohen Erinnerungsgrad aufweist und außergewöhnliche Emotionen weckt. Ein Erlebnis ist also eine absolut subjektive Erfahrung“* (Kowald/Zajetz 2015b, S. 58).

Erlebnisqualitäten hingegen, sind innerpsychische Vorgänge wie Emotionen, Denkprozesse oder körperliche Empfindungen die während des Kletterns, aber auch im Alltag empfunden werden können – also das *Erleben während des Kletterns*. Dieses ist so vielfältig wie die kletternde Person selbst. Deshalb ist es unmöglich planbar, was genau bei einer klettertherapeutischen Übung in dem/der Klient\* vorgeht, etwas passiert auf jeden Fall. Die Erlebnisqualitäten, die während des Kletterns empfunden werden können, sind unabhängig von Berufsgruppe oder Intervention, immer gleich. Unterschiedlich ist der *Umgang mit den Erlebnisqualitäten* durch die verschiedenen Berufsgruppen, also wie eine Übung geplant, durchgeführt und ausgewertet wird (vgl. Kowald/Zajetz 2015a, S. 20).

Selbst auf die gleiche Übung können verschiedene Aspekte einer Erlebnisqualität oder sogar andere Reaktionen als geplant folgen. Kowald und Zajetz (2015a) veranschaulichen die Komplexität an einem Beispiel:

Sechs sich graduell steigernde Boulder werden für eine Patient\*innengruppe zur Verfügung gestellt, wobei die letzten zwei an der Grenze des eigentlichen Kletterniveaus der Gruppe liegen. Hierbei soll die Erlebnisqualität „Leistung“ angesprochen werden. Wie jede\*r Einzelne\*r auf diese Übung reagiert, obliegt den individuellen Charakterzügen. Manch eine\*r wird resignieren, ein\*e andere\*r ehrgeizig an

den Projekten feilen und wieder eine\*r in Widerstand gehen oder aber, es wird eine ganz andere Erlebnisqualität angesprochen (vgl. ebd., S. 20). „Insofern sind die Erlebnisqualitäten als Spektrum zu verstehen, entlang dem viel passieren kann und das dann individuell auf seine Bedeutung untersucht werden kann“ (ebd., S. 21).

Weiters können negative Gefühle, wie z.B. Wut, Trauer, Frustration oder Angst, die im Alltag keinen Platz finden durch den „doppelt abgesicherte Rahmen (Seil und Therapeut)“ an der Kletterwand ausgelebt, zugelassen und sofort von dem/der Therapeut\*in bearbeitet werden (Lukowski 2017, S. 28).

Nachfolgend werden 12 Erlebnisqualitäten und deren therapeutische Implikationen nach Kowald und Zajetz (2015a) kurz zusammengefasst:

### Angst

Beim Klettern geht es nicht darum, Angst loszuwerden, sondern einen besseren Umgang für diese Emotion zu finden. Dabei gilt es zu eruieren, wovor genau sich die kletternde Person fürchtet: Macht sich diese durch die Höhe bemerkbar? Hat die betroffene Person Angst vor dem Loslassen bzw. vor dem Fallen oder liegen Unsicherheiten bezüglich des Materials oder des/der Sicherungspartner\*in vor? (vgl. ebd., S. 21f.).

Durch die Wahl des Kletterstils wie etwa Vorstieg oder Top-Rope „und die Wahl entsprechender Schwierigkeitsgrade [kann man] den Grad der individuellen Konfrontation mit dieser Angst selbst bestimmen, diese bewältigen oder auch akzeptieren“ (Kinne/Woitekowiak 2015, S. 107f.).

### Aufmerksamkeit

Klettern fördert nicht nur, sondern fordert auch Aufmerksamkeit. An der Kletterwand müssen konstant Entscheidungen über Handlungs- und Bewegungsabläufe getroffen werden. Der oder die Kletternde muss mit seiner ganzen Person präsent sein – Ablenkungen ziehen die Konsequenz eines Sturzes mit sich. Der enge Kontakt zur Wand schränkt das Sichtvermögen ein und stärkt den Fokus auf die zu kletternde Passage. Gedanken werden auf das Notwendigste reduziert und alltägliche Probleme kurzzeitig ausgeblendet, die Person wird quasi dazu gezwungen im Hier und Jetzt zu sein. Diese Gegenwartsbezogenheit „ermöglicht eine erhöhte Wachsamkeit für geistige Vorgänge, also ein ausgedehnteres Bewusstsein für aufkommende Gedanken, Gefühle und Sinneseindrücke“ (ebd., S. 23).

### Beziehung und Soziales

Diese Erlebnisqualität umfasst die Themen Seilschaft, Gruppenerleben als auch soziale Kompetenzen. Um am Seil klettern zu können, spielen die kletternde sowie die sichernde Person eine wichtige Rolle. Sie beziehen sich wechselseitig aufeinander und sollten einander Vertrauen, Sicherheit und

Wachsamkeit schenken. Die sichernde Person hält das „*Leben des oder der Kletternden in den Händen*“ und muss mit Konzentration und Aufmerksamkeit bei der Sache sein (ebd., S. 24). „*Die Beziehung zwischen kletternder und sichernder Person wird schon allein über das verbindende Seil unmittelbar deutlich. Das Beherrschen der Sicherheitstechnik auf Seiten des Sichernden und das Vertrauen der Kletternden in die Kompetenz des Sicherenden stehen hierbei in unmittelbarer Wechselwirkung. Somit werden beim Klettern per se sowohl individuelle als auch zwischenmenschliche Aspekte angesprochen*“ (Kinne/Woitekowiak 2013, S. 107). Die sozialen Kompetenzen umfassen einerseits den verbalen Austausch von Gefühlen, Regeln, Sicherungstechniken und Kommandos vor dem Klettern, die Kommunikation während des Kletterns als auch die Reflexion im Nachhinein (vgl. Kowald/Zajetz 2015a, S. 25). Obwohl Bouldern als Einzelsportart definiert wird, hat diese Disziplin eine starke soziale Funktion. Boulderspiele oder gemeinsame Projekte an der Wand stärken das Gemeinschaftsgefühl und erzeugen freudvolle Emotionen. Gruppendynamische Prozesse können pädagogisch aufgegriffen werden, um den Umgang mit Erfolgserleben als auch Niederlagen und damit auftretenden Emotionen erfahrbar zu machen (vgl. ebd., S. 24f.).

### Freude, Flow und Stolz

Als Flow wird ein Gefühl der Zeitvergessenheit, des völligen Einklanges und Fokussierung auf eine Tätigkeit und der vollkommenen Kontrolle über das eigene Tun verstanden. Um diesen Zustand zu erreichen, müssen für den oder die Adressat\*in ansprechende Übungen gewählt werden, sodass sie sich weder über- noch unterfordert fühlen (vgl. ebd., S. 26).

*„Die dann eintretende Selbst- und Zeitvergessenheit durch die hundertprozentig erforderte Aufmerksamkeit ermöglicht es, die Bewegungsabläufe in einer harmonischen Einheit zwischen Körper und Geist zu erleben“ mit dem Resultat von „Zufriedenheit, Glücksgefühl und Entwicklung“ (ebd., S. 26).*

Die Adressat\*innen fühlen sich stolz, aus eigener Kraft etwas Besonderes oder Bewundernswertes geleistet zu haben. Das Wissen um die vollbrachte Leistung während und nach dem Klettern, erzeugt wiederum Gefühle von großer „*Genugtuung und Zufriedenheit mit sich selbst*“ (ebd., S. 26).

Für die therapeutische Praxis kann der individuelle Umgang mit Leistung angesprochen werden oder gemeinsam Ziele gesetzt werden, um Zustände von Freude, Flow und Stolz zu erzeugen (vgl. ebd., S. 27).

## Grenzen

Grenzen können vor schlechten Erfahrungen schützen, eine zu starke Abgrenzung kann aber wiederum zur „Begrenzung“ zu anderen Personen führen und zwischenmenschlichen Kontakt erschweren.

Das therapeutische Klettersetting eignet sich hervorragend, um physische und psychische Grenzen in einem sicheren Rahmen erfahrbar zu machen: durch die Konfrontation mit Höhe, dem Schwierigkeitsgrad der Route, durch den Einsatz der körperlichen Maximalkraft, aber auch durch die Reflexion der eigenen Grenzsetzungen.

Der oder die Klettertherapeut\*in hat den Auftrag, das Anforderungsniveau an die individuelle Lernzone auszurichten, sodass die kletternde Person weder in ihrer Komfortzone bleibt noch in die Panikzone gerät (siehe Kap. 4.3.). Für den oder die Adressat\*in ist die Überwindung der persönlichen Grenze eine fordernde Situation, die Mut und Vertrauen in die eigenen Kompetenzen benötigt.

Anhand von Regeln werden Grenzen von außen vorgegeben und ein sicherer Rahmen im sozialen Miteinander erzeugt – sie machen Abläufe vorhersehbar und kontrollierbar. Wichtige Kletterregeln in der Halle umfassen z.B. Sicherungstechnik, Verhalten in der Halle, klare Kommunikation durch Kommandos oder den Partner\*innen-Check (vgl. Kowald/Zajetz 2015a, S. 27-30).

Insbesondere im Inklusionssport wird Adressat\*innen von ihrem Umfeld oft zu wenig zugetraut. Klettern ermöglicht ihnen, ihre Grenzen zu spüren und auszuloten. Der sichere Rahmen des Kletterns ermöglicht Kindern und Jugendlichen ihre Abenteuerlust und Risikofreude auszuleben, welche im Alltag zu kurz kommen. Gerade bei Kindern mit geistigen oder körperlichen Behinderungen wird dieser Drang oft durch Überbehütung, Nichtzutrauen oder Vorenthaltung des sozialen Netzwerkes unterbunden (vgl. Cordas et al. 2004, S. 74).

## Körpererfahrung

Während des Kletterns können lust- und freudvolle Körpererfahrungen gesammelt werden, welche sich wiederum positiv auf das eigene Körperbild und die mentale Gesundheit auswirken können. Durch reflexive Fragen zu Anspannung oder Entspannung sowie zu Lokalisierungen bestimmter Emotionen im Körper, wird eine intensive und nachhaltige Auseinandersetzung mit dem körperlichen Empfinden ermöglicht (vgl. Kowald/Zajetz 2015a, S. 31). Beispielsweise kann die Beschäftigung mit dem eigenen oder anderen Kletterstilen die Erfahrung generieren, wie es sich anfühlt, eine andere Rolle einzunehmen (vgl. ebd., S. 30f.).

*„Anweisungen in diese Richtung könnten beispielsweise sein:*

*‚Klettere einmal wie eine mutige Person.‘*

*‚Klettere, wie dein Vater klettern würde.‘ (...)*

*‚Klettere wie ein geduldiger Mensch.‘*

*„Klettere wie Angelika.“ (Angelika war eine Teilnehmerin der Gruppe)“ (ebd., S. 31).*

### Leistung

Der individuelle Zugang zu Leistung ist vielfältig: Die einen trainieren verbissen an einer Route, bis sie durchgestiegen wird, andere wiederum probieren sie erst gar nicht, in dem Gedanken, sie „eh nicht zu schaffen“. Wieder andere rechtfertigen ihr Scheitern durch Ausreden oder Schmälern ihren Erfolg, sobald eine Route gelungen ist. Therapeutisches Klettern ist ein gutes Medium, jene Muster und die meist ähnlichen Gewohnheiten im Alltag zu reflektieren (vgl. Kowald/Zajetz 2015a, S. 32). Fragen, die für Theapeut\*innen hilfreich sein können, sind z.B.:

*„Wie fühlt es sich an, es doch zu probieren? Wie fühlt sich der erlebte Fortschritt an, wenn man an etwas dranbleibt? Wie fühlt sich das ‚Loslassen‘ einer verbissenen Leistungsvorgabe an? Häufig ist auch das zweifache Spüren wichtig. Wie fühlt es sich im Körper an und wie fühlt es sich psychisch an?“ (ebd., S. 32).*

Für Theapeut\*innen ist es ebenso wichtig, den eigenen Zugang zu Leistung zu kennen, da die sonst vorhandenen blinden Flecken eine gelungene Arbeit mit dem/der Klient\*in kaum möglich machen (vgl. ebd., S. 33).

### Lernen/Lehren

Damit Adressat\*innen sich selbst als kompetent empfinden und Inhalte gut angenommen werden, muss genügend Zeit für das Lehren und Lernen eingeplant werden. Wichtig dabei ist, die zu vermittelnden Inhalte als Lehrende\*r selbst gut zu beherrschen, um auf die individuellen Anforderungen der Lernenden flexibel reagieren zu können. Ziel einer Lerneinheit ist es, dass die Schüler\*innen sich kompetenter und sicherer wahrnehmen als zuvor, sich unterstützt und wahrgenommen fühlen und sich ihr Selbstwert erhöht (vgl. ebd., S. 33f.).

### Nähe und Distanz

Die Verbindung zwischen sichernder und kletternder Person wird durch das Seil explizit veranschaulicht. Dennoch ist der oder die Kletternde handlungsanleitend. Er oder sie entscheidet, was als nächstes passiert. Klettern ermöglicht somit die Erfahrung von autonomem Handeln und Eigenverantwortung (vgl. ebd., S. 35).

Die sichernde Person hingegen vermittelt einen geschützten Rahmen, indem die kletternde Person frei für Exploration ist (vgl. ebd., S. 35).

*„Dies bedeutet für uns Therapeuten und Pädagogen, diesen Bedürfnissen unserer Klienten nach Freiheit, Grenzen, Selbstständigkeit und Verantwortung empathisch Raum zu geben und gleichzeitig für einen Rahmen zu sorgen, der Sicherheit und Schutz bietet“ (Kowald/Zajetz 2015a, S. 35f.).*

### Planung und Ziele

Das Spektrum von Struktur und Spontaneität macht sich bei den kletternden Adressat\*innen durch die Planung und Durchführung bestimmter Routen oder einzelner Kletterpassagen sichtbar. Sie können einen Bezug zum Alltag herstellen und reflektieren, wie (un)zufrieden sie mit ihrem eigenen Umgang in der Planung und Zielsetzung sind (vgl. ebd., S. 36).

*„Hier lassen sich oft wunderbare Metaphern oder Transfers ins Alltagsleben finden: Wie geplant gehe ich Projekte an, kann ich überhaupt planen, wie ungeduldig werde ich dabei, was für Folgen hat ungeplantes Handeln, wann gilt es spontan zu sein, wann eher bewusst planend?“ (ebd., S. 36).*

### Selbstwert – Selbstwirksamkeit

Jeder Fortschritt im Klettern und jedes Top, das erreicht wird, ist auf die eigene Kraft des/der Adressat\*in rückzuführen und wirkt sich positiv auf das eigene Selbstbild und den eigenen Selbstwert aus. Die Kletternden erleben sich mental und körperlich stärker und bemerken, dass anfänglich schwer bewältigbare Routen, nach und nach vertrauter und leichter von der Hand gehen. Insbesondere Routen, die anfangs unmöglich erscheinen und durch gezieltes Training geschafft werden, steigern die Selbstwirksamkeitserfahrungen der Adressat\*innen. Dabei wird nicht nur die eigene Kraft, sondern auch Lebendigkeit und Kompetenz erlebt (vgl. ebd., S. 36f.).

### Vertrauen

Vertrauen bzw. Misstrauen sind grundlegende Themen des Seilkletterns. Adressat\*innen können Vertrauen in sich, in andere, Misstrauen oder auch „blindes“ Vertrauen entwickeln. Oft macht sich das eigene Verhältnis zu Vertrauen in der Beziehungsdynamik der Seilschaft erkennbar, denn letztendlich legt die kletternde Person das eigene Leben in die Fähigkeiten des/der Sichernden. Um Vertrauen aufzubauen, raten Kowald und Zajetz (2015a) dazu, noch bevor es an die Kletterwand geht, Vertrauensübungen mit dem/der Partner\*in durchzuführen, Seil- und Sicherungstechniken am Boden einzustudieren und aufklärende Gespräche über die korrekte Verwendung der Karabiner, des Gurtes und des Seils, als auch die Bewusstheitsschaffung über mögliche Konsequenzen eines Fehlverhaltens,

durchzuführen. Fragen, die auftreten sind z.B.: Was kann ich tun, damit ich vertrauenswürdig bin? Oder: Was brauche ich oder die andere Person, um Vertrauen aufzubauen? Oft hilft mehr Zug am Seil, Aufmerksamkeit und Kompetenz des Sichernden oder Ruhe, um eine sichere Umgebung zu kreieren (vgl. ebd., S. 38f.).

Die eben beschriebenen Erlebnisqualitäten sind untrennbar mit dem Element Klettern verbunden und wirken sowohl im erlebnispädagogischen als auch ergotherapeutischen Klettern, auf welche in den anschließenden Kapiteln näher eingegangen wird.

## 4. Erlebnispädagogik

Wie schon im Kapitel Erlebnisqualitäten beschrieben, wird als Erlebnis ein „*nicht alltägliches, besonderes Ereignis, das uns innerlich bewegt, nachhaltig prägt und dessen Bedeutung letztendlich höchst individuell ist*“ verstanden (Lakemann 2018, o.S.). Erlebnispädagog\*innen setzen sich den Auftrag, mit jenen Erlebnissen zu arbeiten und diese durch verschiedene Reflexionsmethoden in den alltäglichen Erfahrungsraum zu transferieren (vgl. Michl 2020, S. 10).

Erlebnispädagogik findet ihre Wurzeln in der Reformpädagogik, gewinnt aber erst nach dem Ersten Weltkrieg durch Kurt Hahn, dem Begründer der Erlebnistherapie, an Bekanntheit (vgl. Kinne 2013, S. 16). Als handlungsorientiertes Konzept, welches in der Sozialpädagogik, Heilpädagogik, im Schulwesen oder auch bei (Outdoor)-Teamtrainings in der Erwachsenenbildung angewandt wird, will es insbesondere „*junge Menschen durch exemplarische Lernprozesse und durch bewegtes Lernen vor physische, psychische und soziale Herausforderungen – vornehmlich in der Natur – stellen, um sie in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu fördern und zu befähigen, ihre Lebenswelt verantwortlich zu gestalten*“ (Heckmair/Michl 2018, S. 108; Lakemann 2018, o.S.; Kinne 2013, S. 16). Die Gruppe ist dabei ein Lernfeld, indem soziale Kompetenzen erlernt und erweitert, aber auch interne (Macht)Strukturen oder gruppendynamische Prozesse aufgezeigt werden können (vgl. Kinne 2013, S. 46). Das Fundament der erlebnispädagogischen Arbeit beruht auf der freiwilligen Teilnahme und Eigenmotivation der Interessent\*innen, wobei letztere auch erst während der Tätigkeit durch ihren unmittelbaren, motivational anregenden Charakter entstehen kann (vgl. Reineke 2017, S. 83).

Grundsätzlich wird der Rahmen des pädagogischen Settings von den Erlebnispädagog\*innen vorgegeben. In diesem können sich die Adressat\*innen frei bewegen, während sie non-direktiv begleitet werden. Diese Freiheit soll zu selbstverantwortlichem Handeln anregen und neben Selbstermächtigung auch soziale Kompetenzen durch die gemeinsame Gruppenaktivität fördern (vgl. Kinne 2013, S. 21).

Erlebnisorientierte Prozesse haben einen starken Motivationscharakter und regen zur hohen emotionalen Beteiligung und Eigeninitiative an. Dabei werden die Teilnehmer\*innen aufgefordert, ihre Komfortzone zu verlassen und aktiv eigene Grenzen zu erkennen und zu überwinden, ohne dabei in Überforderung zu geraten (siehe Kapitel 4.3.), was letztlich zu einem gesteigertem Selbstwirksamkeitserleben führt und sowohl soziale als auch personale Lernprozesse anstößt. Mittels anschließend eingeleiteter Reflexionen wird versucht, Parallelen zum Alltag herzustellen, um die erlernten Fähigkeiten besser ins gewohnte Leben transferieren zu können (vgl. Kinne/Woitekowiak 2013, S. 107).

Erlebnispädagogische Aktivitäten vollziehen meist vier Phasen, welche von Lukowsky (2017) in Form der **E-Kette** dargestellt werden:

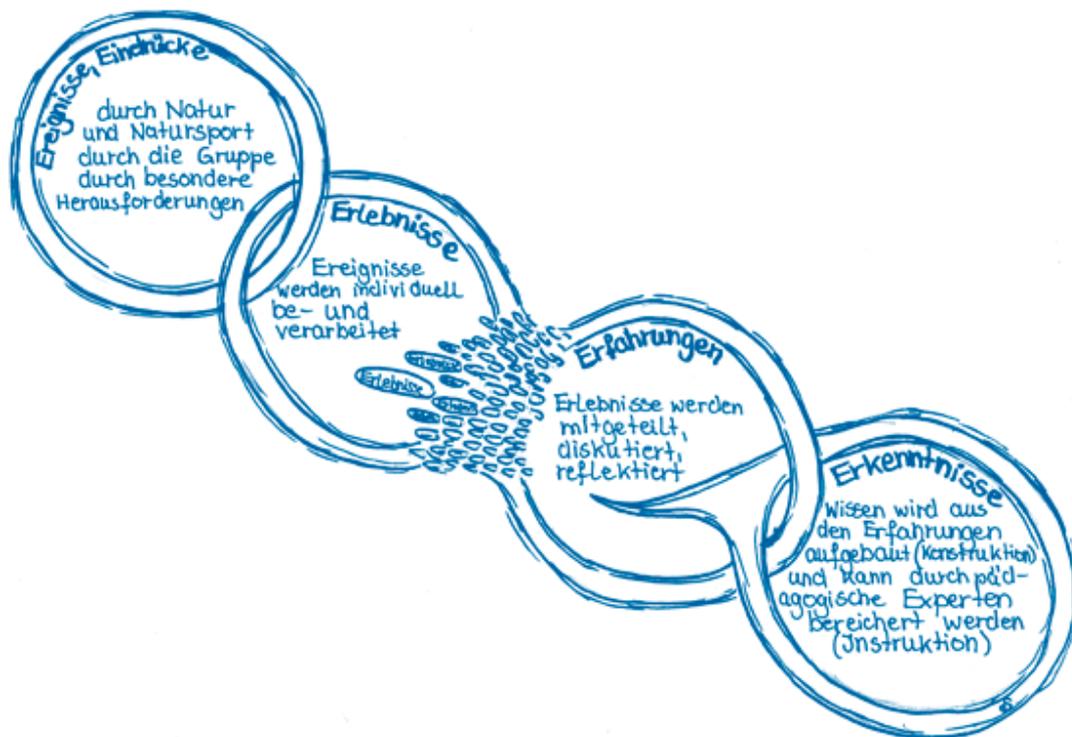


Abbildung 11: Die E-Kette (Michl 2020, S. 11)

Zuallererst zieht ein **Ereignis** die Aufmerksamkeit des Individuums an sich. Dieses wird vom Individuum aufgegriffen und intern als **Erlebnis** verarbeitet. Durch wechselseitigen Austausch, reflexive Gespräche oder kreative Techniken konstituiert sich aus dem Erlebnis eine **Erfahrung**, welche im letzten Teil der Kette durch die Übertragung in andere Bereiche zur **Erkenntnis** für das alltägliche Leben wird (vgl. Lukowsky 2017, S. 30). Ob und inwiefern ein Ereignis als prägendes und besonderes Erlebnis erfahren wird oder sich aus einem Erlebnis eine einprägsame Erfahrung entwickelt, hängt von den individuellen Gegebenheiten, dessen Interpretation des Ereignisses und Transfermöglichkeit in den Alltag ab (vgl. Michl 2020, S. 9).

Auch die Wahrnehmung von Herausforderung variiert stark zwischen den Individuen. Was für die eine herausfordernd ist, kann für den anderen überfordernd oder auch unterfordernd sein. Aus diesem Grund passt sich der erlebnispädagogische Auftrag in der Zielsetzung als auch in der Auswahl der **Methode**, den individuellen Bedürfnissen und Interessen der Zielgruppe an. „Die Spannweite eines solchen Angebots kann genauso unterschiedlich sein wie die Verschiedenheit jeglichen Menschlichen Seins“ (Kinne 2013, S. 17). Dabei werden Aktivitäten so gestaltet, dass ein bestimmtes Erlebnis mit hoher Wahrscheinlichkeit eintritt (vgl. Kowald 2015). Dieser Auftrag reicht von kommerziellem Interesse bis hin zum Interesse der Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Einwanger 2015, S. 82f.).

Im Vergleich zur Freizeitpädagogik, welche das Augenmerk auf das Erlebnis eines Ereignisses legt, ohne dieses zu reflektieren; oder zur Erlebnistherapie, welche den Fokus auf die Reflexion und den anschließenden Transfer in den Alltag setzt; befasst sich Erlebnispädagogik in gleichen Maßen mit

dem Eindrücken des individuell erlebten Ereignisses und dem reflexiven Transfer von Erfahrungen in den Alltag (vgl. Michl 2020, S. 10).

Neben der pädagogischen Zielsetzung entscheiden auch Motivation und Rahmenbedingungen über die Auswahl des pädagogischen Lernfeldes. Das Vektorenmodell nach Werner Ebner (siehe Abb. 12) gibt eine grobe Übersicht bezüglich der erlebnispädagogischen Dreidimensionalität.

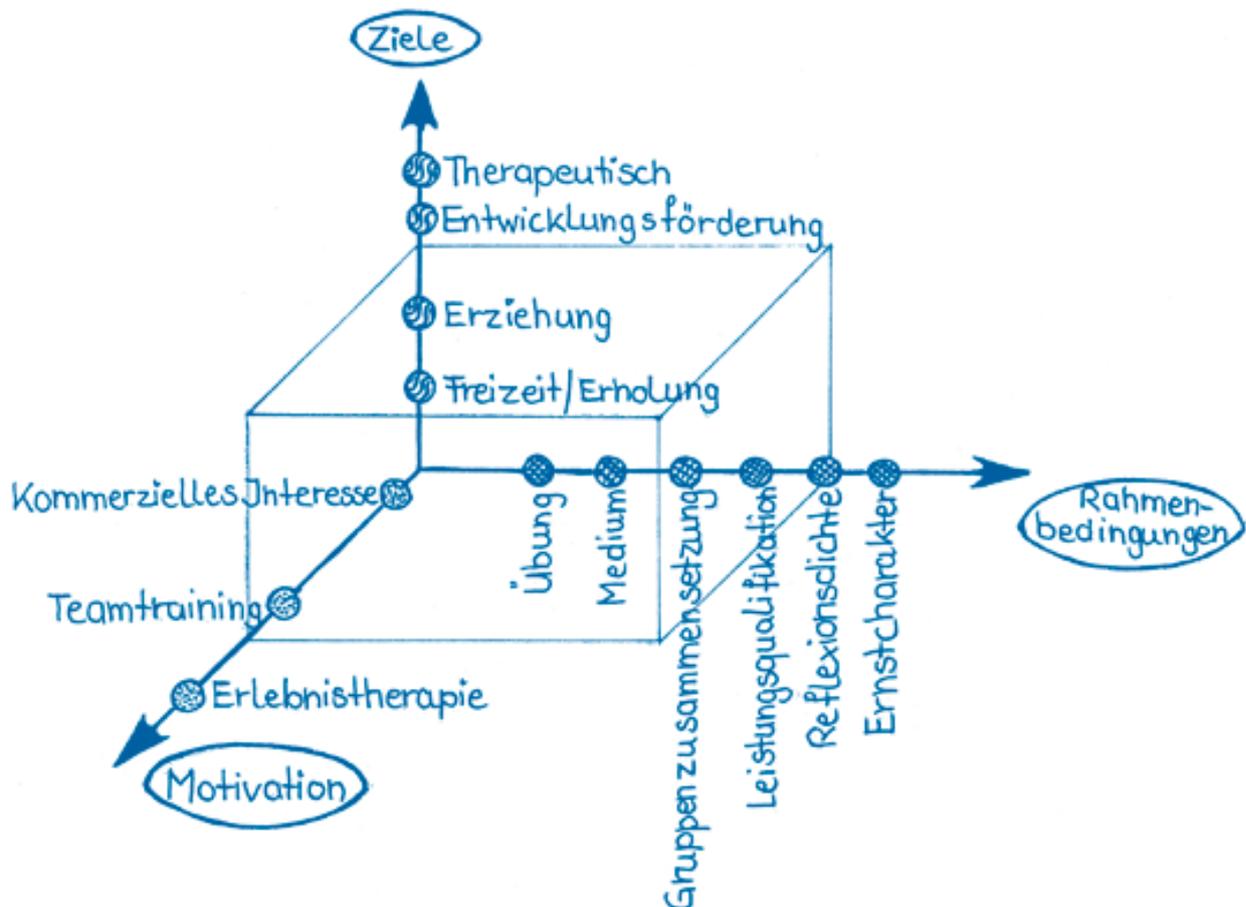


Abbildung 12: Vektorenmodell nach Werner (Michl 2020, S. 13)

Aus der eben beschriebenen Theorie wird ersichtlich, dass es in der Praxis nur bedingt möglich ist, Erlebnisse gezielt voranzuplanen. Jede Person nimmt das vordefinierte Setting durch ihren biographischen Hintergrund unterschiedlich wahr und reagiert ihrer Erfahrung entsprechend – ob der erwünschte Lerneffekt eintritt, kann im Vorhinein nicht bestimmt werden. Umso wichtiger ist es für den/die Pädagog\*in, die Grundlagen der Erlebnisqualitäten im Auge zu behalten und eine stabile therapeutische Beziehung zu gestalten, um bestmöglich auf die Reaktionen des/der Adressat\*in reagieren zu können (vgl. Kowald 2015, S. 47).

Erlebnispädagogische Aktivitäten müssen nicht zwangsläufig actionreich sein. Auch Erfahrungen von Einsamkeit, Stille oder Dunkelheit können eindrucksvolle Erlebnisse schaffen (vgl. Michl 2020, S. 13). Tatsächlich wird das objektive Gefahrenpotenzial von den Erlebnispädagog\*innen so gering wie möglich gehalten, um Stürze oder Verletzungen zu vermeiden. Dennoch nehmen die Adressat\*innen die

Aktivitäten oft als herausfordernd und gefährlich wahr. Der Auftrag der Erlebnispädagogik liegt nun darin, den „*schmalen Grat zwischen Herausforderung und Überforderung zu treffen*“ (Kinne 2013, S. 39). Objektiv betrachtet ist das Top-Rope-Klettern z.B. sehr gut abgesichert: Die Personen sind am Seil durch einen Umlenker eingebunden und von eine\*r Partner\*in gesichert, auch das Material wird vor jedem Durchgang überprüft. Trotzdem können die Schwierigkeit der Route, das fehlende Vertrauen zu dem/der Sicherungspartner\*in oder auch die Neuheit der Situation subjektiv empfundene Gefahr erzeugen. Mittels „*Vertrauensübungen, Materialkunde und eine[r] kompetenten Einführung in die Sicherungstechnik*“ kann dieser entgegengewirkt werden (vgl. ebd., S. 39).

Als „klassische“ erlebnispädagogische Aktivitäten zählen neben Klettern und Abseilen, Wandern, „*Höhlenbegehungen, Kajakfahren, Rafting, Fahrradtouren und Kuttersegeln*. Die moderne Erlebnispädagogik öffnet sich jedoch auch neueren pädagogisch bisher wenig erschlossenen Erfahrungsräumen wie der *Großstadt*“ (ebd., S. 24). Diese Arbeit konzentriert sich auf das erlebnispädagogische Klettern, welches für Kinne und Woitkowiak (2013) das am häufigsten genutzte und komplexeste Tätigkeitsfeld in der Erlebnispädagogik sei (vgl. ebd., S. 106). Im nachfolgenden Kapitel wird beschrieben, was erlebnispädagogisches Klettern ausmacht, wie erlebnispädagogisch geklettert wird und was es bewirken kann.

## 4.1. Erlebnispädagogisches Klettern

Beim Klettern entscheiden individuelle Faktoren, die Gruppengröße und Rahmenbedingungen sowie der erhoffte Transfer, über die Auswahl des erlebnispädagogischen Settings:

*„Ob Bouldern-, Sport- oder Alpinklettern, hängt neben den organisatorischen und logistischen Einflussfaktoren v.a. von den erhofften pädagogischen Transfers ab. Gleiches gilt für die Entscheidung ‚Halle oder Fels‘“ (Einwanger 2015, S. 86).*

Für Kowald wird in der Klettertherapie erlebnistherapeutisch gearbeitet. Das bedeutet, dass Interventionen auf die Erlebnisse während des Kletterns folgen, und daraus ein Effekt erzielt wird. Sie betont, dass das Gegenüber ganzheitlich mit *Herz, Hand und Verstand* betrachtet wird – was eine besondere Herausforderung für den/die Erlebnispädagog\*in darstellen kann und unterschiedlichste Kompetenzen abverlangt (vgl. Kowald 2015, S. 45f.).

Diese emotionalen, kognitiven und körperlichen Prozesse werden unmittelbar während des Kletterns erfahrbar. Pädagog\*in und Klient\*in können sich dies zunutze machen, indem über das eben Erlebte gesprochen wird und neue Herangehensweisen direkt an der Wand ausprobiert werden. Dennoch muss das Geschehene nicht andauernd reflektiert werden, die Unmittelbarkeit der Kletteraktivität lässt interne Prozesse auch ohne Zutun des oder der Pädagog\*in stattfinden (vgl. Zajetz 2015, S. 42).

Das unbekannte, nicht-alltägliche Setting wirkt anregend, in jeder Einheit können neue Probleme bewältigt und Erfolge wahrgenommen werden. Die Adressat\*innen müssen kreative und spontane Lösungsversuche entwickeln sowie mit ihrer gesamten Aufmerksamkeit bei der nächsten Kletterbewegung sein, um voranzukommen. Sie setzen sich intensiv mit ihrem Körper auseinander, woraus ein verbessertes und positiv bewertetes Körperempfinden resultiert. Zudem sorgt die Bewältigung schwieriger Kletterpassagen für ein gesteigertes Kompetenzerleben. Sie lernen sich realistischer einzuschätzen, gewinnen an Selbstsicherheit und trauen sich neue Aufgaben zu, die mit mehr Selbstbewusstsein ausgeführt werden. Des Weiteren wird das Tragen von Verantwortung, gegenseitiges Vertrauen und Verlässlichkeit durch die Seilschaft geschult und erfahrbar gemacht. Die Teilnehmer\*innen lernen, sich als Teil einer Gruppe zu sehen und für das Wohlergehen der Gruppe zu handeln, was sich wiederum positiv auf die Entwicklung sozialer Kompetenzen auswirkt (vgl. Lukowsky 2017, S. 29; Einwanger 2015, S. 86f.; Leichtfried 2015, S. 113; Kinne/Woitkowiak 2013, S. 106-108).

Eigenes „Versagen“ kann nicht auf andere rückgeführt werden, wodurch internalisierte Schuldzuweisungsmuster oder kontraproduktive Lösungsmechanismen, wie z.B. Vermeidung, Fremd- oder Autoaggression, bewusst gemacht und bearbeitet werden können. Die Adressat\*innen merken, dass diese Muster nicht dabei helfen, eine schwierige Kletterpassage zu meistern, woraufhin gemeinsam mit den Erlebnispädagog\*innen neue Lösungsstrategien zur Zielerreichung erschlossen werden können (vgl. Einwanger 2015, S. 87).

Erlebnispädagogisches Klettern beschäftigt sich nicht nur an der Wand mit „Problemen“, sondern kann im besten Fall auch zur Lösung von Hindernissen im Alltag beitragen. Probleme, die an der Kletterwand entstehen, können gut in den Alltag transferiert und symbolisiert werden. Thimme zählt *„Sicher gehalten werden, Verantwortung tragen, Loslassen, um weiter zu kommen, Standfestigkeit erleben, im Gleichgewicht bleiben“* als aufkommende Themen auf (Thimme 2021, S. 306).

Die Vielfalt erlebnispädagogischer Methoden bietet den Vorteil, für jede\*n etwas Geeignetes zu finden. Es überrascht also nicht, dass sie auch in der Arbeit mit autistischen Menschen zur Anwendung kommen.

## 4.2. Erlebnispädagogische Autismus-Therapie

Die persönlichkeitsbildenden Eigenschaften der Erlebnispädagogik können dazu beitragen, das Interessensspektrum autistischer Kinder und Jugendliche zu erweitern und *„zu einer Auseinandersetzung mit eigenen Stärken und Schwächen zu motivieren, das Selbstbewusstsein sowie sozial-emotionale Kompetenzen zu fördern. Darüber hinaus findet sich wertvolles Erfahrungs- und Lernpotenzial für die Förderung von Kompetenzen in der Handlungsplanung, koordinativer Fähigkeiten, der Auseinandersetzung mit Problemlösungen, dem Umgang mit Frustration, dem Ausbau der eigenen Ausdauer und der Impulskontrolle sowie der Wahrnehmung und der Fein- und Grobmotorik“* (Reineke 2017, S. 94).

Um diesen Prozess in Gang zu bringen, betont Reineke (2017), die Wichtigkeit der freiwilligen Teilnahme und Therapiemotivation der Adressat\*innen sowie der Freude an der Tätigkeit, welche auch erst durch den Erlebniszugang aufgebaut werden kann (vgl. ebd., S. 83).

Die Wahl des Settings soll von der autistischen Ausprägung und dem Entwicklungsstandes des/der Adressat\*innen abhängig gemacht werden, so Reineke (2017). Sie empfiehlt, entweder in einem Einzelsetting zu bleiben oder ein Kleingruppenformat mit maximal vier bis fünf Kindern/Jugendlichen, zwei Erlebnistherapeut\*innen und eventuell einer weiteren pädagogischen Hilfskraft zu wählen (vgl. ebd., S. 93). *„So können beim Sich-Erproben und Erleben die Ziele im Blick behalten, die Besonderheiten der Klientel aufgefangen und die notwendige Sicherheit gegeben werden“* (ebd., S. 93).

Indem Abläufe zeitlich ähnlich strukturiert sind, kann ein übersichtlicher Rahmen geschaffen werden, der für Sicherheit und Vorhersehbarkeit sorgt (vgl. ebd., S. 92). Zusätzlich sollte der Rahmen so gestaltet werden, sodass der Rückzug in die Komfortzone jederzeit möglich ist (vgl. ebd., S. 83f.).

Die Auswahl der erlebnispädagogischen Herausforderungen soll sich an den Schweregrad der autistischen Ausprägung anpassen und eventuell vereinfacht werden. Dabei kommt der Verbalisierung von Erfahrungen der Adressat\*innen und strukturgebende Elemente eine besondere Wichtigkeit zu. Die Basis der erlebnispädagogischen Prinzipien und Methoden bleibt dabei die gleiche (vgl. ebd., S. 93). Visualisierungen von Regeln, Prozessen oder Gefühlen durch Bildkärtchen eignen sich besonders gut als strukturierende Hilfsmittel. Aber auch *„verbale Interventionsformen wie das Einbringen von positiven Affirmationen, das Beschreiben der Situation sowie helfende Fragen von außen“* können hilfreiche Instrumente in der Begleitung von autistischen Personen sein (ebd., S. 92).

Hierzu sollte neben der freiwilligen Teilnahme, individualisierten Fördermaßnahmen und einem strukturierten Rahmen, nicht auf eine tragende Beziehung vergessen werden, welche mindestens genauso relevant für die Wirksamkeit der erlebnispädagogischen Methode sei (vgl. ebd., S. 93). Reineke (2017) fasst zusammen: *„Somit hängt die Wirksamkeit erlebnispädagogischer Methoden wesentlich von der Motivation des Klientels, einer tragfähigen und vertrauensvollen Klienten-Therapeutenbeziehung sowie der Passung zwischen den Förderzielen, den individuellen Entwicklungsbedürfnissen des Klienten sowie der gewählten ‚Erlebnis-Methodik‘ ab“* (S. 93f.). Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, empfiehlt sie, sowohl in der Erlebnispädagogik als auch in den Methoden der Autismus-Therapie ausgebildet sowie in deren Anwendung routiniert zu sein, um nach den aktuellsten Sicherheitsstandards handeln zu können (vgl. ebd., S. 92f.).

Ein beliebtes erlebnispädagogisches Modell, welches sich mit den verschiedenen Lernzonen auseinandersetzt und insbesondere in der klettertherapeutischen Arbeit, als auch in der Autismus-Therapie zur Anwendung kommt, wird nachfolgend beschrieben.

### 4.3. Lernzonenmodell

Das Lern- bzw. Komfortzonenmodell nach Luckner und Nadler (zit.n. Michl 2020, S. 44) ist ein zentrales Modell der Erlebnispädagogik und wird häufig als Planungs- bzw. Interventionsmaßnahme in erlebnispädagogischen Einheiten angewandt (vgl. Einwanger 2015, S. 88). Das Modell unterscheidet zwischen drei unterschiedlichen Lern- bzw. Stresszonen, durch welche die Adressat\*innen schreiten können. Der erlebnispädagogische Auftrag besteht darin, die geplante Aktivität an das individuelle Erregungsniveau der Adressat\*innen abzustimmen, sodass die Adressat\*innen sich weder unter- noch überfordert fühlen und in der Lernzone an neuen, herausfordernden Situationen wachsen können. Bleibt der oder die Adressat\*in in der Komfortzone, so werden keine neuen Fähigkeiten zur Lösung der gestellten Aufgabe benötigt und ein Lernerfolg bleibt aus. Ist die Aufgabe zu anspruchsvoll, wird darauf mit Panik reagiert und reflexive Denkprozesse sind ebenfalls nicht mehr möglich. Erst durch die Konfrontation mit einem neuen, herausfordernden Ereignis, für welches die üblichen Bewältigungsstrategien nicht reichen, wird die Person zum Lernen angeregt und kann ihre Komfort- bzw. Wachstumszone erweitern (vgl. Michl 2020, S. 45). Angst, Überforderung, aber auch Unterforderung können Menschen in ihrer Entwicklung hemmen. Eine vertrauensvolle, sichere Beziehung zu den Erlebnispädagog\*innen als auch in die eigenen Fähigkeiten, sind Gegenspieler, die diese Zustände verhindern können (vgl. Lovric 2015, S. 19). Nachfolgend wird auf die drei Lernzonen während des Kletterns, die inkludierten Gefühle des oder der Kletternde\*n und das dazugehörige Spannungsniveau näher eingegangen:

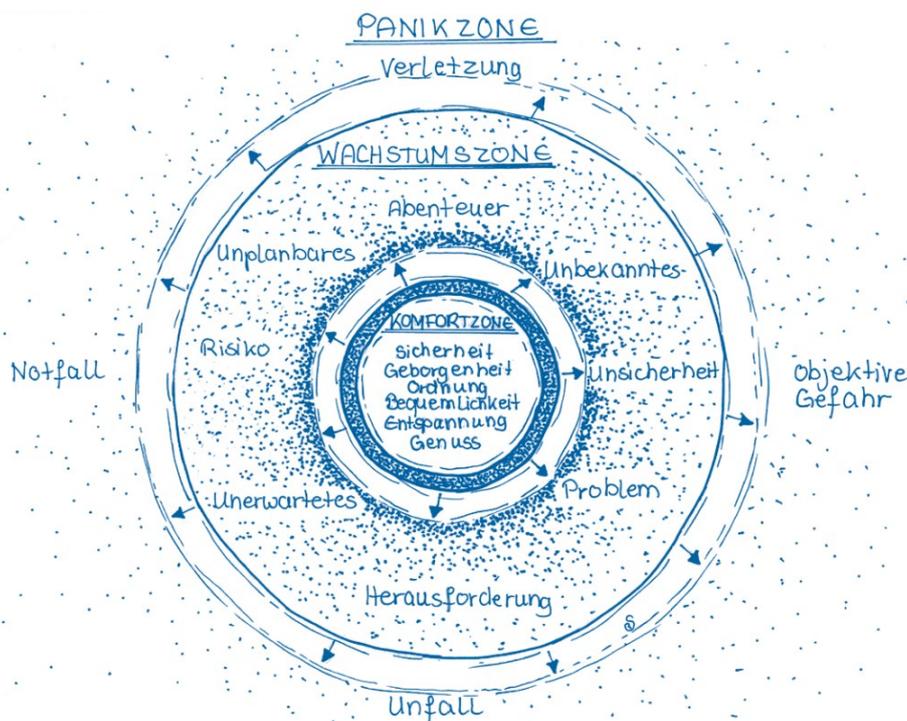


Abbildung 13: Lernzonenmodell (Michl 2020, S. 44)

## Komfortzone

In der Zone des Komforts fühlt sich der/die Kletternde wohl und selbstsicher - er oder sie genießt die Kletterroute ohne an seine oder ihre Grenzen zu kommen. Eine typische Aufwärmroute wäre z.B. in der Komfortzone angesiedelt. Vielleicht ist er oder sie die Route schon geklettert und weiß, welche Griffe als nächstes folgen. Die Aufgabenbewältigung, Orientierung und Kommunikation während des Kletterns gelingt problemlos (vgl. Kohlberger 2021, S. 1). Die Komfortzone kann auch dazu dienen, bereits Erlerntes zu festigen (vgl. Kinne 2013, S. 32). Hierbei betont Lukowski (2017), dass die Komfortzone *„für viele psychisch kranke Menschen sogar der einzige Bereich [ist], in dem neue Erfahrungen mit sich, dem Seilpartner, der Bewegung und neuen Problemlösestrategien gemacht werden können. Dies zu unterschätzen ist ein Kardinalfehler in der Behandlung psychiatrischer Patienten, denn ‚Weniger ist mehr‘“* (ebd., S. 66).

## Lern- oder Wachstumszone

Als Lern- oder Wachstumszone wird jener Bereich bezeichnet, welcher noch genügend Nähe zur Komfortzone impliziert, um sich sicher zu fühlen und dennoch, durch die Konfrontation mit einer neuartigen Situation, als Herausforderung wahrgenommen wird (vgl. Kinne 2013, S. 32). Sobald die Komfortzone verlassen und die Lernzone betreten wird, bewegt sich die Person auf unbekanntem Terrain. Die bisher bekannten Strategien reichen für die Aufgabenbewältigung nicht mehr aus und es müssen neue erlernt werden. Erweisen sich diese für das Individuum als nützlich, wird das Handlungsrepertoire erweitert und die Komfortzone vergrößert (vgl. Kohlberger 2021, S. 1; Kinne 2013, S. 32).

Je mehr Anstrengung für die Kletterroute benötigt wird, umso unkomfortabler wird diese. Dies kann verschiedene Auslöser haben: einerseits die Dauer und Länge der Route, aber auch für den/die Kletternde schwierigere Passagen oder höhere Wände. Dennoch wird Stress in der Lernzone durchaus noch als positiv erlebt und dessen Regulation kann erlernt werden (vgl. Lukowski 2017, S. 60-66).

## Panikzone

Wird das Individuum mit zu vielen neuen Anforderungen konfrontiert, kann es in Panik geraten, da die neue Erfahrung nicht mit Altbekannten in Verbindung gebracht werden kann. In einer Überforderungssituation ist Lernen nicht mehr möglich – es wird mit Kampf, Flucht oder Freeze reagiert (vgl. Kinne 2013, S. 33). Die Panik-Zone ist durch Angst und hohen Stress charakterisiert. Die Person ist orientierungslos, Problemstellungen sind ihr fremd und Umgebungsreize werden kaum wahrgenommen. *„Oftmals tritt das Gefühl von Überforderung auf, welches mit körperlichen Symptomen, wie Zittern, Schweißausbruch, oder Herzrasen einher gehen kann. Das Gehirn ist nicht lernfähig, da es blockiert aufgrund des Gefühls gelähmt zu sein und keine Kontrolle zu haben“* (Kohlberger 2021, S. 1).

Der oder die Klettertherapeut\*in kann eine laute Atmung, zitternde Beine, verminderte Reaktionsbereitschaft bei Zurufen der Umwelt und Erstarrung des oder der Kletternden feststellen. Blicke wechseln zwischen Therapeut\*in und Kletterwand hin und her. Ebenso hastig sind die Bewegungsabläufe, Griffe und Tritte werden mehrfach erprobt, der/die Klient\*in wirkt dauerangespannt (vgl. Lukowski 2017, S. 62-64). *„Letztlich erfolgt ein ‚Einfrieren‘ an der Wand, wenn Stress und Angst die Oberhand über die willentliche – hier aber dysfunktionale- Zielvorgabe ‚Ich will hier rauf‘ gewinnen“* (ebd., S. 64).

Vor allem bei Neulingen besteht die Gefahr, dass die Lernzone übersprungen, und die Komfortzone direkt von der Panik-Zone abgelöst wird (vgl. ebd., S. 60f.). *„Die Komfort-Zone kann bereits einen oder zwei Meter über dem Boden zu Ende sein, die Stress-Zone direkt anschließen. Der Therapeut hat die Aufgabe, dies zu erkennen, um den Patienten anzuleiten, sich primär in seiner Komfort-Zone und bestenfalls kurzfristig in seiner Dyskomfort-Zone zu bewegen“* (ebd., S.60).

Auch wenn das Gefühl von Angst beim Klettern ein großes Thema ist, geht es nicht darum diese zu „überwinden“, sondern eher, einen angemesseneren Umgang mit Angstreaktionen zu erproben. Demnach sollte die Panikzone so gut es geht gemieden werden und primär in der Komfort- und Lernzone geklettert werden (vgl. ebd., S. 62).

*„Nur in der Komfort- und Dyskomfort-Zone werden neue Lernerfahrungen möglich, kann Vertrauen in den sichernden Therapeuten und zu sich selber aufgebaut werden. Im Stressbereich (hiermit ist ein ausgeprägter Negativ-Stress gemeint [...]) wird dies durch Angst, Panik, Anspannung und einer negativen Selbstverstärkung aufgrund massiver Ausschüttung von Stresshormonen unmöglich gemacht“* (ebd., S. 62).

## 5. Ergotherapie

*„Das griechische ‚ergon‘ bedeutet ‚Arbeit‘ im weitesten Sinne des Wortes: aktive Teilhabe, körperliche und geistige Aktivität, Leistung, Werk, Tat, Handlung, Aktion“ (Kinébanian 2019, S. 37).*

Ergotherapie ist eine Wissenschaft der Betätigung. Sie zielt darauf ab, die individuelle Handlungsfähigkeit im Alltag (wieder)herzustellen und Gesundheit und Wohlbefinden durch sinnstiftende Tätigkeiten positiv zu beeinflussen (vgl. Götsch 2007, S. 2ff.).

Sie *„unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind“* (Falkai/Riecher-Rössler o.J., o.S.). Der Einsatz verschiedenster Übungen, Beratung oder Umwelthanpassung soll dabei helfen, ein eigenverantwortliches Leben führen zu können. Dabei werden gezielt Fähigkeiten gefördert, die zu mehr Selbstständigkeit im Alltag, verbesserter Lebensqualität und zur gesellschaftlichen Teilhabe beitragen. Mögliche Anwendungsgruppen können Menschen mit Hirnerkrankungen, Lähmungen, psychischen Erkrankungen, Erkrankungen der Muskeln, Gelenke oder des Skeletts, bei Amputationen und Prothesen als auch bei Entwicklungsstörungen (wie etwa der Autismus-Spektrum-Störung) sein (vgl. IQWiG 2020, S. 1-5; Satink/Van de Velde 2019, S. 75f.).

Bereiche, die gefördert werden, sind z.B. Fertigkeiten im Alltag, im Beruf oder in der Freizeit, indem *„Bewegungs- und Wahrnehmungsübungen, Konzentrations- und Gedächtnistraining, handwerkliche und kreative Übungen, Hilfe bei der Tagesstrukturierung, Anpassung der Wohnung oder des Arbeitsplatzes, Nutzung von Hilfsmitteln wie Rollatoren oder Prothesen, Beratung, bei Bedarf auch Anleitung von Angehörigen“* angewandt werden (IQWiG 2020, S. 2). Je nach Bedarf wird stationär, teilstationär als auch ambulant im Einzel- oder Gruppensetting behandelt (vgl. Falkai/Riecher-Rössler o.J., o.S.).

Ergotherapeutisches Klettern findet seine Anwendung hauptsächlich im Rahmen der sensorischen Integrationstherapie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Dabei werden nicht nur sensorische Fähigkeiten wie etwa *„Gleichgewichts-, Körper- und Tastsinn sowie Auge-Hand-Koordination [oder] das Zusammenspiel beider Körperhälften“* (Leichtfried 2015, S. 112) gefördert, sondern auch kognitive, emotionale oder soziale Kompetenzen (vgl. ebd., S. 112f.). Kognitiv wird versucht, eine bessere Konzentrations- und Merkfähigkeit zu erreichen, die Aufmerksamkeit zu erhöhen und Handlungsplanung und -durchführung zu verbessern, sowie ein Regelbewusstsein zu entwickeln. An der Kletterwand lernen die Kinder mit starken Emotionen umzugehen, eigene Grenzen wahrzunehmen und entwickeln dadurch ein gestärktes Selbstvertrauen. Das soziale Miteinander während des Sicherns, die

gegenseitige Rücksichtnahme und das nötige Vertrauen, sowie die notwendige Absprache vor und während des Kletterns sind ein gutes Lernfeld für soziale Fähigkeiten (vgl. Theiss 2006, S. 3f.).

Ebenso wie in anderen Bereichen des therapeutischen Kletterns, gibt es auch in der Ergotherapie zu wenig Evidenz über die Wirksamkeit, die Anwendungsbereiche oder den Alltagstransfer (vgl. Holtheu/Kaiser 2020, S. 37).

Nachfolgend wird das Konzept der Sensorischen Integrationstherapie und deren Anwendung in der Autismus-Therapie näher beschrieben.

## 5.1. Sensorische Integrationstherapie bei Autismus

Als sensorische Integration (SI) wird die neuronale Verarbeitung von Sinneseindrücken verstanden, welche bei jedem Menschen stattfindet. Sinnesinformationen werden genutzt, um Informationen des eigenen Körpers oder der Umwelt wahrzunehmen, darauf zu reagieren oder von Eindrücken zu lernen. Ist dieser Prozess gestört, so können Reize aus der Umgebung (Fernsinne) und/oder am eigenen Körper (Nahsinne) nicht adäquat wahrgenommen, verarbeitet oder bewertet werden. Meist ist die Reaktion der Betroffenen für die Umwelt nicht nachvollziehbar und sorgt für Leidensdruck (vgl. Miller 2020, S. 22).

Die SI-Therapie setzt an jenen Wahrnehmungsbesonderheiten an und hilft dabei, Reize adäquat verarbeiten zu können (vgl. ebd., S. 22f.). In einer spielerischen Umgebung, welche *„mit Klettermöglichkeiten, aufgehängten Spielgeräten, Matten, Trampolinen, Hängematten und teilweise unebenen Boden“* ausgestattet ist, werden Bewegungsaktivitäten eingesetzt, um einen optimalen Erregungszustand zu erreichen sowie die Hirnfunktion und Sinnesverarbeitung der Betroffenen zu verbessern (Miller 2020, S. 22). Sie zielt darauf ab Strategien zu erlernen, um mit Wahrnehmungsbesonderheiten (siehe Kapitel 2.2.) im Alltag besser umgehen zu können. Zusätzlich sorgt das Wissen über eigne Wahrnehmungszusammenhänge für eine verbesserte Lebensqualität und Selbstermächtigung, denn *„[w]er versteht, warum er in bestimmten Situationen einer Reizüberflutung erliegt, kann frühzeitig dagegen ansteuern. Er erlebt sich als selbstwirksam“* (ebd., S. 23).

Betroffen sind Kinder, aber auch Erwachsene mit Körperwahrnehmungsstörungen. Darunter fallen 85 bis 90 Prozent aller Menschen mit Autismus (vgl. ebd., S. 22). Die über- bzw. unterempfindliche Reaktion autistischer Menschen auf bestimmte Reize, ist auf eine nicht adäquate Funktion der Filtersysteme rückzuführen. Es werden zu viele oder zu wenige Reize wahrgenommen, was eine veränderte Bewertung von Reizen zur Folge hat. Objektiv unbedeutende Reize können als zu intensiv und bedrohlich wahrgenommen werden. Die subjektiv passende Reaktion „Verteidigung“ ist für Außenstehende kaum nachvollziehbar (vgl. ebd., S. 25). Dabei funktionieren die Sinnesorgane im Normalfall problemlos. Schwierigkeiten entstehen erst in der Art und Weise wie Sinnesreize im Wahrnehmungsprozess verarbeitet werden (vgl. Häußler 2022, S. 34) (siehe Kapitel 2.2.).

Die SI-Therapie verhilft durch akute Handlungsstrategien, Reizüberflutungen langfristig entgegenzuwirken, indem Betroffene über eigene Wahrnehmungsbesonderheiten und Überempfindlichkeiten Bescheid wissen und lernen, die Aufnahme bestimmter Reize gezielt zu reduzieren oder zu hemmen (vgl. Miller 2020, S. 49).

*„Hintergrund ist die Tatsache, dass Wahrnehmungsveränderungen nicht komplett verschwinden. Man kann lediglich Einfluss auf die Intensität der Wahrnehmungsveränderung nehmen. Damit bleibt ein defensiver Mensch ein Leben lang in bestimmten Wahrnehmungsbereichen empfindlich. Er ist täglich Reizen ausgesetzt, die sein Nervensystem stressen und ihn in einen ungünstigen Erregungszustand bringen“ (ebd., S. 75).*

Es werden zwei Strategien angewandt, um sensorische Überempfindlichkeit zu minimieren: **Sensorische Hemmung** und **sensorische Diät** (vgl. ebd., S. 61).

Bei der sensorischen Hemmung wird die Intensität der Wahrnehmung gedämpft, woraufhin die Filtersysteme im Hirn entlastet werden und sich die Ausschüttung von Stress verringert sowie die individuelle Funktionalität steigert (vgl. ebd., S. 61). Die Wahrnehmungsintensität kann durch vorhersehbare Ereignisse, einen veränderten Fokus, selbstständige Entscheidungen oder Mitspracherecht, Erleichterung und Kontrolle über die Situation schaffen, aber auch durch den Einsatz von Kälte und Tiefdruck, zur Linderung von Berührungsempfindlichkeiten sorgen (vgl. ebd., S. 61-69).

Im Vergleich dazu, verzichtet die sensorische Diät ganz auf ausgewählte stressinduzierte Reize. Das kann z.B. durch Verdunkelung bei Lichtempfindlichkeit, durch Gehörschutz oder einen ruhigen Wohnort (bei Geräuschempfindlichkeiten), durch Handschuhe bei der Essenzubereitung (taktile Überempfindlichkeit) etc. geschehen. Indem Reize ausgeblendet werden, erfolgt eine direkte Entlastung der Situation und eine Reduktion der Gesamtmenge an Stressoren. Die autistische Person hat mehr Kapazitäten, um mit unbeeinflussbaren alltäglichen Stressoren umzugehen (vgl. Miller 2020, S. 75-80).

*„Langfristig bewirkt sensorische Diät, dass sich Situationen der Reizüberflutung reduzieren, immer besser kalkulierbar werden und Strategien zu deren Vermeidung entwickelt werden können“ (ebd., S. 74).*

In der SI-Therapie nimmt der oder die Therapeut\*in eine beratende, unterstützende als auch „dolmetschende“ Rolle ein. Er oder sie hilft im Umgang mit Wahrnehmungsbesonderheiten; in alltäglichen Belangen wie Einkaufen, Führen von Telefonaten oder Haushaltsaktivitäten und agiert ebenso als Übersetzer\*in von intersozialen Regeln (vgl. ebd., S. 59f.). *„Der Therapeut hilft seinem Klienten dabei, Handlungsoptionen zu entwickeln (Ressourcenvergrößerung) und zeigt ihm auch mögliche*

*Konsequenzen auf. Er unterstützt seinen Klienten dabei, SMARTe Ziele (Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch und Terminiert) zu entwickeln“ (ebd., S. 60). Ziel des oder der Therapeut\*in sollte dabei sein, den oder die Klient\*in in seiner/ihrer Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfähigkeit zu bestärken und daraus resultierend, selbstverantwortliches Verhalten entwickeln zu können (vgl. ebd., S. 60).*

Wie genau die Expert\*innen der Ergotherapie und Erlebnispädagogik therapeutisches Klettern bei autistischen Kindern und Jugendlichen anwenden, soll nachfolgend mittels des Forschungsvorhabens geklärt und erläutert werden.

## 6. Forschungsmethode

Die Grundlage meines Forschungsinteresses ergibt sich aus meiner praktischen Erfahrung als Klettertrainer\*in und dem damit einhergehenden Kontakt zu autistischen Personen. Während des Kletterns durfte ich die enorme Faszination, die Klettern bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus bewirken kann, mit eigenen Augen beobachten. Auf der Suche nach Literatur stieß ich auf leere Regale, weswegen ich mit dieser Arbeit das Ziel habe, weitergehende Forschung für dieses spannende und unerforschte Thema anzustoßen.

In der vorliegenden Forschungsarbeit wird das Anwendungsfeld des therapeutischen Kletterns in Erlebnispädagogik und Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus untersucht.

Die Forschung stützt sich auf zwei Forschungsfragen und deren Unterfragen, welche nachfolgend aufgelistet sind:

### **Warum eignet sich therapeutisches Klettern für Kinder und Jugendliche mit Autismus?**

- Für wen eignet sich Klettern als therapeutisches Medium?
- Wie wirken sich die Klettereinheiten auf die Kinder und Jugendlichen aus?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein um mit jener Zielgruppe klettern gehen zu können und wann würden die Expert\*innen von Klettern abraten?
- Welche Herausforderungen ergeben sich in der Planung und Durchführung einer Klettereinheit und wie können diese bewältigt werden?

### **Wie wenden Praktiker\*innen aus Erlebnispädagogik und Ergotherapie therapeutisches Klettern bei Kindern und Jugendlichen im autistischen Spektrum an?**

- Welche Rolle nehmen die Expert\*innen in der Therapie ein?
- Welche Ziele werden in den Klettereinheiten verfolgt/gesetzt?
- Nach welchen Methoden wird gearbeitet?
- In welchem Setting klettern die Expert\*innen und mit welcher Zielgruppe?
- Wie bereiten die Expert\*innen den Inhalt der Therapieeinheit auf und welche Aktivitäten werden ausgeführt?
- Wie wird Sicherheit im Rahmen des therapeutischen Kletterns hergestellt?

Ziel der Arbeit ist es, Einblicke in das Feld des therapeutischen Kletterns mit Autismus zu bekommen und Wissen durch Erfahrungsberichte der Praktiker\*innen zu rekonstruieren. Zusätzlich soll das Potenzial klettertherapeutischer Aktivitäten bei Autismus aufgezeigt werden und weitere Praktiker\*innen anregen, sich mit diesem Bereich zu befassen.

Auf Grundlage dieser Fragestellungen sowie dem erkenntnisgewinnenden Interesse eines noch unerforschten Feldes, fiel die Wahl der Forschungsmethodik auf ein leitfadengestütztes

Expert\*inneninterview, welches durch eine qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet und nachfolgend näher beschrieben wird.

## 6.1. Untersuchungsdesign Expert\*inneninterview

Wie im vorherigen Absatz aufgeführt, wird für das Forschungsinteresse dieser Arbeit ein qualitatives Forschungsverfahren gewählt, da es *„offener, flexibler, fallbezogener und kontextorientierter als (...) die stärker standardisiert distanzierend, zergliedernd und abstrahierend(e)“* quantitative Forschung ist (Hug 2001, S. 22). Das Ziel soll dabei sein, neues Wissen in dem wenig erforschten Feld des Kletterns mit Autismus im deutschsprachigen Raum zu erheben und nicht, wie in der quantitativen Forschung üblich, bereits Bekanntes zu überprüfen (vgl. Flick 2017, S. 27). Dabei fiel die Wahl auf ein Expert\*inneninterview, in welchem praxisorientierte Erfahrungsberichte über Klettern mit autistischen Personen erhoben werden sollen. Als Expert\*innen werden Personengruppen verstanden, die über spezifisches *„Praxis- oder Erfahrungswissen“* über spezielle Sachverhalte verfügen, welches sich auch für andere als richtungsgebend erweisen kann (Bogner/Littig/Menz 2014, S. 13). Das zu erforschende Wissen über Abläufe, Prozesse und Methoden in der klettertherapeutischen Arbeit ist den Expert\*innen demnach schon bekannt und soll mittels der Erhebungsmethode rekonstruiert werden (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 13).

Das Spezialwissen der befragten Berufsgruppen wurde mittels eines leitfadenorientierten Interviews erfasst, welches sich aus den Themen der Forschungsfragen zusammensetzte und der interviewenden Person als rahmende Orientierung diente. Während der Interviews wurden einerseits die zu behandelnden Themengebiete abgefragt und andererseits spontane Detail- und Nachfragen gestellt, um einen besseren Einblick in das Themenfeld zu bekommen. Durch die flexible Handhabung des Leitfadens konnte der Gesprächsverlauf möglichst natürlich gestaltet werden und ermöglichte Offenheit für die Erzählungen der Expert\*innen. Dies hat den Vorteil, Fachwissen in seiner Komplexität erfassen zu können und dennoch einen groben Überblick über die Thematik zu erhalten (vgl. Meuser/Nagel 2008, S. 369f.).

### 6.1.1. Samplingauswahl

Eine erste Begrenzung der Samplingauswahl geht aus der Forschungsfrage hervor. Gesucht wurden Expert\*innen aus Erlebnispädagogik und Ergotherapie mit facheinschlägiger sowie klettertherapeutischer Ausbildung, welche Erfahrungen mit autistischen Kindern und Jugendlichen im therapeutischen Klettern vorweisen.

Der Zugang zum Feld wurde mittels Internetrecherche als auch durch Fachliteratur hergestellt. Insgesamt wurden elf Expert\*innen im deutschsprachigen Raum über eine E-Mailanfrage über das

Forschungsinteresse und die Interviewbitte informiert, wovon jeweils drei Expert\*innen aus Erlebnispädagogik und Ergotherapie in Österreich und Deutschland an den Interviews teilnahmen.

### 6.1.2. Durchführung des Interviews

Da die Expert\*innen in ganz Österreich und Deutschland verstreut leben, wurden die Interviews per Zoom (5) oder Telefonanruf (1) in einem Zeitraum von einem Monat geführt und mittels eines Tonaufnahmegeräts festgehalten. Die Abklärung der elektronischen Interviewaufbereitung sowie die der Aufzeichnung wurde im Vorfeld schriftlich, aber auch direkt vor Beginn des Interviews mündlich, vollzogen und erst nach Einverständnis der interviewten Person durchgeführt. Zu Beginn des Interviews wurde nach einem kurzen Kennenlernen erneut auf die Fragestellung und Zielsetzung des Forschungsinteresses hingewiesen und um die Einwilligung der elektronischen Aufzeichnung gebeten, welche anschließend gestartet wurde. Darauffolgend wurden die Interviews, am Leitfaden orientiert, durchgeführt. Der interviewenden Person war es insbesondere wichtig, den Erzählstrom nicht zu unterbrechen und durch gezieltes Nachfragen einen Überblick über die Arbeitsweise und das konkrete Vorgehen zu sammeln. Die Befragungen dauerten zwischen 41 und 76 Minuten.

Die folgende Tabelle dient als Übersicht der durchgeführten Interviews. Sie fasst die wichtigsten Daten chronologisch nach Datum, in ihrer Länge, der Profession der Befragten als auch der Durchführungsart zusammen.

Befragte	Profession	Interviewart	Datum	Interviewlänge
Befragter 1	Erlebnispädagoge	Zoom	02.10.2023	76:09min
Befragte 2	Erlebnispädagogin	Telefonat	05.10.2023	41:54 min
Befragte 4	Ergotherapeutin	Zoom	05.10.2023	42:52 min
Befragte 5	Ergotherapeutin	Zoom	13.10.2023	45:51 min
Befragte 6	Ergotherapeutin	Zoom	13.10.2023	45:16 min
Befragte 3	Erlebnispädagogin	Zoom	03.11.2023	48:25 min

Abbildung 14: Tabellarische Übersicht der geführten Interviews

### 6.1.3. Transkription

Bevor mit der Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse gestartet wird, wurden die Audiodateien händisch, über die Software MAXQDA, transkribiert. Dabei wurde nach den Transkriptionsregeln von **Kuckartz und Rädiker (2022)** vorgegangen, in welchen das Gesprochene Wort für Wort im Schriftdeutschen niedergeschrieben wird. Um den Gesprächsfaden zu glätten, wurden Füllwörter wie beispielsweise „ähm“, sollten sie nicht für den Gesprächsverlauf relevant sein, weggelassen sowie

Dialekte ausgebessert. Lediglich lange Überlegungspausen und emotionale Rückmeldungen auf das Gefragte, wie z.B. Lachen, wurden in Klammern festgehalten (vgl. ebd., S. 2). Durch die computergestützte Transkription wurde automatisch eine Verbindung zwischen den Zeitmarken und Absätzen hergestellt, welche das Anhören des Originalmaterials auch während der Datenanalyse ermöglicht.

## 6.2. Auswertungsinstrument Qualitative Inhaltsanalyse

Um das Datenmaterial auszuwerten, wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt, bei welcher Texte innerhalb ihres Kontextes analysiert werden. Dieser Ansatz folgt einem systematischen und regelgeleiteten Vorgehen, bei dem Texte mittels eines vordefinierten Ablaufs untersucht und *„schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“* werden (Mayring 2016, S. 114; Mayring, 2010, S. 48). Die nachfolgende Analysetechnik konzentriert sich dabei auf eine strukturierte Inhaltsanalyse, welche anhand vorbestimmter Kategorien, Inhalte des therapeutischen Kletterns in Erlebnispädagogik und Ergotherapie bei Autismus herausfiltert, und letztlich eine zusammenfassende Aussage über das Datenmaterial trifft (vgl. Mayring 2015, S. 103).

Um festzustellen, wann Inhalte einer Kategorie zugeschrieben werden, wird ein Kodierleitfaden entwickelt, welcher aus Kategorien und Unterkategorien, deren Definitionen, Ankerbeispielen sowie Kodierregeln besteht (vgl. ebd., S. 97). Dabei kommt es zu einer deduktiven Kategorienbildung, welche sich theoriegeleitet aus dem Leitfaden konstituiert. Nach Erstellung des Kodierleitfadens, erfolgte eine probenhafte Codierung von zwei der sechs Interviews. In diesem Prozess wurde evaluiert, ob *„die Kategorien überhaupt greifen (...) [und] eine eindeutige Zuordnung ermöglichen“* und es dementsprechend Änderungen im Kodierleitfaden benötigt (ebd., S. 97). Zusätzlich wurden induktive Kategorien aus dem Textmaterial heraus entwickelt und im Kodierleitfaden ergänzt. Die in dieser Auswertung angewandte deduktiv-induktive Kategorienbildung wird von Heimgartner (2012) auch als biduktiv bezeichnet (vgl. ebd. 2012, S. 268). Mayring (2015) selbst betont die Wichtigkeit eines induktiven Vorgehens für die Forschung, welches *„nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers, eine Erfassung des Gegenstands in der Sprache des Materials [strebt]“* (ebd., S. 86). Nach der Aktualisierung des Kodierleitfadens und eines erneuten probenhaften Kategorisierungsprozesses wurde der Kodierleitfaden als vollständig betrachtet und das restliche Datenmaterial ausgewertet. Dieser Prozess wurde digital mittels MAXQDA 2022 durchgeführt, welches zur Datenaufbereitung und Visualisierung von qualitativen Daten entwickelt wurde (vgl. Kuckartz/Rädiker 2022, S. XV).

## 6.2.1. Codestammbaum

Mithilfe des Codestammbaumes wurden die Kategorien in Haupt- und Subkategorien eingeteilt und zueinander in Verbindung gebracht. Die nachfolgende Abbildung soll einen groben Überblick über die in MAXQDA generierten Kategorien liefern, welche im nachfolgenden Ergebnisteil zusammengefasst werden.

- ☞ Klettern mit Autismus
  - > ● ☞ Zielgruppe
  - ▼ ● ☞ Ziele
    - ☞ Motorische Ziele
    - ☞ Kognitive Ziele
    - ☞ Emotionale Ziele
    - ☞ Soziale Ziele
  - ▼ ● ☞ Wirkung
    - ☞ körperliche Wirkebene
    - ☞ mentale Wirkebene
    - ☞ emotionale Wirkebene
    - ☞ soziale Wirkebene
  - ▼ ● ☞ Voraussetzung/Kontraindikation
    - ☞ Ergotherapeutische Vorerfahrung
    - ☞ Kooperationsfähigkeit
    - ☞ Freiwilligkeit und Motivation
    - ☞ Overload
    - > ● ☞ Regelverständnis
    - ☞ Körperliche Defizite
  - ▼ ● ☞ Herausforderungen
    - ☞ Kommunikation
    - > ● ☞ Reizverarbeitung
      - ☞ Ängste
      - ☞ Umgang mit Neuem
      - ☞ Ablenkbarkeit
      - ☞ Umgang mit von der Norm abweichenden Verhaltensweisen
      - ☞ Inflexibilität
      - ☞ Nähe und Distanz
- ☞ Eltern
  - ☞ Kontaktaufnahme
  - ☞ Erstgespräch
  - ☞ Fortlaufende Elterngespräche
  - ☞ Funktionen der Eltern

- ☒ Berufsgruppe
  - ☒ Erlebnispädagogik
  - ☒ Ergotherapie
- > ● ☒ Rolle und Auftrag
- ∨ ● ☒ Methodik
  - > ● ☒ ALERT
    - ☒ Lernzonenmodell
    - ☒ Sensorische Integrationstherapie
    - ☒ Marte Meo
    - ☒ Therapievertrag
    - ☒ Individualisiertes Kletterangebot
    - ☒ Einbezug von Spezialinteressen
  - > ● ☒ Routine und Struktur
    - ☒ Prinzip der kleinen Schritte
    - ☒ Wolf und Giraffensprache
- ☒ Therapievorbereitung
- ☒ Therapieinhalt
- ∨ ● ☒ Aufwärmen
  - ☒ Boulderspiele
- > ● ☒ Seilklettern
  - ☒ Abschluss
  - ☒ Alltagstransfer
- ☒ Nachbereitung
- ☒ Sicherheit
  - ∨ ● ☒ Subjektive Sicherheit
    - ☒ Partizipation/Empowerment
    - ☒ Ins Seil setzen/Ablassen/Abseilen üben
    - ☒ Abklettern lassen
    - ☒ Körperliche Nähe
    - ☒ Nähe durch Sprache
    - ☒ Prinzip der Kleinen Schritte
    - ☒ Ängste wahrnehmen und benennen
  - ∨ ● ☒ Objektive Sicherheit
    - ☒ Eignung der Halle
    - ☒ Überprüfung des Materials
    - ☒ Aus-, Fortbildungen
    - ☒ Bouldern: Runterspringen
    - ☒ Seilklettern: Partner\*innencheck
    - ☒ An Regeln halten

Abbildung 15: Codestammbaum

## 7. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse deskriptiv aufgelistet, bevor sie im Kapitel 8 mit den Forschungsfragen in Verbindung gebracht und näher diskutiert werden.

### 7.1. Klettern mit Autismus

In diesem Abschnitt wird erörtert, warum sich Klettern als therapeutisches Medium für autistische Kinder und Jugendliche eignet, für wen es sich eignet, wie es wirkt und welche Ziele gesetzt werden. Zusätzlich werden Voraussetzungen für eine gelingende Klettereinheit sowie Herausforderungen näher beleuchtet.

Generell kann gesagt werden, dass nicht jede\*r Klettern mag, und es auch nicht für jede\*n geeignet ist. Am entscheidendsten für eine gelungene Klettereinheit sind die Motivation und Freude an der Sportart (bzw. weitere Voraussetzungen, welche später noch näher ausgeführt werden).

Klettern ist eine Individualsportart, in welcher die Kinder und Jugendlichen *„an der Kletterwand ihr Tempo [...] und ihre Schwierigkeit bestimmen können und nicht wie in einem Mannschaftssport, immer performen müssen für das Team, sondern sie dürfen so, ja, einfach für sich sein und den Fokus für sich haben“* (I2, Pos. 6). Auch für den oder die Therapeut\*in ist Klettern ein gutes Medium, um *„flexibel auf die individuellen Bedürfnisse vom Klienten, von der Klientin eingehen [zu können,] und das finde ich ist halt so super auch beim Autismus, weil je nach dem mit welcher Stimmung auch das Kind kommt oder der Klient, die Klientin, kann man da sehr spontan und flexibel auch die Therapie gestalten und deswegen finde ich ist Klettern so ideal, einfach auch als Teilangebot“* (I6.1, Pos. 11).

Neben diesen individualisierten Fördermöglichkeiten können die Kinder und Jugendlichen ihre sozialen Kompetenzen durch das alltagspraktische Setting verbessern. Oft haben diese in der Kletterhalle ihre ersten Berührungspunkte zu anderen Peers außerhalb der gewohnten Räumlichkeiten. Dies kann einerseits als (über)fordernd, und andererseits als Lernfeld erlebt werden, um mit ihrer Umwelt zu interagieren (vgl. I1.2, Pos. 19). Die ritualisierte Abfolge von sozialen Interaktionen wie die der Kommandos sowie klaren Regeln, führen zu einer Reduktion von Komplexität und können autistischen Menschen zugutekommen (vgl. I4.1, Pos. 13; I5.2, Pos. 6)

Auch der Aufforderungscharakter der Kletterwand sowie die intuitive Bewegungsabfolge machen Klettern zu einem selbsterklärenden Medium. I3 beschreibt Klettern als *„hochtherapeutische[n] Prozess“* (I3.1, Pos. 52), indem die Adressat\*innen gar nicht bemerken, wie sehr sie an sich arbeiten, weil sie selbstvergessen im Tun sind.

### 7.1.1. Zielgruppe

Die Expert\*innen bieten Kletteraktivitäten für Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren an. (vgl. I3.1, Pos. 22-24, I6.1, Pos. 82-83).

Ihre Zielgruppe besteht hauptsächlich aus jungen Menschen im hochfunktionalen Bereich (vgl. I5. 1, Pos. 86-88; I2, Pos. 84-85), wobei auch mit stärker ausgeprägteren Formen von Autismus geklettert wird – „zwei von denen sprechen eigentlich nicht“ (I1.2, Pos. 39).

Bei stärkerer autistischer Ausprägung wird empfohlen, in kleineren Betreuungsverhältnissen oder (zuerst) in einer ergotherapeutischen Praxis zu arbeiten (vgl. I2, Pos. 19) (vgl. I6.1, Pos. 11) (vgl. I5.1, Pos. 85). Voraussetzungen, um in einem größeren Gruppensetting zu klettern sind für I5 eine „Grundkommunikationsfähigkeit“ (I5.1, Pos. 89), „Grundgruppenfähigkeit“ (I5.1, Pos. 85) sowie grundlegende motorische Fähigkeiten.

Dabei entscheidet nicht die Diagnose, sondern die individuellen Faktoren darüber, ob und wie mit autistischen Kindern und Jugendlichen geklettert werden kann:

*„Autismus ist ja so vielfältig und auch wenn jetzt ein Kind kommt mit der Diagnose frühkindlicher Autismus oder Asperger, ist es ja ganz, ganz individuell wie ausgeprägt das ist. Und nur weil der eine, für den das Klettern passend war, heißt das nicht, dass es für das andere Kind auch passend ist“ (I6.2, Pos. 9).*

### 7.1.2. Ziele

Die Expert\*innen passen die Zielsetzungen individuell an die Bedürfnisse der Adressat\*innen an (vgl. I5.1, Pos. 11). Drei Beispiele listen die Verschiedenheit der didaktischen Herangehensweise der Expert\*innen auf. Während I1 „mit den Eltern gemeinsam Ziele“ (I1.1, Pos. 25) setzt, bezieht I3 die Adressat\*innen in die Zielsetzung mit ein und versucht da anzusetzen, wo deren Motivation liegt:

*„Also ich gucke auch immer, sie bei ihrer eigenen Motivation natürlich abzuholen, weil ich immer sage es bringt ja nichts wenn ich jetzt meine, es wäre wichtig für dich, dass du das oder das lernst für dein Leben, aber die Motivation gar nicht da ist. Das wir immer erst da anfangen, wo ihre Motivation liegt, und in der Regel ist das, dass sie Freunde finden möchten“ (I3.1, Pos. 10).*

Im Vergleich dazu betont I5, dass sie „keine Ziele als Ergotherapeutin“ (I5.1, Pos. 11) setze, sondern dies den „die Kinder und die Eltern“ (I5.1, Pos. 11) überlasse. I2 sieht ihren Auftrag darin, den Kindern eine schöne Zeit zu bereiten und bestimmt selbst über die Inhalte der Einheit (vgl. I2, Pos. 105). Sie leitet „eine autistische Gruppe an, wo die Eltern, [...] sehr oft dabei [sind], aber die sind so komplett im

*Vertrauen, dass das alles richtig ist und [...] lassen mich da ziemlich wirken und haben da offensichtlich Vertrauen, dass das passt“ (I2, Pos. 10-11). Sie sieht für sich keinen therapeutischen Auftrag, den es zu erfüllen gibt. Für sie ist es wichtig, den Kindern und Jugendlichen, Spaß an der Bewegung zu vermitteln und nicht, ein therapeutisches Ziel zu erreichen:*

*„Also, ich habe jetzt nicht den Auftrag von einem Therapeuten oder Therapeutin, an bestimmten Themen mit diesen Kindern zu arbeiten, sondern ich habe den Auftrag von den Eltern: ‚Ey, da gibt es ein Element, was meinem Kind gut tut und wonach es entweder angenehm erschöpft ist oder freudig ist oder juhu, endlich wieder mit den anderen Kindern zusammen war und einfach Spaß hatte und ja, einfach auch so, manchmal wirklich stolz ist, weil es etwas geschafft hat‘ und [...] ich habe aber keinen Auftrag von einem Therapeuten, der sagt, das und das soll erreicht werden bei dem Kind. Das ist sicher der Unterschied“ (I2, Pos. 105).*

Nachfolgend werden die genannten Ziele in motorische, kognitive, emotionale und soziale Ziele unterteilt und aufgelistet.

#### A) Motorische Ziele

Motorische Ziele werden am wenigsten oft in den Zielsetzungen erwähnt, diese seien „Randziele“ (I3.1, Pos. 16), so eine Expertin, welche nebenbei mitlaufen:

*„Das sind bei uns immer Randziele, die mit dabei sind, weil-, weil die Kinder, die Jugendlichen häufig auch auffallen im Sportunterricht. Oft werden sie dann auch befreit davon, weil sie sich so schwer tun und ich denke mir immer, aber man kann ja ganz viel machen und daran, daran fördern, dass das halt besser wird“ (I3.1, Pos. 16).*

Als mögliche motorische Zielsetzungen werden die Senkung von „motorische[n] Defizite[n]“ (I1.1, Pos. 25) wie etwa „Rumpfstabilitätsschwächen“ (I1.1, Pos. 25) oder die Stärkung der „Feinmotorik“ (I1.1, Pos. 25), die Generierung von „mehr Kraft“ (I4.1, Pos. 32), „ein[em] bessere[n] Körpergefühl“ (I4.1, Pos. 32), als auch deren Alltagstransfer genannt (vgl. I4.1, Pos. 32).

#### B) Kognitive Ziele

Zwei der befragten Expert\*innen gaben die Verbesserung des Fokus als Zielvorgabe an. Die „Aufmerksamkeit“ (I4.1, Pos. 28) solle sich verbessern, sodass „[...] das Kind es schafft über einen längeren Zeitraum, seien es 10 Minuten oder mehrere Wiederholungen, bei einer Aufgabe zu bleiben“ (I 4.1, Pos.

32). Das Kind oder der/die Jugendliche soll lernen, „Hintergrundgeräusche“ (I4.1, Pos. 32) auszublenden und „bei einer Sache“ (I4.1, Pos. 32) bleiben zu können.

*„Oder sich überhaupt mit anderen Kindern in einem Raum bewegen, die Kletterhalle ist sehr laut und da ist viel los und es gibt viele Reize und es wuselt überall, ne, wir sind dann nachmittags im Kinderbereich, da sind andere Gruppen und da halt einen Fokus zu bekommen und teilhaben zu können ist schon auch ein großes Ziel für Menschen mit Autismus, die Reize auszublenden“ (I5.1, Pos. 13).*

Für I6 sind das „Einhalten von Regeln“ und „sich daran erinnern zu können“ (I6.1, Pos. 13), aber auch die Förderung von „Handlungsplanung und die Durchführung danach“ (I6.1, Pos. 13), ebenso wichtige kognitive Ziele. Zusätzlich soll flexibles Denken und Handeln geschult werden, indem darauf geachtet wird, dass „nicht immer nur die gleiche Route [ge]kletter[t]“ (I5.1, Pos. 11) wird. Sie sollen lernen, sich „etwas Neues [zu]zutrauen“ (I5.1, Pos. 11) und „[...] neuen Bouldern gegenüber [zu] öffnen, oder auch mal neuen Farben gegenüber“ (I2, Pos. 9).

### C) Emotionale Ziele

Als emotionale Zielsetzungen werden ein verbesserter Umgang mit starken Gefühlen, wie etwa Angst oder Panik (vgl. I6.1, Pos. 81), als auch die Bildung von „Selbstvertrauen“ (I4.1, Pos. 32) oder der Erwerb von „Erfolgserebnisse[n]“ (I2, Pos. 8) genannt. I5 berichtet von einem Mädchen mit wenig Selbstvertrauen, mit dem Ziel, sich durch das Klettern mehr zuzutrauen:

*„[...] bei der geht es wirklich ganz viel um sich etwas zutrauen, Entscheidungen zu treffen, also. Die hat Schwierigkeiten sich eine Route auszuwählen oder zu sagen ‚Ich klettere Schwierigkeits-4 oder ich klettere Schwierigkeits-5‘, also da geht wirklich um so eine Selbstwirksamkeit, so eine komplette Rückmeldung von ‚Ich suche mir eine Route aus und klettere die und dann kann ich eine 5 klettern‘. Also auch-, und nicht immer unter den Möglichkeiten zurückzubleiben, sondern zu sagen: ‚Ah okay. Jetzt such ich mir nicht eine 4 aus, sondern ich gehe wirklich in die 5‘, weil das kann sie, und dass sie sich zutraut zu sichern zum Beispiel“ (I5.1, Pos. 35).*

### D) Soziale Ziele

Soziale Ziele umfassen den Erwerb von „sozialen[n] Kompetenzen“ (I1.1, Pos. 27) im Allgemeinen bzw. den „Umgang mit anderen“ (I1.1, Pos. 27). Hierbei sollen einerseits soziale Interaktionen zu Peers und andererseits die Fähigkeit, „mit den ganzen Menschen“ (I5.1, Pos. 13-15) in der Halle zurecht zu

kommen, erlernt werden. Insbesondere zu Beginn der Therapie wird auf einen erfolgreichen Beziehungsaufbau zu den Adressat\*innen geachtet (vgl. I6.1, Pos. 13), welcher „ein wichtiger Faktor [...] der Therapie“ sei (I4.1, Pos. 32). Für I4 beeinflusse der „starke Input“ des Kletterns die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme positiv, welche sie am Ende der Therapie z.B. durch vermehrten „Augenkontakt“ zeige, welcher „vorher noch nicht so möglich war“ (I4.1, Pos. 32).

Am häufigsten wird die Verbesserung von sozialen Interaktionen als „Ziele oder Teilziele“ (I6.1, Pos. 13) genannt. Darunter wird die Verbesserung von „Gruppenfähigkeit“ (I6.1, Pos. 13) sowie der „Kontakt zu Gleichaltrigen“ (I5.1, Pos. 11) und die Interaktion zu Peers verstanden. Auch alltagspraktische Ziele, die den Adressat\*innen selbst wichtig sind, wie „wir müssen in der Schule besser navigieren, wir müssen in ihrer Freizeit navigieren, die sollen Freundschaften finden und halten“ (I5.1, Pos. 107), werden von den Expert\*innen aufgegriffen. I3 betont, dass die Zielsetzung „da [anfängt], wo ihre Motivation liegt und in der Regel ist das, dass sie Freunde finden möchten und nicht wissen, wie kann ich Freunde finden und dann (...) rollen wir das Pferd quasi von hinten auf, dass ich sage ‚Okay, woran hapert es, Freunde zu finden?‘“ (I3.1, Pos. 10).

### 7.1.3. Wirkebenen des Kletterns

Wie auch schon in dem Kapitel 2.4.1 ersichtlich wird, weist Klettern verschiedene Wirkeffekte auf. Nachfolgend werden die Wirkebenen des Kletterns mit der autistischen Zielgruppe in Verbindung gebracht und die Antworten der Expert\*innen aufgelistet.

#### A) Körperliche Wirkebene

Klettern wirkt sich neben den bereits bekannten Effekten einer verbesserten „Grob-“ und „Feinmotorik“ (I6.1, Pos. 81), einer verbesserten „Koordination“ (I1.2, Pos. 35) und „Arm-, Oberkörper-, und Rumpfkraftigung“ (I1.2, Pos. 13) auch positiv auf die „Körperwahrnehmung“ (I6.1, Pos. 81) aus:

*„Also es ist halt ein so ein **intensiver Input, mitunter auf allen Sinnen**, also sowohl vom Spüren vom Taktilen her als auch so den Informationen über den eigenen Körper durch das Bewegen als-, also durch das Runterspringen, das gibt ja auch einen sehr starken Input, beziehungsweise beim Seilklettern dann, dieses in die Wand schaukeln [...]. Also das ist, finde ich, ein ganz großer Faktor in dem Ganzen und mit dem geht ja auch viel einher im Sinne von (...), dass die Kinder es oft schaffen, dann besser zu fokussieren für eine Zeit lang oder besser in Kontakt zu sein, [...] der körperliche Input [...] kann eine sehr beruhigende Wirkung haben, gerade bei Kindern die sehr viele Stereotypen haben und sehr viel, ja-, sehr aufgeregt sind oft, oder ein sehr hohes Erregungsniveau haben“ (I4.1, Pos. 91).*

## B) Mentale Wirkebene

Klettern wirke sich positiv auf die Konzentrationsfähigkeit aus, so I4, den Kindern und Jugendlichen gelinge es besser, sich „zu fokussieren“ (I4.1, Pos. 91). Gleichzeitig fördere Klettern eine Offenheit gegenüber Neuem, indem es bei Kindern und Jugendlichen die „Lust auf neue Spiele, also mit unbekanntem Elementen“ (I2, Pos. 87) weckt. Sein starker Motivationscharakter kann Verbesserungen in der „Eigenwahrnehmung“ (I2, Pos. 87) bzw. Selbsteinschätzung (vgl. I3.1, Pos. 8) bewirken.

## C) Emotionale Wirkebene

In den Interviews kam heraus, dass Klettern nicht nur „Spaß“ (I2, Pos. 87) und „Begeisterung“ (I1.2, Pos. 17) während der Einheit verspricht, sondern auch längerfristige Auswirkungen auf die Gemütslage der Adressat\*innen habe. Neben I4 (siehe *körperliche Wirkebene*), berichtet auch I1 von Rückmeldungen über „emotionale oder seelische Ruhe“ (I1.2, Pos. 35) und verringerter Nervosität der Adressat\*innen.

Zugleich sieht I1 Klettern als Lernfeld, in welchem der Umgang mit eigenen sowie fremden Emotionen geschult wird. Es setzt starke Emotionen frei und konfrontiert die Adressat\*innen damit (vgl. I1.2, Pos. 21). Die Kinder und Jugendlichen lernen mit ihren „Ängsten oder Unsicherheiten“ umzugehen, sie nehmen „Erfolgslebnisse“ wahr und arbeiten an ihrer „Frustrationstoleranz“ (I6.1, Pos. 81). Zusätzlich gewinnen die Adressat\*innen an Selbstvertrauen und spüren ein gesteigertes Selbstwertgefühl (vgl. I4.1, Pos. 91), wie an dem nachfolgendem Zitat veranschaulicht wird:

*„Oder bei dem war auch ganz stark, also sein Vater hat einen sehr hohen Leistungsanspruch und er selber hat entsprechend ein schlechtes Selbstwertgefühl. Und der hat sich ja recht schnell bis ganz nach oben getraut und der platzt ja vor stolz. Das tut dem so gut, da was zu können und damit so gesehen zu werden, wir feiern das dann immer richtig (lacht) (...?) ich immer sage: ‚Boa, toll! Du hast ja gar keine Höhenangst, und super‘. Und ja, man merkt das ja an seinem ganzen Körper. Der ist auf einmal ganz anders aufgerichtet und geht ganz anders nach Hause, einfach durch dieses Erleben ja, ne, dann denk ich mir da nimmt er so viel mit, einfach für sein Selbstwertgefühl, ja da auch, genau“ (I3.2, Pos. 17).*

## D) Soziale Wirkebene

Insbesondere während des Seilkletterns sind soziale Interaktionen unabdingbar: „also sowohl beim Sichern, der Partner\*innencheck ist schonmal eine soziale Interaktion, dann sind in der Halle auch andere Leute, also auf die Rücksicht nehmen, auf andere, doch auch bei sich bleiben. Also Soziales ist beim Klettern auf jeden Fall ein großer Punkt“ (I6.1, Pos. 81).

Die klaren Sicherungs- und Hallenregeln sowie ein ritualisierter Ablauf von Kommunikation, sind gerade für Autist\*innen dienlich und erleichtern ihnen den Umgang im sozialen Miteinander. Die gleichbleibende Struktur sorgt für eine Reduktion an Komplexität und macht soziale Geschehnisse vorhersehbar und kontrollierbar:

*„Und auch, was beim Klettern hilft, ist, dass die soziale Interaktion so ritualisiert ist, also dass man dieses sich einbinden, den Knoten machen, die Kommandos, das ist einfach-, die Regeln stehen fest, und da gibt es keine kreativen Verhaltensweisen, sondern es gibt Zu, es gibt Ab. Und das-, diese Strukturierung von Kommunikation und diese ganz klaren Regeln die wir in der Kletterhalle haben. [...] ‚Man muss kontrollieren, man darf nicht ohne Seil klettern‘ (...). Es funktioniert nur genauso“ (I5.2, Pos. 6).*

Speziell der Kontakt zu Gleichaltrigen in der Kletterhalle wird als „riesen (..) Gewinn“ (I4.1, Pos. 91) für den Erwerb von sozialen Kompetenzen beschrieben. Vor allem, weil autistische Kinder und Jugendliche im Alltag oft „in ihrer eigenen Blase“ (I1.1, Pos. 30) gefangen sind.

*„Aber ich finde natürlich noch einmal natürlich diese Interaktion mit Gleichaltrigen, oder halt mit anderen, genau, ist einfach nochmal ein sehr schöner Grad für Kinder aus dem Autismus-Spektrum, die das oft sehr wenig haben, ist das halt an so einem öffentlichen Raum ja auch noch einmal etwas Besonderes“ (I4.1, Pos. 93).*

Neben dem Erwerb von sozialen Kompetenzen, lernen sie Vertrauen in ihre Fähigkeiten und „Vertrauen in andere“ (I2, Pos. 87) zu erlangen. Sie lernen, dass die Gruppe „Halt geben kann“ (I2, Pos. 87) und sich auf Unbekanntes einzulassen: „ich war ja unbekannt und die anderen Trainerinnen waren auch einmal Unbekannte und da Vertrauen zu haben“ (I2, Pos. 87).

Die ritualisierte Absprache vor und während des Kletterns führe dazu, dass sich eine verbesserte Interaktionsfähigkeit auch in anderen Settings bemerkbar mache, berichtet I3 anhand eines Fallbeispiels:

*„Also zum Beispiel der 17-jährige, von dem ich eben gerade erzählt hatte, auch, der, der schafft es mittlerweile viel besser sich abzusprechen und auch nicht nur wenn wir in der Kletterhalle halt sind, das wird ja irgendwann sehr ritualisiert, dass Absprechen mit ‚Bist du bereit?‘, oder, dass man noch einmal fragt: ‚Wie geht es dir denn heute? Klappt das heute gut mit Klettern? Klappt das heute gut mit Sichern?‘ Dass man da auch darauf eingeht, ist man denn da auch fit genug für das Klettern. Das ist ja irgendwann sehr ritualisiert. Er kann das mittlerweile auch in einem anderen Setting viel besser übertragen, also*

*mit dem Jungen und einem weiteren 17-jährigen treffen wir uns alle 2 Wochen zu dritt und da schafft er das jetzt auch viel besser, auf einmal, den anderen Jungen Sachen zu fragen. Also das- wo ich- so wo ich mir denke, das kommt doch da her. Das also-, der überträgt das auf einmal, ne“ (I3.2, Pos. 17).*

#### 7.1.4. Voraussetzungen/Kontraindikationen

In diesem Kapitel werden Voraussetzungen aufgelistet, die es für eine gelingende Klettereinheit braucht, sowie Kontraindikationen, bei welchen von Klettern als therapeutisches Medium abgeraten werden würde. Die erste Frage, die es bei jedem Individuum einzeln zu beantworten gilt, ist, ob „[d]ie *Aktivität und das Setting*“ (I4.2, Pos. 5) für das Kind passen sind:

*„Und nur weil der eine, für den das Klettern passend war, heißt das nicht, dass es für das andere Kind auch passend ist... Und einfach schon in der Halle zu schauen, ob die Rahmenbedingungen für dieses Kind geeignet sind“ (I6.2, Pos. 9).*

Zudem empfiehlt I4 zu unterscheiden, *„mit welchem Kind ich dann Seilklettern, oder wo vielleicht nur Bouldern das Mittel der Wahl ist“ (I4.2, Pos. 7)*. Der oder die Therapeut\*in soll die Situation gut beobachten und daraufhin wählen, ob Bouldern oder Seilklettern das richtige Medium ist. Für die Expertin gehöre beim Seilklettern *„noch ein Level an Vertrauen“* dazu (I4.2, Pos. 7).

##### A) Freiwilligkeit und Motivation

Ob eine Klettereinheit stattfindet oder nicht, hängt nicht von dem *„Autismusbild“* (I3.2, Pos. 45) per se ab, viel mehr ist die freiwillige Teilnahme und intrinsische *„Motivation“* (I3.2, Pos. 45) die am häufigsten genannte Voraussetzung der Expert\*innen. Die Kinder und Jugendlichen müssen *„Lust haben zu klettern und dann finden wir oft Mittel und Wege“* (I5.2, Pos. 16). Sie sollen *„gerne kommen und dann freuen sie sich, wenn sie klettern können. Und das merkt man“* (I1.2, Pos. 19).

Die eigene Motivation wird von I3 als wichtiger Antreiber für Entwicklung beschrieben, bei fehlender Motivation mache eine Therapieeinheit wenig Sinn:

*„[...] da wo die eigene Motivation ist, da kann halt ganz viel Entwicklung entstehen. Und genau, deswegen sag ich halt auch immer, das Klettern ist halt eine gute Methode für die, die da eine hohe Motivation halt haben, ne. Für die, die da überhaupt nichts mit am Hut haben, würde ich das halt auch nie machen“ (I3.2, Pos. 17).*

Häufig werden die Kinder von den Eltern zum Klettern geschickt, ohne jedoch selbst zu wollen: *„Die werden zu uns gebracht, weil die Eltern das wollen und eigentlich möchten die gar nicht“* (I3.1, Pos. 6). Manchmal möchte das Kind oder der/die Jugendliche zwar klettern, *„aber nicht mit mir, vollkommen okay. Dann schaue ich, dass, dass wir wen anderen finden, aber dann klettere bitte nicht mit mir. Und auch den Eltern sage ich das inzwischen ganz klar, wenn das Kind sagt, es will mit mir nicht klettern, dann bitte zwingt es nicht dazu“* (I1.2, Pos. 61-62).

## B) Körperliche Defizite

Zu starke körperliche Defizite oder selbst- und fremdgefährdendes Verhalten werden von vier Expert\*innen als Kontraindikation genannt.

Während I6 bei zu starken motorischen Einschränkungen das ergotherapeutische Klettern abbricht (vgl. I6.2, Pos. 3), hängt die Beurteilung des Machbaren für I1 und I3 von ihren eigenen fachlichen Kompetenzen ab: *„Weil viele Kinder, die zu mir kommen, im frühkindlichen Autismusbereich, haben halt so starke körperliche Beeinträchtigungen, dass ich mir das dann selber nicht zutraue, dass ich dann denke ‚Ne, das bräuchte dann nochmal eine andere Ausbildung, da hat das Kind gerade auch dann nix davon‘“* (I3.2, Pos. 45). I1 ergänzt, dass die autistische Symptomatik für ihn erst dann zu einem Ausschlusskriterium wird, sobald der Experte selbst nicht mehr für einen sicheren Rahmen garantieren kann. Dabei sei selbst *„Klettern mit suizidalen Personen [...] möglich, das heißt, das ist, ich sag einmal, individuell, wie weit man da geht, aber ich finde,(...) man sollte nicht mit Personen klettern, für deren Sicherheit man nicht garantieren kann“* (I1.2, Pos. 65). Auch I2 hatte in ihrer Klettergruppe bereits Kinder, für die Klettern motorisch zu anspruchsvoll war und die trotz mehrfacher Versuche, nicht fähig waren, in der Halle zu klettern. Im Gegensatz zu den anderen Expert\*innen sind hier diese Kinder und Jugendlichen trotzdem immer eingeladen am Unterricht und den Spielen teilzunehmen (vgl. I2, Pos. 34-38). Für sie ist die Verweigerung von Material, wie z.B. eines Brustgurtes bei übergewichtigen Personen, eine Kontraindikation (vgl. I2, Pos. 125-127).

## C) Regelverständnis

Für I6 kann mit dem Klettern begonnen werden, sobald die Expertin merkt, *„das Einhalten von Regeln funktioniert halbwegs. Weil das ist halt in der Halle schon auch wichtig, weil da andere Personen sind und auch das Klettern gefährlich sein kann, also das ist schon mit einem gewissen Risiko verbunden, in der Halle zu arbeiten“* (I6.1, Pos. 17). Sollten die Adressat\*innen kein Regelverständnis besitzen, liegt für vier Expert\*innen eine klare Kontraindikation vor – *„dann ist es auch nicht möglich zu klettern“* (I2, Pos. 129) und die Klettertherapie muss unterbrochen werden:

*„Es gibt ein autistisches Kind, was ich jetzt auch-, (...) wo wir die Therapie beendet haben, weil der wiederholt ohne Seil hochgeklettert ist. Also sobald wir nicht für die Sicherheit garantieren können, können die Kinder nicht klettern“ (I5.2, Pos. 16).*

Insbesondere unerlaubtes Weglaufen wird als klarer Regelbruch gesehen und als Ausschlusskriterium einer Klettertherapie gewertet:

*„Weglaufen ist wirklich so etwas, was nicht geht. Außer es ist formuliert, sie laufen zu einem sicheren Platz, um da runterzukommen, dass ist dann nocheinmal was anderes. Aber wenn die einfach so wegflitzen, das geht nicht“ (I5.2, Pos. 16).*

#### D) Ergotherapeutische Vorerfahrung

Für zwei der drei Ergotherapeut\*innen zählt eine ergotherapeutische Vorerfahrung als Voraussetzung, um therapeutisch Klettern zu gehen. Die Adressat\*innen sollten I4 bereits „bekannt“ (I4.1, Pos. 26) sein oder durch „einen Ergo-Kollegen wirklich speziell für das therapeutische Klettern zu mir überwiesen“ (I4.1, Pos. 26) werden. Auch I6 rät davon ab, gleich mit dem ergotherapeutischen Klettern zu starten:

*„Also ich würde nicht sagen, wenn jemand erstdiagnostiziert ist, gleich mal klettern zu gehen, sondern vielleicht da auch mal, vielleicht im Therapieraum anders anzusetzen, aber dann, als zweiten Schritt vielleicht, mit Klettern dann zu starten, genau“ (I6.1, Pos. 11).*

Im Praxissetting können die Ergotherapeut\*innen die Kinder und Jugendlichen besser kennenlernen, Beziehung aufbauen und Wissen darüber sammeln, ob „eine gewisse Form von Kooperation“ (I4.2, Pos. 9) möglich ist, „Regeln“ (I6.1, Pos. 16-17) eingehalten werden können oder ob die Personen aufgrund einer Reizfilterschwäche „dieses Hallensetting überhaupt aushalten, dass die nicht davonlaufen“ (I4.1, Pos. 32). Während des Kletterns soll es dann darum gehen, „eben einfach einmal einen anderen Zugang reinzubringen“ (I4.1, Pos. 20) oder ergänzend zur Praxiserfahrung, „ein anderes Setting mal zu haben“ (I4.1, Pos. 20).

#### E) Kooperationsbereitschaft

Die Kletterhalle als öffentlicher Raum kann viele Gefahrenpotenziale bieten, weswegen für I4 „eine gewisse Form von Kooperation“ (I4.2, Pos. 9), im Sinne einer „Paktfähigkeit“ (I4.1, Pos. 101), aber auch Beziehungsfähigkeit (vgl. I4.1, Pos. 101), wichtige Voraussetzungen für eine gelingende

Therapieeinheit sind: „[...] dass die soweit kooperativ sind, dass sie mir jetzt nicht- also, dass ich weiß, dass sie nicht davonlaufen oder dass ich zumindest, ja-, dass sie irgendwie hier bleiben“ (I4.1, Pos. 52). I1 fasst zusammen: „ich sag einmal, Hauptsache die Kinder bleiben bei mir“ (I1.2, Pos. 11).

## F) Overload

Bei Kindern und Jugendlichen die „extrem reizüberflutet sind“ (I4.2, Pos. 3) und noch nicht genügend „Regulierungsmöglichkeiten haben“ (I4.2, Pos. 3), um sich in den reizstarken Räumen zu umgeben, hält I4 eine Kletterhalle „noch nicht für den richtigen Ort, genau, oder die richtige Intervention“ (I4.2, Pos. 3). Hier empfiehlt sie, Erfahrungen in der ergotherapeutischen Praxis zu sammeln.

### 7.1.5. Herausforderungen

Dieses Kapitel fasst die von den Expert\*innen genannten Herausforderungen für autistische Personen, aber auch für die Expert\*innen, während einer Klettereinheit zusammen.

## A) Kommunikation

Vier der sechs Expert\*innen geben an, dass die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit der Adressat\*innen eine Herausforderung darstelle. Dies betrifft sowohl die Vermittlung von Kletterinhalten, wie „Technik oder die Sicherheitsaspekte, gerade beim Seilklettern“ (I4.1, Pos. 101-102), als auch den sensiblen Umgang mit Sprache sowie den Bedürfnissen der Adressat\*innen.

Einerseits müssen die Expert\*innen selbst auf ihre Sprachwahl achten, „weil (..) ja eben auch dieses, wenn man etwas sarkastisch meint, ist es oft schwierig, dass das Kind das oft versteht“ (I6.1, Pos. 103), andererseits führt die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit dazu, dass es „wenig Möglichkeiten [gibt] auf verbaler Ebene herauszufinden, was denn jetzt los ist. Also der mit 10:45 Uhr, wenn ich den frage: Gehts dir heute gut? Sagt er ja. Wenn ich frage: Wie gehts dir heute? Sagt er auch ja. Wie hast du geschlafen? Ja. Und der, der andere, der mehr oder weniger nicht mit mir spricht, da (...) da hab ich dann-, hat mir irgendwann einmal die Mutter gesagt, wenn er etwas nicht mag, dann sagt er ‚Flugzeug‘ I: Flugzeug? (lacht)

B1: Flugzeug, ja. Aber das musst du auch einmal wissen (lacht)“ (I1.2, Pos. 45-47).

Daher ist es wichtig, als Therapeut\*in auf eine „beschützende Art und Weise“ (I5.2, Pos 20) tätig zu sein, um die Adressat\*innen nicht zu überfordern und keine Aufgaben anbietet, „die zu viel [für sie] sind“ (I5.2, Pos. 20). Die Expert\*innen müssen genau beobachten, was den Adressat\*innen wirklich guttut und was ihre Ziele sind, anstatt nur die eigenen Vorstellungen zu verfolgen (vgl. I.5.2, Pos. 20).

## B) Reizverarbeitung

Die Flut an Eindrücken während des Kletterns, kann besonders für autistische Kinder und Jugendliche herausfordernd sein. Zum einen kann die starke Lautstärke des Kletterbetriebes als zu intensiv wahrgenommen werden: *„autistische Kinder [sind] teilweise sehr lärmempfindlich (...) und das ist in der Halle auch manchmal problematisch, weil eben andere Gruppen, andere Leute, es hallt in der Halle, manchmal ist-, sind laute Bohrgeräusche“* (I6.1, Pos. 105). Zum anderen können auch *„diese ganzen Griffe, die Seile, die ganzen Kinder“* (I5.2, Pos. 6) eine *„visuelle Überlastung“* (I5.2, Pos. 6) herbeiführen. Aber auch ein sensibles Hautgespür im Sinne von: *„Hm, da ist ja Chalk auf den Griffen, das ertrage ich nicht an meinen Händen“* (I3.2, Pos. 25), kann für autistische Personen, trotz Klettermotivation, einschränkend sein. Als Therapeut\*in ist es wichtig, *„sich halt vorher Gedanken“* zu machen, *„dass so was sein kann halt im Wahrnehmungsbereich“* (I3.2, Pos. 28-31) und durch Veränderungen der Rahmenbedingungen die Reizvielfalt zu minimieren.

I4 versucht zum Beispiel möglichst *„reizarme Orte zu schaffen oder vielleicht die Uhrzeiten so zu legen, dass das geht (...) diese Auszeiten anzubieten“* (I4.1, Pos. 103), oder sich eine Ecke zu suchen, *„wo der Lärm vielleicht ein bisschen weniger ist“* (I6.1, Pos. 107), aber auch Hilfsmittel wie *„Ohrenschützer“* (I5.2, Pos. 6) werden bei Reizfilterschwächen eingesetzt, *„aber dann muss man auch wieder gucken, hm, dann hört der einen ja wohlmöglich nicht mehr, wenn der halt oben ist. Also da muss man dann gut schauen, ne. Also falls man so ein Kind dabei halt hat. Ich hatte jetzt so ein geräuschempfindliches Kind noch nicht, wo ich das halt hatte, aber wenn dem so wäre, müsste man halt vorher genau überlegen, wie geht man damit um, falls so was mal sein könnte“* (I3.2, Pos. 25).

I5 adaptiert den Rahmen durch eine kleinere Gruppengröße, *„also dass Kinder, die das nicht leisten können in einer Einzel- oder in einem Zweiersetting kommen oder in eine Kleingruppe zu viert“* (I5.2, Pos. 6) oder durch *„einen Rückzug zu den Eltern, dass wir sagen, ‚Okay, wenn es zu viel ist, dann kannst du bei deiner Mutter eine Pause machen‘“* (I5.2, Pos. 6). I5 ergänzt: *„Oft haben die Kinder (...) eh schon irgendwelche (...) Spinner, Knetbälle, was auch immer, was ihnen hilft einfach, auch in so Situationen wieder zur Ruhe zu kommen, genau“* (I5.2, Pos. 6).

## C) Ängste

Wenn Kinder oder Jugendliche Angst bekommen, dann kann diese sehr extrem ausfallen, weil *„überhaupt Menschen mit Autismus, nicht so schnell merken, wenn sie eigentlich schon in der Überforderung halt sind, und wenn das dann so massiv ausfällt, so ein Angst-, so eine Angstattacke, dann ist natürlich, da wieder viel schwieriger rauszukommen und dann ist das Klettern ja so schnell auch negativ besetzt und das Kind fühlt sich wie ‚Jetzt habe ich versagt‘. Und deswegen finde ich es da besonders wichtig, so, so kleinschrittig vorzugehen“* (I3.2, Pos. 25).

Unter kleinschrittigem Arbeiten wird verstanden, die Adressat\*innen langsam an die Höhe zu gewöhnen, und sie immer wieder ins Seil setzen zu lassen. Ein weiteres Mittel um die kletternden Personen zu entlasten, ist den *„Druck rauszunehmen und zu sagen, ‚He, du musst gar nicht so hoch klettern‘, da sozusagen die Erfolge niedrig zu setzen, Abklettern zu lassen zum Beispiel. Also, dass die sich nicht ins Seil setzen müssen, sondern, dass die runterklettern dürfen“* (I5.2, Pos. 6).

Auch I2 erwähnt, dass die Überwindung von Höhenangst, insbesondere beim Abseilen, eine große Herausforderung für die Kinder darstellen kann. Nach zwei Jahren schaffen es manche problemlos, während andere noch immer mit der Höhe hadern. I2 beschreibt, wie viel Überwindung das Abseilen von 13 Metern in der Kletterhalle, selbst nach zwei Jahren, für ihre autistische Klettergruppe kostet: *„also manche schaffen das jetzt, also problemlos und andere hadern immer noch“* (I2, Pos. 109).

Dennoch muss auch hier ein individueller Bezug hergestellt werden: Höhe kann, muss aber nicht immer eine Herausforderung für autistische Personen darstellen, wie in dem Beispiel von I3 anführend beschrieben wird:

*„Also manche haben gar keine Höhenangst und zack, sind die oben. Also das ist jetzt bei dem Jungen, von dem ich gerade erzählt habe, zum Beispiel so. Und der hat halt ein ganz schlechtes Selbstwertgefühl und dann strahlt der über das ganze Gesicht, weil der hat überhaupt gar keine Höhenangst, (...) aber er schafft es bis nach oben und freut sich wie Bolle und ist ganz glücklich dann, genau“* (I3.1, Pos. 64).

#### D) Umgang mit Neuem

Das neue Umfeld einer Kletterhalle kann eine Herausforderung für autistische Personen darstellen, *„weil auch damit können ja Menschen mit Autismus Schwierigkeiten haben, mit neuen Räumlichkeiten, anderen Menschen, das vielleicht nicht einschätzen können“* (I3.1, Pos. 64). Auch hier empfiehlt sich kleinschrittiges Arbeiten, indem die Begebenheiten langsam erkundet werden (vgl. I3.1, Pos. 64).

#### E) Ablenkbarkeit

Mit der eigenen *„Aufmerksamkeit“* (I6.1, Pos. 109) bei der Aktivität zu bleiben, kann ebenfalls als herausfordernd erlebt werden. Insbesondere wenn mit autistischen Kindern und Jugendlichen draußen geklettert wird, sorgen herumkrabbelnde Käfer oder Spinnen für eine erhöhte Ablenkung als bei einer anderen Klettergruppe: *„Also [da] ist die (...?) Ablenkung größer als bei anderen Jugendlichen [...], dass da ein Tier krabbelt oder eine Fliege vor der Nase herumfliegt, also führt zu mehr Aufruhr“* (I2, Pos. 109).

*„Und da kann auch sein, dann, Ekel mit kleinen Tieren irgendwo in den Ritzen, dass da auf einmal Spinnen sind und so ne, dass man sowas dann auch mit berücksichtigt und da im Vorfeld halt darüber spricht“ (I3.2, Pos. 31).*

#### F) Inflexibilität

I6 beschreibt, dass das inflexible Denken autistischer Personen zu Schwierigkeiten in der Therapieplanung führen kann. Vor allem, wenn Geplantes aufgrund zeitlicher Abweichungen, nicht wie besprochen ausgeführt werden kann. Für sie stellt es eine Herausforderung dar, den Therapieablauf so zu planen, dass er in den Rahmen passt:

*„oder (...) wenn man (...) ja, irgendwas vorgibt und zum Beispiel sagt ‚Ja, noch dreimal Schwingen‘ und dann geht es sich es aber von der Zeit vielleicht doch nicht aus, weil das Kind länger gebraucht hat als gedacht, dass man dann auch nach dem zweiten Mal dann leider aufhören muss, weil die Therapie zu Ende ist, also das ist auch oft schwierig, dass man da wirklich (...) schaut, dass man die Therapie wirklich so plant, dass sie auch in den Rahmen passt und dass man, wenn man schon merkt man ist spät dran, dass man auch ja, frühzeitig endet. Also ich schaue jetzt immer, dass ich zumindest 5 Minuten vor Therapieende wirklich mit der Planung fertig bin, weil eh oft von der Halle wieder rauszugehen, oft das Kind eh mehr Zeit braucht, als man vielleicht eingeplant hat.*

*I: Mhm.*

*B1: Dass man auch wirklich Zeitpuffer gibt“ (I6.1, Pos. 103-105).*

#### G) Nähe und Distanz

I6 beschreibt, dass manche Adressat\*innen Probleme damit haben, sich während des Kletterns auf ihre eigene Aufgabenstellung zu fokussieren. Eine fehlende Abgrenzung zu anderen Gruppen bzw. eine unangemessene Wahrnehmung von Nähe und Distanz, stellen die Expertin oft vor eine Herausforderung:

*„Wenn viele Leute in der Halle sind, also dieses ‚bei sich bleiben‘. Zu verstehen, dass ich jetzt mich nicht bei einer Gruppe anhängen kann, sondern dass das Kind jetzt mit mir da ist und nicht jetzt mit den anderen Kindern spielen kann. [...] In der Halle ist auch noch eine andere Ergotherapeutin mit Kindern, und da ist es auch immer ganz schwierig zum Beispiel für ein Therapiekind von mir, diese Abgrenzung. Die machen ihre Therapie. und wir machen unsere und nicht quasi, ja, das vermischen und dann dauernd auch andere stören quasi, das ist auch oft eine Herausforderung ((lacht))“ (I6.1, Pos. 109).*

## H) Umgang mit von der Norm abweichenden Verhaltensweisen

Autistische Verhaltensweisen können aufgrund ihrer Andersartigkeit vom Umfeld teilweise als herausfordernd erlebt werden. I1 begegnet dieser als „*Mediator oder, oder Brückenbauer, dass ich sage, Verständnis auf beiden Seiten erweitern*“ (I1.2, Pos. 45).

### 7.1.6. Eltern

Dem Kontakt zu den Eltern wird von Anfang an eine wichtige Rolle zugeschrieben, um Informationen über die kindliche Symptomatik zu erhalten, ihre Vorlieben zu erfahren und klare Rahmenbedingungen für den Therapieablauf zu schaffen. Auch neben den Klettereinheiten nutzen viele Expert\*innen die Gelegenheit mittels Elterngesprächen einen nachhaltigen Therapiefortschritt im Alltag zu erzielen.

#### A) Kontaktaufnahme

Die Expert\*innen werden für gewöhnlich über ihre Homepage, Flyer, soziale Netzwerke, Empfehlungen oder auch Kursausschreibungen gefunden und mittels eines telefonischen Anrufs oder einer E-Mailanfrage von den Eltern kontaktiert. In dieser ersten Kontaktaufnahme werden Einzelheiten zu den Kindern sowie Wünsche und Vorstellungen der Eltern abgefragt und darauf geachtet, ob diese mit der eigentlichen Therapie vereinbar sind. In dem ersten Telefonat wird von I1 beispielsweise auch immer erfragt, „*ob irgendein spezielles Interesse oder eine Inselbegabung vorhanden ist, weil das meine, meine Schiene ist, wie ich versuche, eine Verbindung mit den Kindern aufzubauen*“ (I1.1, Pos. 36).

#### B) Erstgespräch

Nachdem der Kontakt hergestellt wurde, treffen sich die Expert\*innen mit den Eltern und dem autistischen Kind, dem/der Jugendlichen in der Kletterhalle, um zu eruieren, ob Klettern als Medium überhaupt geeignet ist und Interesse und Motivation vorhanden sind (vgl. I2, Pos. 34) sowie ein „*Sympathiedreieck*“ (I1.1, Pos. 36) zwischen den Eltern, dem Kind und dem/der Therapeut\*in besteht. Sobald diese Bedingungen erfüllt sind, wird der organisatorische Rahmen besprochen. Dieser beinhaltet z.B. die Bestimmung des Treffpunktes, ob die Eltern das Kind während der Klettereinheit begleiten oder nicht, und ob das Kind bereits umgezogen zum Klettern gebracht wird oder nicht (vgl. I4.1, Pos. 42).

#### C) Fortlaufende Elterngespräche

Neben den Klettereinheiten wird der Kontakt zu den Eltern regelmäßig gepflegt. Sei es durch telefonischen Austausch oder Gespräche vor oder nach der Therapie. Diese dienen dazu, das Kind aus Elternsicht besser kennenzulernen, Eindrücke, Probleme oder Unsicherheiten zu besprechen und die in der Therapie gelernten Inhalte in den Alltag zu integrieren (vgl. I6.1, Pos. 88) (vgl. I2, Pos. 34). I5 bezieht

die Eltern regelmäßig in die Abschlussrunde mit ein, um die erlernten Techniken auch zuhause anzuwenden (vgl. I5.1, Pos. 53). Sie werden aber auch in Evaluationsgespräche miteinbezogen, um den Erfolg, die Zufriedenheit und Ziele gemeinsam zu reflektieren.

#### D) Funktionen der Eltern

Wie oben schon ersichtlich, wird den Eltern, seitens der Expert\*innen, eine transferierende Funktion beigemessen, mit welcher die erlernten Inhalte des Kindes gemeinsam im Alltag angewandt werden. Aber auch während des Kletterns leisten manche Eltern wichtige Arbeiten, indem sie sich beispielsweise als sichernde Personen zur Verfügung stellen (vgl. I2, Pos. 70) oder bei einer potenziellen Reizüberflutung auf Abruf verfügbar sind, um mit dem Kind oder dem/der Jugendlichen einen ruhigen Ort aufzusuchen (vgl. I5.1, Pos. 47).

## 7.2. Berufsgruppen

Das anschließende Kapitel widmet sich dem Verstehen und Vergleichen der Erlebnispädagogik und Ergotherapie. Anbei werden selbstdefinierte Berufsbeschreibungen der Praktiker\*innen tabellarisch angeführt, um Einblicke in die Arbeitspraxis der Expert\*innen zu erhalten.

Erlebnispädagogik	Ergotherapie
<p>„Für mich ist es Lernen im Erlebnis, das heißt Lernen im Spielen, Lernen im (...) im Tun bei der Tätigkeit. Also das heißt, unterscheidet sich von von, sagen wir mal, normalem Lernen, äh, oder Lernen durch Erfahrung, (.) ja, durch praktische Erfahrung. Ich, ich tu was, ich erlebe was, und daraus ziehe ich einen Schluss und halt (...) und unterstützt durch die Fragen des Erlebnispädagogen oder der Erlebnispädagogin“ (I1.1, Pos. 5).</p> <p>„[E]s ist stark einfach, dass das Erlebnis, das für mich im Vordergrund steht“ (I1.1, Pos. 15).</p>	<p>„Also ich glaube, so die ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen in seinem Umfeld und in seinem Alltag vor allem, also das ist ja immer so, ich glaube das Kernergotherapeutische dass man immer so einen Alltagsbezug herstellt und sich anschaut, ahm, genau- was sind die Themen im Alltag und das probiert irgendwie in der Therapie aufzugreifen“ (I4.1, Pos. 11-12).</p>
<p>„Also das, für mich ist das erlebnisorientierte Lernen einfach ein Lernen außerhalb bekannter Räume und hat dadurch einen Mehrwert und in diesem gemeinsamen Tun sich noch einmal neu zu erfahren oder auch die Gruppe neu zu erleben“ (I2, Pos. 4).</p>	<p>„Ergotherapie macht für mich aus, dass es den Alltags- und den Handlungsbezug hat. Also dass es immer darum geht, Menschen selbstständig in Handlung zu bringen und für ihre Handlungshandlungen fit zu machen“ (I5.1, Pos. 3).</p>
<p>„Also für mich ist halt das wichtige daran, eben das Erleben. Ganzheitliche Erleben, das mit Kopf, Herz und Hand. Das-, das ist für mich das Wesentliche halt, dass der ganze Körper dabei ist, und dass man halt selber gucken kann: Wo sind meine Grenzen und wo kann ich über mich herauswachsen, genau, dass man da selber gut schauen kann“ (I3.1, Pos. 4).</p>	<p>„Also für mich ist Ergotherapie halt sehr vielfältig. Aber, also je nachdem in welchem Bereich man arbeitet, aber es steht immer die Klientenzentrierung quasi im Fokus und auch die Betätigungsorientierung. Also wir schauen, was hat das Individuum, was braucht es und wo kann man ihn fördern, unterstützen und am Besten im Bezug auf den Alltag. Also wirklich eine Betätigung, die im Alltag stattfindet und diese (..)</p>

	<p>Betätigung kann dann auch mit anderen verglichen werden, die im Alltag auch stattfinden und in verschiedenen Umwelten auch“ (I6.1, Pos. 3).</p> <p>„Oder eben, dass die Therapie auch wirklich im Alltag stattfindet, also dass man auch Hausbesuche macht oder in den Schulen, genau. Aber jetzt so im-, auf das Klettern bezogen, dass hier auch wirklich der Transfer (..) auf den Alltag quasi stattfindet“ (I6.1, Pos. 7-8).</p> <p>„Weil auch die Ergotherapie eben auch viel in den Umwelten des Klienten/ der Klientin ansetzt und eben Schule, die Eltern das ist einfach ein großer-, oder Kindergarten, ist ein großer Teil vom Alltag des Kindes. Meistens wenn es im Klettern schon irgendein Verhalten irgendwie auffällig ist, dann ist es meistens in den drei Bereichen auch“ (I6.1, Pos. 97).</p>
--	--

Abbildung 16: Vergleich Berufsgruppen

### 7.2.1. Rollen

Nachfolgend werden selbstgeschriebene Rollenbilder der Expert\*innen, während des therapeutischen Kletterns, tabellarisch angeführt. Als Rolle wird ein „sozial definiertes Verhaltensmuster [verstanden], das von einer Person, die eine bestimmte Funktion in einer Gruppe hat, erwartet wird. Rollen sind großenteils von dem bestimmten Individuum, das sie innehat, unabhängig. Die erwarteten Verhaltensweisen sind die gleichen, gleichgültig, über welche persönlichen Merkmale der Rolleninhaber verfügt“ (Zimbardo, 1995, S. 723 zit.n. Stangl 2024, o.S.).

Vier Expert\*innen äußern in der Arbeit als Klettertherapeut\*in unter anderem folgende Rollen, die sie während des therapeutischen Kletterns mit dieser Zielgruppe einnehmen:

<b>Rolle</b>	<b>Expert*in</b>
<b>Begleitende Rolle</b>	(I2, Pos. 107) (I4.1, Pos. 107)
<b>Beobachtende Rolle</b>	(I1.1, Pos. 7)
<b>Beratende Rolle</b>	(I1.1, Pos. 7) (I6.1, Pos. 9)
<b>Beschützende Rolle –</b> indem auf die Bedürfnisse der Adressat*innen besonderen Wert gelegt wird	(I5.2, Pos. 20)
<b>Ermöglicher*in –</b> I4 sieht sich in der Rolle, Klettern für die Adressat*innen zugänglich zu machen.	(I4.1, Pos. 107)

<b>Moderator*in</b> – in der Anfangs- und Abschlussrunde	(I2, Pos. 107)
<b>Motivator*in</b>	(I2, Pos. 107)
<b>Unterstützende Rolle</b>	(I6.1, Pos. 9)
<b>Verantwortliche*r für Sicherheit</b> – indem auf die Einhaltung der Regeln und des Rahmens geachtet wird.	(I2, Pos. 107) (I4.1, Pos. 103)
<b>Vertrauensperson</b>	(I2, Pos. 107)

Abbildung 17: Rollen

### 7.2.2. Auftrag

Als Berufsauftrag werden die „Aufgaben des Berufs“ im Rahmen der Tätigkeit verstanden (LCH 2014, S. 7). Diese wurden induktiv aus den Antworten der Interviews erschlossen und nachfolgend erarbeitet.

Der Auftrag bei autistischen Personen besteht für I5 darin, „genau [hinzuschauen], was den Menschen guttut und was nicht. Also das ist so eine, (..) finde ich, eine ganz grundlegende Voraussetzung, dadurch, dass die Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt ist, bin ich als Therapeut noch einmal viel mehr in einer (...) beschützenden Art und Weise tätig, dass ich diese Menschen nicht überfordere, dass ich nicht Aufgaben anbiete, die zu viel sind, die aber dann hinterher explodieren oder so etwas. Und, dass es wirklich darum geht, noch einmal sehr gut zu schauen, was tut (ihm/ihr?) wirklich gut, was bringt etwas und was ist irgendwie meine Vorstellung oder was sind meine Ziele, genau, das finde ich total wichtig. Und wirklich gut auf sich selber als Therapeutin zu achten, dass man nicht sich mit Aufgaben überfordert" (I5.2, Pos. 20). Aus diesem Grund stellt sich I3 den Auftrag, mit den Adressat\*innen, nur an jenen Zielen zu arbeiten, bei denen ihre Motivation liegt:

*„[W]eil ich immer sage, es bringt ja nichts, wenn ich jetzt meine, es wäre wichtig für dich, dass du das oder das lernst für dein Leben, aber die Motivation gar nicht da ist. Das wir immer erst da anfangen, wo ihre Motivation liegt und in der Regel ist das, dass sie Freunde finden möchten und nicht wissen, wie kann ich Freunde finden" (I3.1, Pos. 10).*

I2 sieht für sich als Erlebnispädagogin keinen therapeutischen Auftrag. Für sie steht Spaß und Bewegungsfreude an erster Stelle in ihrer beruflichen Tätigkeit. Zusätzlich versucht sie, den Selbstwert der Kinder und Jugendlichen zu stärken, indem sie persönliche Errungenschaften der autistischen Kinder und Jugendlichen hervorhebt (vgl. I2, Pos. 58-60). I1 möchte die Welt für Autist\*innen öffnen bzw. die Welt offener gestalten, indem er Aufklärungs- und Vernetzungsarbeit leistet (vgl. I1.1, Pos. 23).

Zusätzlich betont I6 die Verantwortlichkeit der Expert\*innen, sich in der Kletterbranche weiterzubilden, um am neuesten Stand zu sein und Sicherheit gewährleisten zu können (vgl. I6.2, Pos. 11).

### 7.2.3. Methoden

Nachfolgend werden die von den Expert\*innen erwähnten Methoden im Therapieprozess aufgelistet. Erwähnenswert ist dabei, dass I5 in ihrem Verein „hoch hinaus“, mit einem eigenen ergo-klettertherapeutischen Konzept arbeitet und dieses mittels Fortbildungen an andere weitergibt (vgl. I5.1, Pos. 59). Eine Methode, die in diesem Konzept besondere Bedeutung findet, wird nachfolgend neben den anderen beschriebenen Vorgehensweisen, näher beschrieben.

#### A) ALERT

I5 wendet in ihren Klettergruppen Achtsamkeitsübungen oder Atembeobachtungen an, *„weil das gezeigt hat, dass das wirklich gut ist für die Kinder und die das gut umsetzen können im Alltag“* (I5.1, Pos. 59). Dabei wird anhand des ergotherapeutischen Programms *„ALERT – Wie läuft eigentlich mein Motor?“* (I5.1, Pos. 59) versucht, die Eigenregulation der Kinder und Jugendlichen zu verbessern, indem sie lernen, *„ihr inneres Erregungsniveau einzustellen“* (I5.1, Pos. 59) um es *„möglichst so beeinflussen zu können, wie sie es brauchen“* (I5.1, Pos. 59).

Anfänglich wird die Methode den Kindern vorgestellt *„also, was ist ein hoher Motor, was ist ein mittlerer Motor, was ist ein niedriges Erregungsniveau und dann geht es in der nächsten Stunde darum zu identifizieren, wie sieht das denn aus. Also dann haben wir Bilder, verschiedene Bilder mit Menschen mit einem hohen Erregungsniveau, von einem mittleren Erregungsniveau und von einem niedrigen Erregungsniveau. Dann sortieren die das beim Klettern und dann identifizieren wir das bei ihnen, in der Anfangsrunde, bei ihren Nebensitzern, und sagen: ‚Okay, du hast einen roten Motor, du hast einen grünen Motor. Das erkenne ich daran, dass du aufrecht sitzt, große Augen hast, dahin guckst was passiert‘“* (I5.1, Pos. 67). Anschließend wird die Methode an sich selbst angewandt. Die Kinder und Jugendlichen sollen sich nun die Frage stellen, wie ihr eigener Motor in diesem Moment läuft, wie er sich zu erkennen gibt und welche Strategien die Kinder anwenden können, um ihn zu beeinflussen. Strategien hierfür können zum Beispiel Atembeobachtungen, *„schwere Muskelarbeit“*, *„Motivation“*, die Arbeit mit den *„verschiedenen Wahrnehmungsbereiche(n)“* oder auch mit den *„kognitiven Voraussetzungen“* sein (I5.1, Pos. 67).

#### B) Lernzonenmodell

I3 wendet eine abgewandelte Form des Lernzonenmodells als therapeutisches Medium an, um die Selbsteinschätzung der Adressat\*innen zu fördern:

*„Also viele Menschen mit Autismus haben ja gerade da Schwierigkeiten, sich selber einzuschätzen. ‚Wie wirke ich auf mein Gegenüber? Überschätze ich mich halt auch häufig, vielleicht?‘ Und das spiegelt das Klettern ja immer sofort wieder“ (I3.1, Pos. 8).*

Zu Beginn jeder Einheit wird ein neues Lernzonenmodell schriftlich erarbeitet und vor dem Klettern ausgefüllt. Diese Vorlage besteht aus einer *„Skala mit Komfortzone, Lernzone, Panikzone. Das habe ich immer als Rohling mit dabei, auf einem Zettel und ich gebe nichts vor, sondern wir erarbeiten das im Gespräch, weil ich erstmal immer gucken möchte, auf was kommen die von alleine, genau. Und dann tragen die das selber ein, in dieses-, in, in diese Skala. Und, (..) wenn mir dann noch etwas einfällt, dann sage ich: ‚Hm, wie wäre es denn vielleicht noch damit oder damit‘, und dann können sie aber entscheiden, ob sie das noch miteintragen wollen oder nicht“* (I3.1, Pos. 68).

Nachdem die Adressat\*innen ihre Selbsteinschätzungen in diesem „Rohling“ eingetragen haben und an die Kletterwand gehen, bemerken sie recht schnell, ob sie sich richtig eingeschätzt haben und schaffen es *„in der Regel selber, [diese] auf dem Diagramm zu korrigieren“* (I3.1, Pos. 54).

Mittels offener Nachfragen versucht die Expertin, die Adressat\*innen im Prozess ihrer Selbstreflexion zu unterstützen:

*„Guck mal, du hast hier eingetragen: Klettergurt anziehen, gar kein Problem. Komfortzone, schaffe ich im Schlaf. War das denn wirklich so oder ist das vielleicht doch noch Lernzone? Brauchst du da noch ein bisschen Unterstützung?“* (I3.1, Pos. 66).

Die größte Herausforderung ist es dabei, sich in diesem Prozess zurückzuhalten, da die Adressat\*innen gerne *„zur Überschätzung neigen“* (I3.1, Pos. 54).

Auch wenn sich das Erlernen der richtigen Selbsteinschätzung für I3 als *„längerer Lernprozess“* (I3.1, Pos. 56) herausstellt, können dennoch durch die *„Motivation“* der Adressat\*innen *„Fortschritte (...) in der Eigenwahrnehmung und auch- zusätzlich noch in der Motorik“* (I3.1, Pos. 8) erzielt werden.

### C) Sensorische Integrationstherapie

Zwei der drei Ergotherapeutinnen geben an, mit Elementen der Sensorischen Integrations-Therapie zu arbeiten. Auf dessen Anwendung im klettertherapeutischen Setting wird jedoch nicht näher eingegangen: *„Also ich selber habe einen Sens-, einen Schwerpunkt auf sensorische Integrationstherapie genau und das ist, denke ich, so der Hauptansatz, mit dem ich an das Klettern herangehe, weil das da auch viel bietet, natürlich, viel sensorischen Input“* (I4.1, Pos. 64).

#### D) Marte Meo

I6 arbeitet mit Marte Meo und hebt hervor, dass sich diese Methode gut auf autistische Kinder und Jugendliche übertragen lasse, gerade wenn *„bei der Kommunikation noch nicht alles so entwickelt ist, wie es vielleicht sein sollte“* (I6.1, Pos. 50). Marte Meo ist eine videobasierte Methode, die Menschen bei ihren Entwicklungsaufgaben unterstützen möchte, indem sie Fachkräften oder Bezugspersonen, praxisorientierte Anleitungen präsentiert, die diese selbst in ihrem Alltag anwenden können (vgl. Aarts 2021, S. 43f.). Die Methode soll die Kompetenzen der Adressat\*innen fördern, indem die Expertin das Kind spiegelt, sein Verhalten verstärkt, den Ablauf ankündigt oder abwartet (vgl. I6.1, Pos. 49-50). Auch in ihrer positiv leitenden Rolle habe ihr Marte Meo geholfen (vgl. I6.1, Pos. 51).

#### E) Therapievertrag

Im Therapievertrag wird der Inhalt der Therapie geplant. Dabei wird festgelegt, was in der Einheit gemacht wird. I6 erstellt diesen Vertrag entweder alleine oder in Zusammenarbeit mit den Adressat\*innen, abhängig von deren kognitiven Fähigkeiten. Dabei wird versucht, einen strukturierten Rahmen zu erstellen, der dem Kind oder dem/der Jugendlichen als Orientierungshilfe dient und in der Einheit *„Punkt für Punkt“* (I6.1, Pos. 51) abgearbeitet wird. Herausfordernd wird die Planung dann, sobald ein Punkt nicht wie geplant umgesetzt werden kann, weil *„dann zum Beispiel eine Wand dann doch besetzt ist, weil dann ein Kurs begonnen hat“* (I6.1, Pos. 103).

Am Ende der Therapieeinheit wird der Vertrag erneut begutachtet und überprüft, ob alles wie geplant funktioniert hat. Es wird analysiert, ob das Kind den Vertrag einhalten konnte und wo möglicherweise Schwierigkeiten aufgetreten sind. Zusätzlich wird darüber nachgedacht, was in Zukunft anders gemacht werden könnte. I6 empfiehlt, diesen Vertrag auch auf das alltägliche Setting in der Schule oder zu Hause anzuwenden (vgl. I6.1, Pos. 87).

#### F) Individualisiertes Kletterangebot

Im Vergleich zu herkömmlichen Kletterkursen, welche meist eine konkrete Abfolge haben, richten sich Kletterkurse für Autist\*innen eher an die individuellen Bedürfnisse der Adressat\*innen, indem Inhalte, Spiele, aber auch Fördermaßnahmen, individualisiert und partizipativ gestaltet werden (vgl. I1.1, Pos. 87-88).

I6 macht sich bereits in der Therapieplanung Gedanken, wie das autistische Kind, der oder die autistische Jugendliche, am besten gefördert werden kann:

*„[W]enn es Konzentrationsprobleme hat, dass ich dann wirklich Spiele einbaue, wo die Konzentration gefördert wird. Wenn ich weiß, es hat Schwierigkeiten beim Zuhören, dass ich dann vielleicht auch mir überlege, wie kann ich es ihm leichter machen, dass es einen*

*gewissen Rahmen hat um sich besser zu, (...) zu beruhigen und mir auch wirklich zuhören zu können“ (I6.1, Pos. 43).*

Zusätzlich wird auf den konkreten Gemütsstand der Adressat\*innen geachtet und die jeweilige Stunde an die individuelle Ist-Situation angepasst:

*„[W]enn jetzt ein Kind an einem Tag offensichtlich müde ist, dann ja, dann klettern wir halt nicht so viel, ja, wenn einer total motiviert ist, oder, dann klettern wir mehr, wenn einer besonders nervös ist, dann schauen wir, dass wir uns doch ein bisschen von den anderen Abstand verschaffen“ (I1.1, Pos. 81).*

I6 ergänzt, dass man speziell *„beim Klettern sehr flexibel auf die individuellen Bedürfnisse vom Klienten, von der Klientin eingehen“* kann und gerade *„beim Autismus, weil je nach dem mit welcher Stimmung auch das Kind kommt oder der Klient, die Klientin, kann man da sehr spontan und flexibel auch die Therapie gestalten und deswegen finde ich, ist Klettern so ideal, einfach auch als Teilangebot“* (I6.1, Pos. 11). Auch I5 gestaltet ein individualisiertes Gruppensetting, indem sie mit mehreren Kindern unterschiedliche Ziele, während der Klettereinheit, nachgeht. Anstelle eines allgemeinen Therapieplanes werden die einzelnen Ziele *„durch Reflexion und durch gezieltes Nachfragen“* (I5.1, Pos. 65) verfolgt.

#### G) Einbezug von Spezialinteressen

Drei Expert\*innen beziehen spezielle Interessen der autistischen Kinder und Jugendlichen in die Therapiegestaltung mit ein. Sei es, indem die Expert\*innen eigens angefertigtes Therapiematerial, wie z.B. Memories oder Puzzles (vgl. I6.1, Pos. 77) erstellen, indem Spiele durch Lieblingsgegenstände, z.B. ein *"Kaninchen"* (I1.1, Pos. 91), oder durch spezielle Interessen, wie *"urbane Züge"* (I4.1, Pos. 87), adaptiert werden. I1 betont, dass das Interesse an öffentlichen Verkehrsmitteln besonders häufig vorkomme (vgl. I1.1, Pos. 38). Der Experte nutzt die Interessen der Adressat\*innen um eine Beziehung aufzubauen (vgl. I1.1, Pos. 81). Diese werden im Erstkontakt bei den Eltern abgefragt und später im Erstgespräch in der Kletterhalle miteingebunden. I6 bezieht die Adressat\*innen aktiv in den Therapieplanungsprozess mit ein und entscheidet gemeinsam, welche Spiele wie gespielt werden (vgl. I6.1, Pos. 77).

#### H) Routine und Struktur

*„[G]erade bei Autismus ist ja oft eine gewisse Routine oft sehr wichtig“* (I6.1, Pos. 45).

I6 fragt im Vorab bei den Eltern nach, wie viel Struktur ein Kind braucht und überlegt sich selbst Routinen, die „von Einheit 1 bis 10 auch wirklich [durchgezogen werden], um es einfach dem Kind zu erleichtern“ (I6.1, Pos. 45). Auch I2 hält sich insbesondere bei neuen Gruppen an das gleiche Ablaufschema und versucht „da nicht zu verändern und auch in dem Anfangsgespräch immer die gleichen Fragen zu stellen, und viel die gleichen Spiele zu machen“ (I2, Pos. 42). Diese Regelmäßigkeit zeigt sich auch, indem „immer die gleichen Top-Rope Routen genutzt [werden,] damit es eben keine Überforderung darstellt“ (I2, Pos. 42). Mit der Zeit versucht I2 allerdings, diese Strukturen aufzuweichen und neue Elemente miteinzubringen, wobei zuerst „immer erstmal die gleichen Schritte“ (I2, Pos. 42) wiederholt werden, „[u]nd nicht die Neuen“ (I2, Pos. 42).

I6 gibt als Einzige an, „Elemente von TEACCH [zu verwenden], vor allem wenn Kinder viel Struktur brauchen, also in Form von Fotos, dass wir wirklich mit Fotos einen Therapieplan dann machen, oder in Form von einem Vertrag, den wir am Anfang quasi gestalten und dann wirklich Punkt für Punkt abarbeiten, damit das Kind einfach weiß, was kommt als nächstes, sich dort vorbereiten kann“ (I6.1, Pos. 51).

#### I) Prinzip der kleinen Schritte

Vier Expert\*innen wenden das Prinzip der kleinen Schritte in ihrer Methodik an, um Stück für Stück ein gewisses Ziel zu erreichen, eine Fertigkeit zu erwerben oder ein Gefühl von Sicherheit zu erzeugen (siehe Kapitel 6.6.1.) (vgl. I3.1, Pos. 64). I5 erreicht das erwünschte Verhalten z.B. durch stetige Reflexion und gezieltes Feedback. Bei einer Kindergruppe, in der sich das Kind nur von der Expertin sichern lassen wollte, wird z.B. versucht, „dass halt ein nicht so zappeliges Kind das Kind sichert. Und, genau dann ist ganz viel Reflektion und Feedback, nochmal zu sagen. ‚Okay, guck mal. Jetzt bist du einen Meter hoch. Magst du jetzt mal die Wand loslassen?‘ also, oder ‚Bist du nur noch kurz vor dem Boden. Magst du die Wand loslassen?‘ Dass die so, Stück für Stück, mehr Fähigkeiten entwickeln, mit ihrer Angst umzugehen“ (I5.2, Pos. 12) oder „Vertrauen“ (I4.1, Pos. 119) aufbauen. Bei erfolgreicher Meisterung der Aufgabe, wird „immer wieder einen neuen Anspruch“ (I3.1, Pos. 64) hinzugefügt.

#### J) Wolf- und Giraffensprache

I5 arbeitet „mit der Wolf- und Giraffensprache nach Rosenberg“, welche auch als Gewaltfreie Kommunikation bekannt ist, „um so eine Kommunikationsfähigkeit zu unterstützen“ (I5.1, Pos. 59).

## 7.3. Therapievorbereitung

Als Therapievorbereitungen werden all jene Vorkehrungen beschrieben, die vor den Klettereinheiten von den Expert\*innen getroffen werden. Diese umfassen die inhaltliche Schwerpunktsetzung, die Länge und Häufigkeit der Einheiten, die Wahl des Settings, den Einsatz von visuellen Medien sowie die Auswahl der Kletterhalle und Einbezug von Ruheorten.

### 7.3.1. Therapieplanung

In der Therapieplanung wird der Inhalt der Einheit vorbereitet. Fragen, wie: *„Was nehme ich an dem Tag vor? Welche Fragestellungen sollen im Fokus stehen? Und später auch die Auswertung“* (I3.1, Pos. 34) sind für I3 zentral. I5 erarbeitet in der Kletterstunde mit den Kindern und Jugendlichen ihre individuellen Ziele. Je nachdem, welche Adressat\*innen der Gruppe anwesend sind, ändert sich auch das Stundenkonzept, die individuellen Inhalte, die geplant werden und das Material, welches vorbereitet wird (vgl. I5.1, Pos. 19). Für die Planung der Einheit setzt sich I6 zuerst mit den Eltern zusammen und fragt, wo das Kind Unterstützung braucht. Sollte es *„Routinen brauch[en], dann überlege ich mir natürlich Routinen, die wir dann wirklich von Einheit 1 bis 10 auch wirklich durchhalten, um es einfach dem Kind zu erleichtern“* (I6.1, Pos. 45). Falls es Konzentrationsschwierigkeiten hat, werden Übungen so gestaltet, um die Konzentration zu fördern. Sie passt ihr Konzept individuell an die Bedürfnisse des Kindes an (vgl. I6.1, Pos. 43). Zusätzlich gestalten I1 und I6 individualisiertes Therapiematerial mit den Vorlieben der Kinder, wie z.B. ein *„Flugzeugmemory“* (I6,1., Pos. 25) (vgl. I1.1, Pos. 91).

### 7.3.2. Dauer

Die Dauer einer Klettereinheit liegt zwischen 50 Minuten und 2 Stunden. I5 macht die Länge einer Einheit von dem Setting abhängig und unterscheidet zwischen Einzel- und Gruppensetting:

*„Also bei den Gruppen sind es eineinhalb Stunden. Einzeltherapien sind eine Stunde und wenn die zwei Kinder kommen, sind es auch eine Stunde“* (I5.1, Pos. 43-44).

Während die restlichen Interviewpartner\*innen Einzeltherapien mit 45-50 Minuten anbieten, die Kinder bereits umgezogen bei der Kassa von ihren Eltern abholen und, nach dem Ende der Einheit, dort auch wieder abgeben, sticht I3 durch die Dauer der Einheit sowie des Ablaufs hervor:

*„[E]ine normale Einheit dauert zwei Stunden, aber wir haben auch die Möglichkeit mal für 4 Stunden zu machen und an einem anderen Tag auszusetzen. Das hat was mit den Abrechnungen zu tun, das erlaubt der Kostenträger. Und wenn ich mit den Kindern und*

*Jugendlichen klettere gehe, mache in der Regel mindestens drei Stunden oder 4 Stunden, weil wir ja auch noch eine kurze Anfahrt haben, Umziehen und so, dass sich das dann auch lohnt, mit einer Pause und dann nochmal an die Wand. Dass wir nicht so hetzen müssen, Zeit lassen können, weil selbst das Umziehen manchmal schon Ewigkeiten dauert, weil es halt von der Handlungsplanung manchmal Schwierigkeiten gibt ((lacht))“ (I3.1, Pos. 44).*

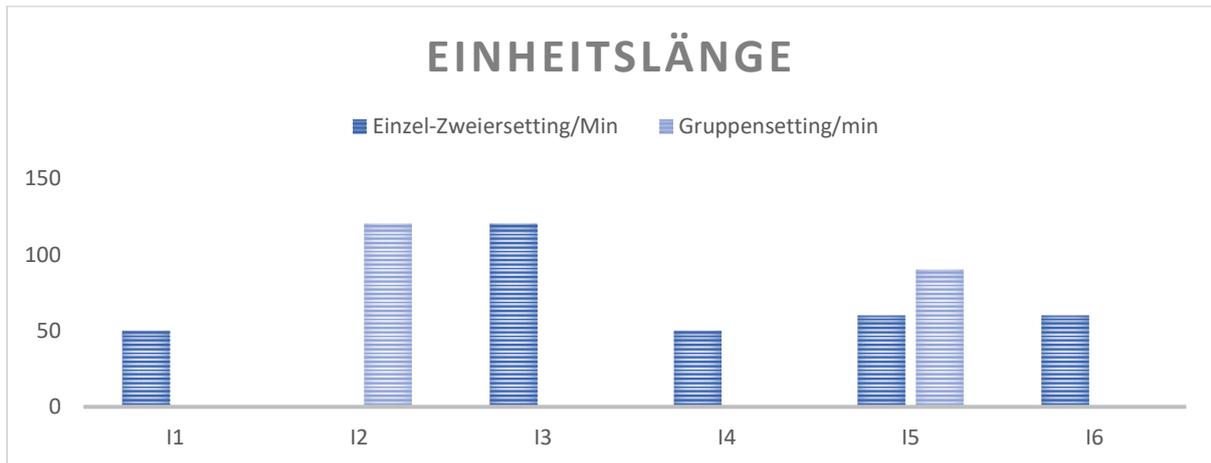


Abbildung 18: Einheitslänge

### 7.3.3. Häufigkeit

Während die befragten Ergotherapeutinnen jeweils einmal in der Woche auf Basis ihres verordneten Zehnerblocks in die Kletterhalle gehen (vgl. I4-I6), werden die Klettereinheiten bei den Erlebnispädagog\*innen flexibler und offener gestaltet. I3 veranstaltet ebenfalls wöchentliche Therapiestunden, wobei diese auch für das therapeutische Klettern als Doppeleinheit genutzt werden können (vgl. I3.1, Pos. 40). Auch I2 gibt samstags und/oder sonntags regelmäßig Kurse. Diese werden offen ausgeschrieben und die Familien können selbst eintragen, an welchen Tagen sie Zeit haben oder nicht (vgl. I2, Pos. 23). I1 empfiehlt wöchentliches Klettern, überlässt die Entscheidung der Regelmäßigkeit aber den Eltern, da die Kosten doch eine „*ziemliche Zusatzbelastung*“ (I1.1, Pos. 57) darstellen können.

### 7.3.4. Betreuungsverhältnis

I1 klettert hauptsächlich im Einzelsetting, bei Bedarf erweitert er das Betreuungsverhältnis auf bis zu drei Kinder, wobei diese Einheiten eher fallweise und unter Absprache mit den Eltern stattfinden. Auch I3 und I6 klettern derzeit in einem 1:1-Setting, wobei diese auch Erfahrungen mit größeren Gruppen haben (vgl. I3.1. Pos. 26; I6.1, Pos. 20-23). I4 kletterte sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting, wobei für eine Gruppe nur high functioning Autist\*innen in Frage kamen (vgl. I4.1, Pos. 36).

I5 betont, dass die Gruppengröße an die individuellen Kapazitäten der Kinder und Jugendlichen angepasst werde. Bei zu starken Einschränkungen solle lieber in die ergotherapeutische Praxis gewechselt werden, um die Unterstützung zu Verfügung zu stellen, die gebraucht wird (vgl. I5.1, Pos. 11).

I2 klettert mit autistischen Kindern in einem 2:8 Setting, wobei auch deren Geschwister teilnehmen können und sich die Anzahl um bis zu vier Geschwisterkinder erweitern kann (vgl. I2, Pos. 15-19).

Auch I5 betreut Gruppen im Verhältnis von bis zu 2:8. Diese setzen sich aus Kindern mit Therapiebedarf zusammen, die unterschiedliche Diagnosen aufweisen. Für diese Gruppe ist eine Grundgruppenfähigkeit unabdingbar. Sollte diese nicht gegeben sein, werden kleinere Gruppen für autistische Kinder und Jugendliche angeboten oder auch eine 1:1 Therapie bzw. ergotherapeutische Praxisstunde vorgeschlagen (vgl. I5.1, Pos. 11). Zusätzlich soll sich die Gruppengröße auch an Kapazitäten der Praktiker\*innen anpassen, um nicht in eine eigene Überforderung zu gelangen (vgl. I6.2, Pos. 9).

### 7.3.5. Visuelle Medien

Drei der befragten Expert\*innen setzen visuelle Medien während der Klettertherapie ein, wohingegen I2 und I4 keine Notwendigkeit in der Verwendung von visuellen Hilfsmitteln sehen (vgl. I4.1, Pos. 84-85; I2, Pos. 80-81).

I1 verwendet visuelle Medien im spielerischen Sinn:

*„Eben teilweise bei diesen Bouldersachen, ja um das spielerisch zu gestalten. Stofftiere, laminierte Kärtchen teilweise, Puzzles, Memory, ja“ (I1.2, Pos. 2-5).*

I3 arbeitet „mit Emotionskarten“ (I3.2, Pos. 3), um den Kindern und Jugendlichen den Zugang zu ihren Emotionen zu erleichtern und I5 setzt die Motorenskala des ALERT-Programmes ein, in welchem „die Kinder einen Zeiger einstellen, wo sie stehen“ (I5.1, Pos. 91).

### 7.3.6. Kletterhalle

Auch die Auswahl der Halle fließt in die Vorbereitungen mit ein. Hierbei wird empfohlen, die Kletterhalle zu besichtigen und bestimmte Rahmenbedingungen zu erfragen: Gibt es Rückzugsmöglichkeiten? Wie viele Leute sind zu welchen Tageszeiten dort? Wie schwer ist geschraubt? Ist die Halle kinderfreundlich? Gibt es einen Außenbereich? (vgl. I6.2, Pos. 7-9).

Dabei sollte mit den Hallenbetreiber\*innen besprochen werden, wie therapeutisches Klettern vor Ort gehandhabt wird:

*„Was sind die Rahmenbedingungen, sprich was wollen die Eintritt haben, zahlt die Therapeutin Eintritt, wie sind die Leihmaterialbedingungen?“ (I4.1, Pos. 42).*

I6 fügt hinzu, dass Hallen mit Nischen und Ecken günstiger für die Geräuschkulisse und den Reizfilter sind, als offen gestaltete Hallen (vgl. I6.2, Pos. 7-9).

Zudem erfragt I2, ob an den Kurstagen noch andere Klettergruppen anwesend sind und reserviert sich einen abgeschotteten Raum, in welchem ohne äußere Störreize gebouldert werden kann (vgl. I2, Pos. 23). I4 und I6 werfen zusätzlich vor jeder Klettereinheit einen Blick in die Halle, um einen groben Überblick über die Besucher\*innen und den Geräuschpegel zu bekommen (vgl. I4.2, Pos. 11; I6.1, Pos. 25)

### 7.3.7. Ruheorte

Die Kletterhalle kann ein Ort mit hoher Lautstärke sein, „*da ist viel los und es gibt viele Reize und es wuselt überall*“ (I5.1, Pos. 13). Vier Expert\*innen achten daher darauf, die Kletterhalle so auszuwählen, dass eventuelle Rückzugsorte vorhanden sind. Dieser Ruheort kann ein spezieller Schulungs- oder Yoga Raum sein (vgl. I2, Pos. 23), oder ein Außenbereich, welcher mit einer Hängematte bestückt ist (vgl. I6.2, Pos. 9). Bei Themen der Reizüberflutung werden im Kurs von I5, die Eltern des Kindes miteinbezogen und darum gebeten, im Bistro zu warten. Bei einem Overload könne das Kind oder der/die Jugendliche aus der Gruppe geholt werden und der Yoga-Raum, in dem die Anfangs- und Abschlussrunde gemacht wird, als Rückzugsort aufgesucht werden (vgl. I5.1, Pos. 47). Im Vergleich dazu, geben zwei Expert\*innen an, keine vordefinierten Ruheorte miteinzuplanen. Dies hat den Grund, dass I3 „*nicht vorhersehen kann, wie voll ist es auch an dem Morgen vielleicht. Also es kann auch mal in den Ferien einen Morgen geben, dann ist da auf einmal ein Kindergeburtstag, das kann halt auch passieren*“ (I3.1, Pos. 50). Die Adressat\*innen werden von ihr im Vorhinein auf einen möglichen Geräuschpegel vorbereitet und bei Bedarf wird in Bereiche ausgewichen, die weniger voll sind (vgl. I3.1, Pos. 50). I1 führt an, Ruheorte bis jetzt noch nicht benötigt zu haben und deshalb auch nicht einzuplanen:

*„Habe ich bis jetzt eigentlich noch nie gebraucht, habe ich dementsprechend auch noch nicht antizipiert, wobei die Möglichkeiten, sich ein bisschen rauszunehmen, gäbe es überall und würde ich in dem Fall dann auch anbieten“* (I1.1, Pos. 69).

## 7.4. Therapieinhalt

Die Vielfalt des autistischen Spektrums führt zu einer individualisierten Anpassung des Stundenbildes an die Bedürfnisse, Kompetenzen und Zielvorgaben der Adressat\*innen. Einen verallgemeinernden Ablauf zu beschreiben, wie er in herkömmlichen Kletterkursen stattfindet, erweist sich als kontraproduktiv, da jedes Kind, jede\*r Jugendliche etwas anderes braucht und auf Aktivitäten anders reagiert (vgl. I1.1, Pos. 82). Auch wenn die Einheiten einen individualisierten Charakter aufweisen, lässt sich durch die Aussagen der Expert\*innen ein ähnliches Schema erkennen, welches in Kategorien des

„Aufwärmens“, „Boulderns“, „Seilkletterns“ und „Abschlusses“ aufgeteilt wird, aber in keiner Weise als verallgemeinernden Ablauf verstanden werden soll oder den Anspruch auf Vollständigkeit hegt, sondern als Sammlung von Informationen und Leitfaden betrachtet werden soll. Dementsprechend müssen auch nicht alle Inhaltspunkte in der Therapieeinheit vorkommen, wie im nachfolgenden Beispiel ersichtlich wird:

*„Ja, und dann gibt es eben den Burschen, den ich jetzt am Schluss erwähnt hab (...), der möchte nicht Bouldern, der möchte nicht Aufwärmen, sondern wir treffen uns, er zieht sich einen Gurt an, er klettert am Seil, ja. Von dem her, es ist wirklich jede Einheit oder jede-, das Klettern ist für jedes Kind individuell“ (I1.1, Pos. 87).*

Zusätzlich gilt anzumerken, dass die Therapie meist partizipativ gestaltet wird und die Kinder und Jugendlichen mitbestimmen dürfen, welche Spiele oder Übungen gespielt werden oder an welcher Wand geklettert wird.

#### 7.4.1. Aufwärmen

Die Hälfte der Expert\*innen beginnt die Klettereinheit mit Aufwärmübungen oder Spielen. Dies können bereits bekannte Übungen aus dem Schulunterricht sein oder spielerische Bewegungsübungen, wie Tiere nachmachen. Aber auch Massagebälle und -rollen werden in der Aufwärmphase z.B. bei I4 verwendet (vgl. I4.1, Pos. 74). I1 passt das Aufwärmprogramm an die individuellen Interessen des Kindes, des/der Jugendlichen an und bindet beispielsweise U-Bahnstationen in das Training mit ein:

*„[D]er Autist, der am längsten zu mir kommt, jetzt zum Beispiel, der kann seit dem er fünf ist, das ganze Wiener Öffi-Netz auswendig. Das heißt, alle Linien, alle Stationen, alle Anzeigen in jeder Station, ja, und dem gebe ich zum Aufwärmen einen Start und einen Endpunkt vor. Er soll mir sagen, wie wir dorthin fahren, mit welchen Linien und dann gehen wir die Stationen durch und je nach Anzahl der Stationen machen wir eine bestimmte Anzahl an Wiederholungen“ (I1.1, Pos. 39).*

Im Vergleich dazu, gestaltet die andere Hälfte der Expert\*innen eine Anfangsrunde, in der das Befinden mit Gefühlskarten, Wünsche für die Einheit, Inhalte, aber auch individuelle Ziele besprochen werden. I2 beginnt jede Einheit mit einem Kennenlernspiel, da bei ihr die Adressat\*innen in der Gruppe wechseln (vgl. I2, Pos. 54).

Hierbei gibt es eine Korrelation zwischen der Art des Aufwärmens und des Betreuungsverhältnisses. Während in einem Einzelsetting eher gleich zu Aufwärmübungen gegriffen wird, setzen sich die Expert\*innen, die ein Gruppensetting leiten, vorab mit den Adressat\*innen zusammen und beginnen mit

einer Anfangsrunde, welche von einem Aufwärmspiel abgelöst wird. I6 gilt hier als Ausnahme, da sie auch im 1:1-Setting mit Gefühlskarten beginnt und anschließend an die Boulderwand geht (vgl. I6.1, Pos. 57).

#### 7.4.2. Boulderspiele

Im Anschluss an die Anfangsrunde oder dem allgemeinen Aufwärmen, wird mit den Adressat\*innen üblicherweise an die Boulderwand gegangen. Auch hier haben die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, mitzubestimmen, welche Spiele gespielt werden sollen (vgl. I2, Pos. 54; I6.1, Pos. 57).

Im Folgenden werden die von den Expert\*innen genannten, gerne gespielten Boulderspiele aufgelistet:

##### A) Zuordnungsspiele (Memory, Puzzle, Sonnenstrahlen)

Drei Expert\*innen geben an, Memory, Puzzle oder „irgendeiner Art von Boulderspiel, wo, [...] irgendwas auf die Griffe draufgelegt wird“ (I1.1, Pos. 91) und die Kinder und Jugendlichen, diese sammeln müssen, zu spielen. Dabei passt sich das Format ganz an „das Interessensgebiet des Kindes“ (I4.1, Pos. 79) an. Wie Puzzles an der Boulderwand gespielt werden können, wird anhand des nachfolgenden Beispiels angeführt:

*„[A]lso da verstecken wir Puzzleteile auf der Wand und das Kind muss es runterholen und dann das Puzzle machen. Da ist oft zum Beispiel in der Gruppentherapie ganz schön gewesen, dass dann das autistische Kind mit zum Beispiel einem Kind, mit einer anderen Diagnose, zusammenarbeiten musste, weil zwei verschiedene Puzzles versteckt worden sind, und man sich dann absprechen musste: ‚He, kann das vielleicht dein Puzzle sein?‘ Also die Interaktion miteinander, aber auch wieder Frustrationstoleranz, wenn der andere das Puzzle vielleicht schneller geschafft hat als ich“ (I6.1, Pos. 61-63).*

##### B) Materialtransport

Beim Materialtransport geht es darum, Gegenstände an der Boulderwand zu sammeln und sie an einem vordefinierten Ort abzulegen. Als Transportmittel können ein „Chalkbag“ oder ein „Kübel“ (I4.1, Pos. 79) verwendet werden. Dieses Spiel bietet auch die Möglichkeit, das Interessensgebiet des/der Adressat\*in miteinzubeziehen, indem z.B. das Lieblingsspielzeug von A nach B transportiert wird (vgl. I4.1, Pos. 79).

### C) Hindernisse überwinden

I3 erwähnt, dass Spiele, bei denen die Adressat\*innen Hindernisse überwinden, irgendwo durchklettern oder durchsteigen müssen, großen Anklang finden. Hierfür werden zum Beispiel Schwimmmudeln zu Halbkreisen geformt und an die Boulderwand gesteckt, sodass eine Strecke von bis zu acht Metern entsteht, welche die Kinder und Jugendlichen durchklettern müssen. Besonders reizvoll werden diese, sobald Teamarbeit gefordert wird, Gegenstände durchgereicht werden oder die Dauer mitgestoppt wird. Den Adressat\*innen gefalle es ebenso, wenn sie an der Boulderwand durch eine Bandschlinge auf geringer Höhe steigen sollen (vgl. I3.1, Pos. 72).

### D) Countdown

Bei Countdown wird von zehn nach unten gezählt. Währenddessen laufen die Kinder und Jugendlichen an die Boulderwand und klettern so hoch, bis ihre Füße den Boden verlassen. Anschließend gehen sie zurück in die Ausgangsposition und die Schwierigkeit wird erhöht. Jede Runde haben die Kinder und Jugendlichen weniger Zeit, um an die Kletterwand zu gelangen. I2 führt ihre Varianten des Countdowns im nachfolgenden Zitat näher aus:

*„[D]amit sie wirklich warm werden, müssen sie zum Beispiel am Anfang krabbeln, und dann zähle ich von 10 runter, dann krabbeln sie an die gegenüberliegende Wand, dann fange ich bei 9 an, dann hüpfen sie auf einem Bein, was jetzt bei der Zielgruppe schon eine ziemliche Challenge ist, mit dem einen Bein oder rückwärts an die Wand laufen, oder solche Geschichten. Dann beziehe ich die aber inzwischen auch mit ein, also sie sagen, wie sie zur Wand laufen. Da bin ich aber auch nicht streng. Also wenn jetzt jemand nicht bei 0 die Füße weg vom Boden hat, dann hat er sie halt nicht weg. Mir geht es halt nur um dieses spielerische und so ein bisschen in Bewegung kommen" (I2, Pos. 62).*

### E) Obstsalat

Auch **Obstsalat** sei ein beliebtes Gruppenspiel, welches in einer adaptierten Form an der Boulderwand Einzug findet, so I2. Hierbei müssen Obstsorten bestimmten Griffen zugeordnet werden. Beispielsweise werden rote Griffen und Tritte als Kirschen bezeichnet und grüne als Kiwis. Nachdem alle Farben nach gewissen Obstsorten benannt wurden, wird ein bestimmtes Obst von der Expertin ausgerufen und die Adressat\*innen versuchen, möglichst viele Farben dieser Obstsorte an der Kletterwand zu berühren:

*„Und wenn ich Obstsalat rufe, dann kommen sie alle quasi auf den Boden in eine große Obstsalatschüssel. Also der Boden ist dann die Obstsalatschüssel" (I2, Pos. 66).*

#### F) Stilles Mäuschen

I6 spielt bei leicht ablenkbaren Kindern gerne **Stilles Mäuschen**, um deren Konzentration zu fördern:

*„[G]erade im Autismus habe ich oft das Problem, dass Kinder sehr viel reden, von anderen Dingen abgelenkt werden, dass wir dann Stilles Mäuschen spielen, dass wir sagen: ‚Okay, bis zu dem Griff wird wirklich sich nur auf das Klettern fokussiert und da- ist ein Stilles Mäuschen und darf nicht reden und bleibt ganz bei sich‘ und dann schaut man, hat es funktioniert oder nicht“ (I6.1, Pos. 59).*

#### G) Dirigent

Beim **Dirigieren** spielen die Adressat\*innen in Paaren – eine Person klettert und die andere leitet an, welche Griffe und Tritte als nächstes verwendet werden sollen. Hierbei lernen die Kinder und Jugendlichen einerseits mögliche Kletterbewegungen zu visualisieren und andererseits Rücksicht auf die kletternde Person zu nehmen. Aber auch, die Auswahl nicht zu schwer zu gestalten sowie ein Gefühl von Selbstbestimmung und die Einnahme einer leitenden Rolle (vgl. I6.1, Pos. 59).

#### H) Katz und Maus

Bei **Katz und Maus** muss die Katze die Mäuse so schnell wie möglich fangen, bevor sie sich in ihren Mäuselöchern (der Kletterwand) verstecken.

*„Ja, spielerisch haben wir auch oft sowas gemacht wie (...) sie, sie, sie laufen durch einen Raum und [...], wenn die Katze kommt, dann springen die Mäuse schnell an die Wand und halten sich da fest und da darf die Katze nicht ran, also solche Sachen. Das fanden die schon immer auch gut, dann auch. Aber auch da kommt es dann auch auf das Alter an. Also dieses mit Katz und Maus ist dann so eher unteres Grundschulalter“ (I3.1, Pos. 72).*

#### I) Einsatz von visuellen, auditiven Reizen

Auch der Einsatz von visuellen oder auditiven Reizen eigne sich hervorragend, um kletterspezifische Aktivitäten ansprechender zu gestalten, so I4:

*„Oder auch wenn man jetzt eine Glocke (...) oder irgendwas, was man oben drücken kann, was Licht macht, Sound, also Geräusche macht, was auch immer, (...) [k]ann gut ankommen“ (I4.1, Pos. 83).*

- J) Feuer-Wasser-Blitz (I2, Pos. 68).
- K) Spiele aus dem Sportunterricht (I2, Pos. 68)

### 7.4.3. Seilklettern

Je nach Können und Begeisterung der Adressat\*innen, gehen die Expert\*innen mit den Kindern und Jugendlichen an das Top-Rope-Seil. Hierbei lernen sie zuerst den Gurt richtig anzuziehen, den richtigen Einsatz der Seilkommandos „Zu“ und „Ab“ und die Durchführung des Partner\*innenchecks, welcher vor jedem Klettern stattfinden muss.

Ob und inwiefern die Kinder und Jugendlichen einander sichern dürfen, wird von I3 individuell abgewogen und hängt von ihren kognitiven Fähigkeiten ab (vgl. I3.1, Pos. 26-30). Für I5 ist das Erlernen des gegenseitigen Sicherns der Kinder und Jugendlichen Teil des Kletterprogrammes. Dabei wird anfangs zu dritt, also mit Hintersicherung, gesichert und später, wenn die Adressat\*innen geübter und älter sind, zu zweit (vgl. I5.1, Pos. 75). Demgegenüber betont I2, dass es in ihren Einheiten keine Partner\*innersicherung zwischen den Adressat\*innen gebe. Sie lasse die Kinder aber als Hintersicherung und zusätzliche Kontrollinstanz fungieren (vgl. I2, Pos. 43-44; I2, Pos. 117).

Nachdem die Kinder und Jugendlichen losgeklettert sind, lassen die Expert\*innen sie erstmals nach ein bis zwei Metern in das Seil setzen, um das Ablassen zu üben, *„einfach nur um Sicherheit zu bekommen“* (I6.2, Pos. 5). Zwei Expert\*innen lassen die Kinder und Jugendlichen auch gerne im Seil schaukeln. I4 erklärt, dass für viele Schaukeln sogar *„spannender“* (I4.1, Pos. 75) sei, als das Klettern an sich. Auch I6 betont, dass sich Schaukeln *„ganz gut für die Körperwahrnehmung und Selbstregulierung“* (I6.1, Pos. 59) eigne und sie deshalb, in der Hauptphase, gerne Zeit dafür verwende.

Bevor geklettert wird, entscheiden die Expert\*innen mit den Adressat\*innen gemeinsam, an welcher Wand oder nach welchen Regeln geklettert wird. I2 achtet bei der Routenwahl darauf, *„dass sie nicht immer in dem Gleichen bleiben, sondern, dass sie eben auch mal die-, den Horizont erweitern und was anderes machen“* (I2, Pos. 54).

Einige Seilkletteraktivitäten werden nachfolgend vorgestellt:

#### A) Smartie-Route klettern

I3 klettert mit den Adressat\*innen Smartie. Das bedeutet, dass alle Griffe, *„egal welche Farbe“*, benutzt werden dürfen (I3.1, Pos. 64).

#### B) Seilklettern ohne Limit

Hierbei wird versucht, so hoch zu klettern, wie es nur geht. Vorab wird von dem/der Adressat\*in ein Zielpunkt an der Kletterwand definiert, bei welchem das Kind oder der/die Jugendliche glaubt, diesen erreichen zu können. Anschließend wird gemeinsam reflektiert, ob die Zielvorgabe erreicht wurde oder

nicht. Meistens schafft es „das Kind eigentlich weiter, als [...] es gedacht hat und dann ist es natürlich, (...) ist das Erfolgserlebnis noch einmal größer“ (I6.1, Pos. 73).

#### C) JoJo Klettern

Beim **JoJo Klettern** setzt sich die kletternde Person am Top, oder ein paar Meter über dem Boden, in das Seil. Die sichernde Person bindet währenddessen einen Sackstich (=ein spezieller Knoten) in das Seil ihrer Bremshand, sodass das Seil zwischen beiden immer gleich lang bleibt, und klettert nach oben. Durch das Hochklettern wird der oder die Kletternde automatisch nach unten abgelassen, „dann treffen wir uns in der Mitte und dann kann man zusammen an der Wand schaukeln, also sich so abstoßen von der Wand und halt gemeinsam Schmarrn machen. Aber, so hat (...?) quasi spielerisch an die Kletterwand gebracht. Sie merken gar nicht wie viele Höhenmeter sie eigentlich schon geklettert sind“ (I2, Pos. 75).

#### D) Auf Griffen etwas verstecken

Beim Seilklettern legt I3 gerne Schokobonbons oder ähnliches als „Anreiz auf die Griffe [...], die man dann einsammeln kann, in so einem Säckchen am Gurt“ (I3.1, Pos. 77). Allerdings bemängelt sie, dass man dafür eine\*n zusätzliche\*n Trainer\*in oder Begleitperson benötige, damit die Süßigkeiten an der Kletterwand versteckt werden können (vgl. I3.1, Pos. 74-78).

### 7.4.4. Abschluss

Am Ende der Einheit wird von vier Expert\*innen eine Abschlussrunde gestaltet, in der noch einmal gemeinsam reflektiert wird, was in der Stunde gemacht worden ist, worauf die Kinder stolz sind, welche Ziele sie erreicht haben, was ihnen schwer gefallen ist oder auch „Was hat mir am allerbesten gefallen?“, „Was hat mir gar nicht gefallen?“ und manche wollen dann auch schon sagen, was sie das nächste Mal machen wollen“ (I2, Pos. 56) (vgl. I5.1, Pos. 27). I3 befasst sich am Ende der Einheit erneut mit dem Lernzonenmodell und reflektiert mit dem/der Adressat\*in, ob sie sich richtig eingeschätzt haben, und welche Fortschritte erzielt wurden:

„Guck mal, du hast hier eingetragen, Klettergurt anziehen – gar kein Problem. Komfortzone, schaffe ich im Schlaf. War das denn wirklich so, oder ist das vielleicht doch noch Lernzone? Brauchst du da noch ein bisschen Unterstützung?“ (I3.1, Pos. 66).

I5 bezieht im Gruppenkreis auch die Eltern mit ein und erklärt ihnen, was die Kinder und Jugendlichen gelernt haben, welche Ziele sie erreicht haben und wie daran zu Hause gearbeitet werden kann (vgl. I5.1, Pos. 52). I4 und I6 beenden die Therapie mit einer Entspannungsphase, indem die Kinder oder

Jugendlichen durch Selbstmassage mit Bällen, wieder bei sich ankommen dürfen (vgl. I4.1, Pos. 75). Im Gegenzug dazu, hat I1 kein spezielles Abschlussritual, sondern passt den Ablauf an die individuellen Bedürfnisse des Kindes, des/der Jugendlichen an, indem z.B. bei vorhandener Motivation des Kindes, des/der Jugendlichen auch länger geklettert wird (vgl. I1.1, Pos. 59).

#### 7.4.5. Alltagstransfer

Als Alltag werden die Umwelten des/der Adressat\*in verstanden, wie zum Beispiel der eigene Haushalt, Schule oder Kindergarten.

*„Meistens wenn es im Klettern schon irgendein Verhalten irgendwie auffällig ist, dann ist es meistens in den drei Bereichen auch“ (I6.1, Pos. 97).*

Vier Expert\*innen versuchen während der Einheit, in der Abschlussrunde oder auch durch anschließende Elterngespräche einen Alltagsbezug herzustellen. Dieser gelinge am besten während des Erlebnisses, so I6:

*„Beispielsweise wenn ich jetzt merke, das Kind ist von anderen Leuten, anderen Geräuschen sehr schnell abgelenkt, dass ich das Kind dann auch wirklich direkt darauf anspreche ,Kennst du das sonst noch wo? (...) oder ,Wie ist es da in der Schule? Kannst du dich da auch manchmal nicht konzentrieren, wenn andere Kinder laut sind?‘ Dass ich da in der Situation, es sofort dann anspreche, dass das Kind auch weiß, was ich meine und nicht (...?) danach. (...) Dann noch dieses mit Regeln einhalten, dass man das dann auch, wenn es dann in der Therapie zum Beispiel nicht funktioniert oder besser funktioniert, als jetzt in der Schule, dass man dann auch direkt nachfragt: ,Wie ist es denn in der Schule?‘ und (...) ,Wie geht es dir da in der Schule damit?‘ oder ,Was bräuchtest du in der Schule mehr, dass es funktioniert?‘ (...) Das ist auch das Verhalten in der Gruppe, auch hier kann man ansetzen, dass wenn man merkt [...] er oder sie kommt schwer in Kontakt mit anderen, dass man da auch gleich (...) ansetzt, eben mit ,Wie geht es dir damit?‘, sonst ,Hast du Freunde? [...] Wie ist für dich denn die Interaktion mit anderen?‘ Genau, also wirklich dieses [...], in der Situation selber meistens ansprechen‘ und dann auch natürlich mit den Eltern besprechen. So ,Mir ist in der Therapie aufgefallen, das und das fällt dem Kind schwer. Ist es sonst in Situationen auch noch so oder ist das jetzt nur beim Klettern problematisch?‘“ (I6.1, Pos. 95).*

I5 betont, dass sich die Adressat\*innen schon in einem freizeitbezogenen bzw. alltäglichen Raum befinden, was den Übertrag in die restlichen Lebensbereiche erleichtere:

*„Und der Alltagsbezug funktioniert in der Stunde eher durch so eine Reflektion durch uns. Also das Verhaltensweisen, die im Alltag auftreten in-, die Kinder im Klettern auch zeigen. Also, dass die sich nichts zutrauen oder dass sie immer die gleichen Aktivitäten wählen und dadurch, dass wir in einer alltagsbezogenen Situation sind, können wir sozusagen in dem Alltagssetting die Veränderung dieser Verhaltensweisen einüben“ (I5.2, Pos. 4).*

I1 und I2 stellen im Vergleich zu ihren anderen Kletter-Gruppen seltener einen Alltagsbezug her (vgl. I2, Pos. 94) (vgl. I1.2, Pos. 39). Zum einen hat I1 *„bis jetzt nicht so, (...) nicht so oft die Chance gesehen, dass man [...] jetzt wirklich verbal [thematisieren]“* kann (I1.2, Pos. 41) und zum anderen sei es *„wahnsinnig schwierig“* (I2, Pos. 101), dass eine Reflexion oder ein Transfer von den Adressat\*innen aus stattfindet. Aus diesem Grund gibt I2 öfters Ideen oder Phrasen vor, die die Adressat\*innen als Angebot für die Integration in den Alltag mitnehmen können (vgl. I2, Pos. 99-101).

## 7.5. Nachbereitung

Nachfolgend werden die verschiedenen Herangehensweisen der Expert\*innen aufgelistet, um den Therapieerfolg zu evaluieren.

I1 überprüft den Erfolg seiner Einheiten, indem er auf die Rückmeldungen der Eltern achtet und nach ihren Wünschen und ihrer Zufriedenheit fragt. Er geht davon aus, dass die gesetzten Ziele erfüllt wurden, sobald keine negative Rückmeldung vorliegt: *„ein bisschen nach dem Motto ‚Nicht geschimpft, ist genug gelobt‘“* (I1.2, Pos. 27).

I2 betont, das Therapieklettern nicht im herkömmlichen Sinn zu evaluieren. Sie reflektiert am Ende der Einheit mit anderen Trainier\*innen über Beobachtungen während des Kletterns und baut die Einheit auf ihrem subjektiven Empfinden bzw. auf den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Adressat\*innen auf (vgl. I2, Pos. 88-93). Auch I4 stellt sich nach der Einheit selbst Fragen zur Angemessenheit der Inhalte, den Fortschritten des Kindes, dem Beziehungsaufbau und setzt die Evaluation mit vorherigen Einheiten in Verbindung (vgl. I4.1, Pos. 99). I6 achtet in der Abschlussrunde auf die Veränderung in der Bewertung der Gefühlskarten und reflektiert gemeinsam mit dem Kind die Umsetzung der gesteckten Ziele anhand des Therapievertrages. Zusätzlich evaluiert sie die Zufriedenheit, Wünsche und erreichten Ziele auch während der Elterngespräche (vgl. I6.1, Pos. 87).

I3 verwendet einerseits die von den Adressat\*innen ausgefüllten Lernzonenmodelle, um Fortschritte festzuhalten und protokolliert sich zusätzlich Eindrücke über den Entwicklungsverlauf:

*„Okay, an welchen Punkten ist das Kind über sich vielleicht hinausgewachsen, wo hat es sich mehr zugetraut, wo braucht es noch Unterstützung. Also, wir haben da jetzt nichts Standardisiertes, aber ich schreibe mir immer diese Punkte halt alle auf und dann sehe ich darüber ja den Entwicklungsverlauf dann auch" (I3.2, Pos. 19).*

I5 verwendet zusätzlich zu regelmäßigen Elterngesprächen das standardisierte COPM-Manual (Canadian Occupational Therapy Model) zur Evaluation der Zufriedenheit und des Therapieerfolgs. Dabei füllen Eltern und/oder Adressat\*innen nach Beendigung des Zehnerblocks, einen Fragebogen aus, der Betätigungsziele identifiziert und bewertet:

*„Also man sagt zum Beispiel: ‚Interaktion mit Gleichaltrigen klappt auf einer Skala von 1-10, 10 ist sehr gut, 1 ist sehr schlecht, im Moment auf 5‘. Und dann bewertet man noch die Zufriedenheit, wie zufrieden bin damit? Also, wenn man sagt: "Wir sind schon voll den weiten Weg gekommen, ich bin 8 zufrieden damit" oder dass man sagt ‚Boa, es klappt zwar schon, irgendwie 7, aber mich belastet das so, deshalb bin ich damit zufrieden nur 2‘ und das kann man dann einfach in 10 Einheiten wieder anschauen. Also wie gut klappt das jetzt oder was hat sich an der Zufriedenheit damit verändert und das machen wir ein bisschen abgekürzt mit den Eltern, dass wir uns alle 10 Einheiten hinsetzen und gucken, was hat sich denn an dem Therapieziel getan? Klappt das besser? Hat sich da die Bewertung geändert? Genau. Und damit haben wir so eine interne Evaluation von unserem Therapieverlauf" (I5.1, Pos. 103).*

## 7.6. Sicherheit

Sicherheit kann mittels zweier Wege hergestellt werden. Einerseits durch die Minimierung des objektiven Gefahrenpotenzials und andererseits, indem ein subjektives Gefühl von Sicherheit erzeugt wird. Welche Richtungen von den Expert\*innen zur Bildung von Sicherheit eingeschlagen werden, wird nachfolgend aufgezählt.

### 7.6.1. Subjektive Sicherheit

#### A) Empowerment

Das Gefühl von Sicherheit kann durch Bestärkung oder Hervorhebung von „Erfolge[n] oder auch Mini-Erfolge[n]" (I6.2, Pos. 5) generiert werden. Zusätzlich erzeugen gemeinsam gesetzte Ziele ein Gefühl von Kontrolle über die Situation. Die Kinder und Jugendlichen können selbst bestimmen, „Wie weit

*gehe ich rauf' und nicht [...], 'Wie weit muss ich rauf', sondern einfach, ja, selbst die Kontrolle haben, 'Was muss ich machen und was mag ich auch machen'" (I6.2, Pos. 5).*

#### B) Ins Seil setzen und Abseilen üben

Fünf der sechs Expert\*innen erwähnen, dass an der Seilkletterwand zuerst das Reinsetzen und Ablassen geübt wird. Hierzu klettern die Kinder und Jugendlichen ein bis zwei Meter in die Höhe und lernen, den Expert\*innen als auch dem Sicherungsgerät zu vertrauen, aber auch das Reinsetzen und Abseilen weiter oben an der Kletterwand zu beherrschen (vgl. I3.2, Pos. 43).

*„[W]enn die Kinder so anfangen zu klettern, dann lasse ich sie immer erst so einen Meter hoch und dann erstmal reinsetzen und nur gucken, wie fühlt sich das überhaupt an. Dann die Kommandos mit Zu und Ab, haben wir als die Kommandos. Dann erstmal wieder runterlassen 'Wie geht es dir?' und ein Stückchen weiter, höher die Wand und dann gucken" (I3.1, Pos. 64).*

Zwei Expert\*innen unterstützen den Prozess durch körperliche Nähe, indem sich die Kinder und Jugendlichen während des Reinsetzens und Abseilens an ihre Hand anlehnen können (vgl. I.2, Pos. 55). Dies vermittelt den Adressat\*innen das Gefühl von *„Ah, da ist ja wirklich jemand da, nicht nur das dünne Seil' und lasse dann langsam ab indem ich aber gleichzeitig am Boden festhalte und dann haben sie das Gefühl über Körperkontakt, so habe ich immer den Eindruck, gehalten zu werden" (I2, Pos. 121).*

#### C) Abklettern lassen

Sollten die Kinder Angst haben, sich ins Seil reinzusetzen, kann es hilfreich sein, sie *„Abklettern zu lassen. Also wenn das irgendwann mal im Hirn umgeschaltet ist, 'Ah ich muss ja nicht mehr hochklettern, ich kann ja auch runterklettern', dann ist das meistens auch hilfreich" (I2, Pos. 119).*

#### D) Gemeinsames Abseilen

Eine andere Möglichkeit bei Ängstlichkeit vor dem Abseilen besteht darin, eine weitere Betreuungsperson zu dem Kind hochklettern zu lassen und sich gemeinsam mit ihm oder ihr abzuseilen. Der Körperkontakt kann, insbesondere in fordernden Situationen, *„ein Gefühl von Nähe und von Gehalten-Werden, wirklich nämlich ein, 'durch die Person Gehalten-werden'" (I1.2, Pos. 57)* vermitteln und den oder die Adressat\*in besänftigen (vgl. I4.1, Pos. 119).

*„[U]nd was ich auch schon erlebt habe ist, da war eine Mutter dabei, die ist dann neben dran geklettert mit einer anderen Person aus der Halle und hat das Kind quasi an die Hand*

*genommen und wieder nach unten gebracht. Also das ist ja das, was immer mal wieder passiert. Oder wir haben so Sicherheitsautomaten (...?) dieser Autobelay an dem du so alleine hochklettern kannst und es gibt dann Geschwisterkinder, die auch an diesem Automaten nebenan hochklettern und zum Beispiel zureden und sagen ‚Komm, gib mir mal die Hand‘ oder irgendwie sowas. Bis jetzt habe ich alle runtergekriegt“ (I2, Pos. 119).*

#### E) Nähe durch Sprache

Neben körperlicher Nähe, vermittelt auch sprachlicher „Kontakt“ (I2, Pos. 99) zu den Adressat\*innen ein Gefühl von Nähe und Sicherheit, so zwei Expert\*innen. Sei es durch die Wiederholung von „*beruhigenden Worten und ruhiger Stimme*“ (I2, Pos. 119) oder durch Phrasen wie „*Ich halte dich‘ bzw. auch ‚Du kannst dich auf mich verlassen‘ oder ‚Du kannst mir vertrauen‘*“ (I1.2, Pos. 53) bzw. „*Komm, gib mir mal die Hand‘*“ (I2, Pos. 99), wenn die Kinder im Seil von einer anderen kletternden Person nach unten begleitet werden.

#### F) Prinzip der kleinen Schritte

Kinder und Jugendliche mit Autismus nehmen ihre eigenen Grenzen häufig zu spät wahr und können auf Ereignisse mit starken Emotionen wie Überforderung oder Angst reagieren. Dieses intensive Gefühlserleben kann dazu beitragen, dass die Tätigkeit (Klettern) oder die eigene Person abgewertet werden und der oder die Betroffene sich als „Versager\*in“ fühlt. Mithilfe des **Prinzips der kleinen Schritte** (siehe Kapitel 7.2.3.), wird von dem/der Expert\*in darauf geachtet, langsam und kleinschrittig vorzugehen, sodass ein sicherer Rahmen konstruiert wird, in welchem Überforderungssituationen früh genug erkannt und reguliert werden können, ohne in ein zu hohes Erregungsniveau zu gelangen (vgl. I3.2, Pos. 25).

#### G) Ängste wahrnehmen und besprechen

Drei Expert\*innen gaben an, dass das Ansprechen und Ernstnehmen von Ängsten zu mehr Vertrauen und einem gesteigertem Sicherheitsempfinden führe. I6 hatte z.B. „*einen autistischen Jungen, der hatte das Gefühl, wenn er von der Wand herunterspringt, dass er in den Spalt zwischen Matte und Wand hineinfällt, dass wir das dann wirklich durchgegangen sind, hineingegriffen haben. So quasi ‚dein Körper würde da gar nicht in den Spalt hineinpassen‘, also Ängste wirklich aufgreifen und besprechen und nicht einfach drüber fahren*“ (I6.2, Pos. 5). I5 betont dabei, dass „*es okay ist, ängstlich zu sein und dass das Kind nur so viel leistet, wie es will. Also wenn es irgendwie 5 Stunden lang nur 2 Meter hochklettert, dann ist das ganz schön gut mit einer Höhenangst und mit einer Ängstlichkeit*“ (I5.2, Pos. 12).

## 7.6.2. Objektive Sicherheit

### A) Eignung der Halle

Vier der Expert\*innen geben die Eignung der Kletterhalle als wichtiges objektives Sicherheitskriterium an. I4 empfiehlt, *„sich die Halle vorher gut anzuschauen und zu kennen und ganz genau abzuklären was dort für (...) Rahmenbedingungen sind, was möglich ist, (...) welche Sektoren man verwenden kann und so weiter“* (I4.1, Pos. 113). I1 geht z.B. nur in Hallen, bei denen er weiß, dass die *„Sicherheitschecks regelmäßig durchgeführt werden“* (I1.2, Pos. 57). Bevorzugt werden Hallen mit einem abgegrenzten Raum, durch welchen potenzielle Gefahrenquellen, wie andere Kletternde, minimiert werden (vgl. I4.1, Pos. 113) sowie Hallen mit Kinderbereich, in welchem sie sich austoben und eine kurze Auszeit von den Kletterregeln haben können (vgl. I2, Pos. 117). Zusätzlich soll darauf geachtet werden, dass genügend Top-Rope-Routen zur Auswahl stehen, die durch die Halle bereits im Vorhinein gelegt sind (vgl. I3.2, Pos. 37).

### B) Material

Um objektive Sicherheit garantieren zu können, wird das Material der Expert\*innen regelmäßig auf Mängel überprüft und nur *„aktuelles Kletterequipment“* (I3.2, Pos. 35) verwendet. Zudem achtet I3 darauf, dass die Kinder und Jugendlichen Vertrauen in das Material und die Sicherungsfähigkeiten der Expertin fassen, indem z.B. die Eigenschaften und Zuglast des Gerätes erklärt wird (vgl. I3.2, Pos. 43). In den Klettereinheiten von I5 werden die Kletterpartner\*innen z.B. nur mit dem GriGri gesichert, bei welchem die Rücklauf Sperre das Risiko eines Bodensturzes minimiert (vgl. I5.2, Pos. 10).

### C) Aus-, Fortbildungen

Um für eine objektive Sicherheit garantieren zu können, empfehlen vier der sechs Expert\*innen eine fundierte kletterspezifische Ausbildung: *„dass wir eine solide Kletter\*trainerinnenausbildung haben und da einfach fit sind, dass das gar keine Frage ist. Dass man auf einem Blick sehen kann, wie ist der Knoten richtig, sichern die richtig, ist das Gerät richtig eingelegt. Und dann haben wir das System mit dem Hintersichern für die Kinder, die gerade das Sichern lernen oder nicht so gut-, das nicht so gut umsetzen können“* (I5.2, Pos. 10). Zusätzlich betonen I4 und I6 die Wichtigkeit von regelmäßiger Fort- und Weiterbildung, um bei etwaigen Änderungen der Sicherheitsstandards *„up-to-date zu sein“* (I4.1, Pos. 113) und das Risiko im Rahmen des therapeutischen Kletterns so gering wie möglich zu halten (vgl. I6.2, Pos. 11).

#### D) Bouldern: Runterspringen

Gerade zu Beginn achten I4 und I6 darauf, dass die Adressat\*innen eine relativ geringe Absprunghöhe während des Boulderns erreichen und sicheres Abspringen geübt wird: *„Beim Bouldern schaue ich, dass ich vor allem am Anfang bis ich die Kinder- also wirklich sehr nahe dran zu sein und wirklich auch, (..) genau das Abspringen zu üben aus unterschiedlichen Höhen, und einfach zu schauen, dass da auch eine gewisse Sicherheit (...) ist“* (I4.1, Pos. 113). Zusätzlich ist I6 *„auch immer dabei zum Auffangen, Spotten“* (I6.2, Pos. 3).

#### E) Seilklettern: Partner\*innencheck

Um objektive Sicherheit herzustellen, betonen die Expert\*innen die Wichtigkeit des Partner\*innenchecks, welcher vor jedem Klettern durchgeführt werden muss:

*„[A]lso ich lasse die nicht klettern, bevor sie auf mein Sicherungsgerät geschaut haben oder bevor ich die Knoten überprüft habe, ich nehme mir jetzt auch mal einen eben als Hintersicherung, der dann den Partnercheck auch nochmal überprüft oder ermahnt ‚Hey, du hast den Partnercheck noch nicht gemacht‘. Vorher wird halt nicht geklettert“* (I2, Pos. 117).

I1 und I5 führen zusätzlich noch einen Trainer\*innencheck durch, indem eine Trainer\*in die Knoten und das Sicherungsgerät der Adressat\*innen vor dem Losklettern kontrollieren muss (vgl. I1.2, Pos. 57; I5.2, Pos. 10).

#### F) An Regeln halten

Vier Expert\*innen nennen die Einhaltung von Regeln als unerlässliches objektives Sicherheitskriterium zur Minimierung des Gefahrenpotenzials.

*„[D]iese Kletterregeln, das ist bei uns schon einfach (..) extrem wichtig. Also wenn ich manchmal die Kindergruppen sehe, die sind da viel nachgiebiger als wir. Aber bei uns ist es wirklich-, beim Sichern wird kein Quatsch gemacht und es gibt den Partner\*innencheck und den Trainer\*innencheck und- also die Kinder, wenn die sich selber einbinden, dann checken die sich zuerst selber und dann muss immer noch einmal eine Trainer\*in gucken und vor dem Ablassen gucken wir, dass wir daneben stehen, und [jemand] da sind. [...] Diese Kletterregeln sind für uns sehr, sehr wichtig, dass die eingehalten werden und zwar immer“* (I5.2, Pos. 10).

Dabei wird darauf geachtet, dass die Hallenregeln regelmäßig wiederholt und eingehalten werden:

*„[D]as Einhalten der Hallenregeln lebt da einfach noch einmal mehr von der Wiederholung, also, teilweise (...) da gibt es auch Kinder, da kann ich je-, muss ich in jeder Einheit zehn, 15 Mal sagen ‚Bitte, wenn du runterspringst, schau dass dort niemand ist‘“ (I1.2, Pos. 117).*

## 8. Diskussion

Die im vorherigen Kapitel dargestellten Ergebnisse werden nachfolgend mit den beiden Forschungsfragen in Bezug gebracht und mit dem theoretisch gewonnenen Wissen verknüpft. Dabei soll einerseits geklärt werden, warum therapeutisches Klettern für autistische Kinder und Jugendliche geeignet ist und andererseits erforscht werden, wie die Expert\*innen der beiden Berufsgruppen therapeutisches Klettern bei jener Zielgruppe anwenden.

### 8.1. Therapeutisches Klettern mit autistischen Kindern und Jugendlichen

Forschungsfrage 1: **Warum eignet sich therapeutisches Klettern für Kinder und Jugendliche mit Autismus?**

Die oben genannte Forschungsfrage soll durch die aufgelisteten Unterfragen in diesem Abschnitt erörtert und vertieft werden:

- Für wen eignet sich Klettern als therapeutisches Medium?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein um mit jener Zielgruppe klettern gehen zu können und wann würden die Expert\*innen von Klettern abraten?
- Wie wirken sich die Klettereinheiten auf die Kinder und Jugendlichen aus?
- Welche Herausforderungen ergeben sich in der Planung und Durchführung einer Klettereinheit und wie können diese bewältigt werden?

Klettern eignet sich für all jene Personen, die Begeisterung dafür aufbringen. Die Eignung hängt somit nicht von der autistischen Diagnose per se ab, sondern vielmehr von der Motivation, es zu lernen und von der Freude an der Betätigung (vgl. I5.2, Pos. 16).

In der Literatur wird autistischen Kindern und Jugendlichen häufig Betätigungsunlust zugeschrieben, welche durch fehlendes Interesse an der Tätigkeit, Unsicherheiten in der Ausführung oder aufgrund situativer Faktoren zustande kommen können (vgl. Thimme et al. 2021, S. 352f.).

Im Gegenzug wird Klettern eine hoch motivierende Funktion zugeschrieben, bei welcher verschiedenste Erlebnisqualitäten zum Ausdruck gebracht werden (vgl. Kapitel 3.4.3.). Eine Expertin beschreibt Klettern als „*hochtherapeutische[n] Prozess*“, in welchem die Adressat\*innen voll und ganz in der Tätigkeit aufgehen und gar nicht bemerken, dass sie gerade an sich arbeiten (I3.1, Pos. 52). Für die Expert\*innen sind Spaß an der Tätigkeit sowie Eigenmotivation, Grundvoraussetzungen, um mit einer Kletterstunde beginnen zu können. Bei mangelnder Motivation oder Kooperationsbereitschaft, werde mit dem Klettern erst gar nicht begonnen oder dieses abgebrochen, so die Expert\*innen (vgl. Kapitel 7.1.4.).

*„[...] da wo die eigene Motivation ist, da kann halt ganz viel Entwicklung entstehen. Und genau, deswegen sag ich halt auch immer, das Klettern ist halt eine gute Methode für die, die da eine hohe Motivation halt haben, ne. Für die, die da überhaupt nichts mit am Hut haben, würde ich das halt auch nie machen“ (I3.2, Pos. 17).*

Reineke (2017) ergänzt, dass die Therapiemotivation auch erst durch den Erlebniszugang während des Kletterns aufgebaut werden kann (vgl. Reineke 2017, S. 83).

Neben Freiwilligkeit und Spaß zählen ein gewisses Regelverständnis und eine grundmotorische Fitness, zu den am häufigsten genannten Voraussetzungen für das therapeutische Klettern. Kontraindiziert ist Klettern dann, sobald die Kinder von den Eltern dazu gedrängt werden, motorische Defizite zu groß sind, Selbst- bzw. -Fremdgefährdung besteht bzw. Regeln nicht eingehalten werden können. Zusätzlich raten zwei der drei Ergotherapeutinnen dazu, erst nach ergotherapeutischer Vorerfahrung mit dem Klettern zu beginnen (vgl. Kap. 7.1.4).

In der Theorie als auch in der Empirie wird Klettern den Individualsportarten zugeschrieben, bei welcher sich die Bewegungsintensität und Einheitsgestaltung praktikabel an die Bedürfnisse der Adressat\*innen anpassen lässt. Dies erweist sich insbesondere bei der autistischen Zielgruppe als wertvoll, da die Vielfältigkeit des Spektrums sowie die individuelle Tagesverfassung der Adressat\*innen, keine verallgemeinernden Abläufe zulassen (vgl. Thimme et al. 2021, S. 365f.; Thimme 2021, S. 305). Die Bewegungsabfolge ist „selbsterklärend“ und kann ohne aufwendige Erklärungen ausgeführt werden (vgl. I4.1, Pos. 13; I5.2, Pos. 6). Dies lässt sich dadurch erklären, dass Klettern zu den motorischen Grundfertigkeiten zählt, die bereits im Kleinkindalter entwickelt werden (vgl. Brück et al. 2004, S. 13). Die Art der Bewegung ist evolutionär so sehr in uns verankert, dass sich dies auch in dem Handgreifreflex von Säuglingen zeige (vgl. Kowald 2011, S. 15; Brück et al. 2004, S. 3-5).

Die Kletterhalle eignet sich hervorragend, um soziale Kompetenzen zu erweitern. Die ritualisierte Interaktionsabfolge während des Kletterns oder Sicherns, bietet Gelegenheiten, sich im Kontakt mit anderen zu üben und dennoch genügend Struktur, um sich an einem Rahmen zu orientieren (vgl. I4.1, Pos. 13; I5.2, Pos. 6). Der Vorteil von Klettern in Gruppen ist, dass die sozialen Interaktionen zur Ausführung der Tätigkeit beschränkt sind, aber dennoch soziale Kompetenzen, durch den Kontakt zu anderen, gefördert werden (vgl. Thimme et al. 2021, S. 356f.). Dennoch sollte mit Bedacht entschieden werden, ob ein Gruppensetting für den oder die Adressat\*in das richtige Mittel zur Wahl ist. Thimme et al. (2021) empfehlen zuerst im Einzelsetting klettern zu gehen, um sich an die neue Umgebung gewöhnen zu können und um einen Beziehungsaufbau zu ermöglichen sowie einen Überblick über individuelle Besonderheiten und Fähigkeiten zu erlangen (vgl. ebd., S. 357).

### 8.1.1. Wirkebenen

Aus den Ergebnissen lässt sich erkennen, dass die in der Literatur allgemein beschriebenen Effekte des therapeutischen Kletterns (vgl. Kapitel 3.4.1.) auch auf die therapeutische Praxis mit autistischen Kindern und Jugendlichen übertragbar sind.

Körperlich wirke sich Klettern auf eine verbesserte Grob- und Feinmotorik aus, sowie auf eine verbesserte Körperwahrnehmung. Expert\*innen berichten über eine entspannende Wirkung, welche sich durch vermindertes stereotypes Verhalten zeigen könne (vgl. I4, Pos. 91; I6.1, Pos. 81).

Die Adressat\*innen lernen, sich selbst und andere besser einzuschätzen, ihre Aufmerksamkeit auf bestimmte Ziele zu lenken oder offener auf neue Situationen zuzugehen.

Weiters schult Klettern den Umgang mit starken Emotionen, es hilft bei der Entwicklung einer Frustrationstoleranz gegenüber Fehlschlägen und sorgt für ein gesteigertes Selbstwertgefühl durch Erfolgserlebnisse. Zusätzlich kann eine Bandbreite an Erlebnisqualitäten erfahren werden (siehe Kapitel 3.4.3.). Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Selbstzutrauen und der Wahrnehmung von eigenen Grenzen können für Menschen mit Behinderung von besonderer Bedeutung sein, welchen aufgrund ihrer Behinderung oft zu wenig zugetraut wird (vgl. I2, Pos. 87; I4, Pos. 91).

Die Expert\*innen betonen die positive Wirkung von Gruppen und Peers auf die Entwicklung von sozialen Kompetenzen. Die ritualisierte, regelgeleitete Interaktion vor und während des Kletterns, sorgt für einen leichten Einstieg im Umgang mit anderen. Zusätzlich fördert die besondere Beziehung von kletternder und sichernder Person die Bildung von Verantwortung und Vertrauen in andere (vgl. Kapitel 7.1.3.).

### 8.1.2. Herausforderungen

Als größte Herausforderung wird die **eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit** der Adressat\*innen wahrgenommen. Sei es in der Vermittlung und Aufnahme von sprachlichen Botschaften, wie Regeln oder Inhalten, oder den sensiblen Umgang mit den Bedürfnissen der Adressat\*innen, welche ihre Gefühle oft nicht gut genug verbalisieren können. Die Aufgabe der Expert\*innen bestehe darin, eine beschützende Rolle einzunehmen und genau zu beobachten, was den Individuen guttut und was nicht bzw. welchen Zielen nachgegangen werden soll und welchen nicht (siehe Kapitel 7.1.5.).

Falls es Probleme mit der **unbekannten Umgebung** (z.B. der Kletterhalle) gibt, empfiehlt sich eine langsame Erkundung der Räumlichkeiten oder ein vorbereitendes Gespräch auf die neue Anforderung. Auch das inflexible Denken der Zielgruppe kann in der Therapieeinheit zu einer Herausforderung werden, sobald diese nicht planmäßig abläuft. I6 empfiehlt hierfür, lieber etwas weniger Programm und Zeitpuffer einzuplanen, um auf diese Änderungen vorbereitet zu sein (vgl. I6.1, Pos. 103-105).

Die **Vielfalt an** visuellen, auditiven oder taktilen **Reizen** in der Kletterhalle kann für autistische Personen überfordernd sein. Diesen Reizen kann einerseits durch sensorische Hemmung und Diäten

entgegengewirkt werden, indem entweder die Intensität der Reizwahrnehmung gedämpft oder eine reizarme Umgebung geschaffen wird (siehe Kapitel 2.2.). Die Expert\*innen suchen beispielsweise mit dem/der Adressat\*in eine ruhige Nische zum Klettern oder legen die wöchentlichen Treffen so, dass die Halle möglichst wenig frequentiert ist (z.B. vormittags oder am frühen Nachmittag unter der Woche). Auch Hilfsmittel, wie Ohrenschützer oder Handschuhe zur Reizminimierung sowie Fidgetspinner zur Reduktion des Erregungsniveaus, können in den Kletterstunden zum Einsatz kommen (siehe Kapitel 5.1. und 7.1.5).

**Ängste** können, aber müssen keine Herausforderungen für die Adressat\*innen darstellen. Dennoch werden eigene Emotionen von den Adressat\*innen oft zu spät bemerkt, sodass eine Überforderungssituation entsteht, welche angstbesetzt sein kann. Dieser Zustand soll durch kleinschrittiges Arbeiten vermieden werden, indem Grenzen nach und nach erweitert werden. Falls Kinder oder Jugendliche Angst vor dem Abseilen haben, kann es auch helfen, diese Abklettern zu lassen.

### 8.1.3. Rolle der Eltern

In der Literatur als auch durch die Expert\*innen wird den Eltern eine transferierende Funktion zugeschrieben, in welcher sie dabei helfen, Erlerntes in den Alltag der Kinder und Jugendlichen zu übertragen (vgl. Thimme et al. 2021, S. 358). Die Expert\*innen binden die Bezugspersonen in die Zielsetzung, den Transfer und die Evaluation mit ein. Sie pflegen regelmäßigen Kontakt, um das Kind aus der elterlichen Perspektive und deren Probleme im Alltag besser kennenzulernen, aber auch um erste Informationen bezüglich Interessen und Eigenschaften zu erfragen. Neben dieser informationsgewinnenden und transferierenden Funktion helfen manche Eltern den Expert\*innen auch in ihrer Praxis aus, indem sie Kinder sichern oder bei eventuellem Overload auf Abruf verfügbar sind und mit dem/der Adressat\*in einen ruhigen Ort aufsuchen (siehe Kapitel 7.1.6.).

## 8.2. Anwendung des Kletterns durch die Expert\*innen

In diesem Abschnitt soll die zweite Forschungsfrage mit ihren Unterfragen beantwortet werden, welche lauten:

Forschungsfrage 2: **Wie wenden Praktiker\*innen aus Erlebnispädagogik und Ergotherapie therapeutisches Klettern bei Kindern und Jugendlichen im autistischen Spektrum an?**

- Welche Rolle nehmen die Expert\*innen in der Therapie ein?
- Welche Ziele werden in den Klettereinheiten verfolgt/gesetzt?
- Nach welchen Methoden wird gearbeitet?
- In welchem Setting klettern die Expert\*innen und mit welcher Zielgruppe?

- Wie bereiten die Expert\*innen den Inhalt der Therapieeinheit auf und welche Aktivitäten werden ausgeführt?
- Wie wird Sicherheit im Rahmen des therapeutischen Kletterns hergestellt?

In der Arbeitsweise der Berufsgruppen werden insofern Unterschiede beobachtet, als dass unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden.

Erlebnispädagog\*innen legen Wert auf das ganzheitliche Erleben (vgl. I1.1, Pos. 15) mit „Kopf, Herz und Hand“ (I3.1, Pos. 4) und das Überwinden von persönlichen Grenzen (vgl. I3.1, Pos. 4), sowie auf das „Lernen außerhalb bekannter Räume“, um „sich noch einmal neu zu erfahren oder auch die Gruppe neu zu erfahren“ (I2, Pos. 4). Ergotherapeut\*innen hingegen konzentrieren sich auf die betätigungsorientierte, individualisierte Förderung zur Steigerung der Selbstständigkeit, indem alltagsbezogene Problemstellungen bearbeitet und mit anderen Umwelten der Adressat\*innen verglichen und verknüpft werden (vgl. I6.1, Pos. 3-8).

Hierbei wird dem Raum eine besondere Rolle zugeschrieben. Erlebnispädagog\*innen betrachten die **Kletterhalle als alltagsfernen Raum**, in welchem besondere Erlebnisse erzeugt, Verhalten reflektiert, und in den Alltag transferiert werden können. Im Vergleich dazu, ist die Kletterhalle für Ergotherapeut\*innen ein **freizeitbezogener, alltäglicher Raum**, in welchem ähnliche Verhaltensmuster zu den anderen Umwelten der Adressat\*innen gezeigt werden (vgl. I2, Pos. 4; I5.2, Pos. 4). Beide Berufsgruppen sind der Ansicht, dass das gezeigte Verhalten während des Kletterns, Ähnlichkeiten zu anderen Räumen aufweist und somit ein Transfer in den Alltag stattfinden kann (vgl. I2, Pos. 4).

Die unterschiedliche Zugangsweise lässt sich dadurch erklären, dass die Expert\*innen von entgegengesetzten Enden eines Spektrums ausgehen. Im Gegensatz zu Erlebnispädagog\*innen, welche sich aus dem alltäglichen Raum in ein unbekanntes Setting wagen, gehen Ergotherapeut\*innen von der künstlich generierten ergotherapeutischen Praxis in einen belebteren, wenig isolierteren alltäglicheren Raum.

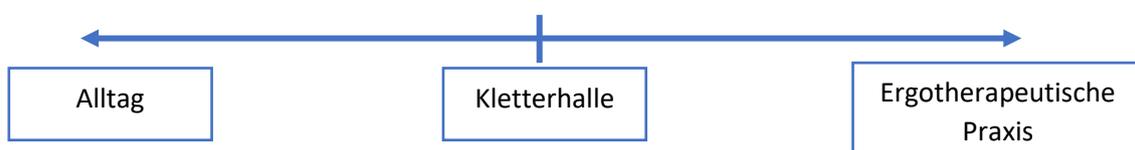


Abbildung 19: Dimensionale Betrachtung der Kletterhalle

Gemein ist den beiden Berufsgruppen, die individuelle Betrachtung und Förderung der Adressat\*innen in ihrer Gesamtheit (vgl. I3.1, Pos. 4; I4.1, Pos. 11f.). Sie nehmen vergleichbare Rollen in der Begleitung autistischer Kinder und Jugendlicher ein (siehe Kap. 6.2.1) und gestalten den Ablauf des therapeutischen Kletterns ähnlich (vgl. Kap. 6.3). Dennoch lässt die Verschiedenheit der autistischen Zielgruppe,

das individualisierte Vorgehen der Expert\*innen sowie das kleine Sampling keine verallgemeinernden berufsspezifischen Aussagen zur Methodik, Zielsetzung und deren Vorgehen zu und kann daher nur Einblicke in die Arbeitsweise der sechs befragten Personen geben.

### 8.2.1. Ziele

Die Expert\*innen setzen in der Regel mit den Adressat\*innen und/oder ihren Eltern gemeinsam Ziele und passen diese an die individuellen Bedürfnisse und Voraussetzungen der Adressat\*innen an. Dabei liegt der Fokus eher auf kognitiven, emotionalen und sozialen Zielen, während motorische Zielsetzungen oft als Randziele mitlaufen.

Auf mentaler Ebene wird beispielsweise versucht, Konzentrationsfähigkeit und flexibles Denken zu fördern sowie Handlungsplanung und -durchführung zu verbessern und ein Regelbewusstsein herzustellen.

Emotionale Ziele beschäftigen sich mit der Emotionsregulation, der Stärkung des Selbstwerts und Selbstvertrauens sowie der Erfahrung von Erfolgserlebnissen, während soziale Ziele die Verbesserung des zwischenmenschlichen Kontakts und der sozialen Kompetenzen fokussieren. Die Ergebnisse decken sich mit den in der Theorie erfassten Zielen (siehe Kapitel 2.4.1.).

Lediglich eine Erlebnispädagogin betont, dass therapeutische Zielsetzung nicht ihr Aufgabengebiet sei und dass es in ihren Einheiten viel mehr um Spaß und eine schöne Zeit gehe, als gewisse Ziele zu erreichen (vgl. I2, Pos. 10-11).

### 8.2.2. Setting

Die Zielgruppe der Expert\*innen befindet sich überwiegend im high-functioning Bereich, wobei auch mit Kindern am anderen Ende des Spektrums geklettert wird und wurde. Geklettert wird mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren. Dabei ist nicht die Diagnose ausschlaggebend für die Beurteilung des Settings, sondern viel mehr die individuellen Voraussetzungen der Adressat\*innen sowie das Selbstvertrauen der Expert\*innen, Sicherheit gewährleisten zu können. Geklettert wird in Gruppen von bis zu acht Kindern als auch im Einzelsetting mit verschiedensten Formen von Autismus. Die Ergebnisse der Literatur als auch der Interviews bestätigen den positiven Lerneffekt der Gruppe für autistische Personen. Dies sei oft der erste Ort, an dem die Zielgruppe mit anderen Peers freiwilligen Kontakt pflege und eine gute Lernumgebung im Umgang mit sozialen Kontakten.

Wie I5 in ihrem Interview betont, müssen eine Grundgruppenfähigkeit, grundmotorische Fähigkeiten sowie eine Grundkommunikationsfähigkeit gegeben sein, um in Kleingruppen agieren zu können (vgl. I5.1, Pos. 85-89).

### 8.2.3. Methoden

In den Ergebnissen wird eine Vielfalt an Methoden sichtbar, nach denen gearbeitet werden kann.

Dabei lassen sich einerseits „Autismus typische“ Methoden, wie die des TEACCH Ansatzes oder der SI-Therapie, finden und andererseits eigens abgewandelte Vorgehensweisen, wie es zum Beispiel bei dem Lernzonenmodell von I3 der Fall ist.

Das Angebot wird meist individuell an die Adressat\*innen und ihre Tagesverfassung abgestimmt. Dennoch wird versucht, nach einem klaren Rahmen bzw. einer fixierten Struktur vorzugeben, die oft von der ersten bis zur letzten Einheit durchgezogen wird, um Halt und Sicherheit zu vermitteln. Weiters wird durch kleinschrittiges Arbeiten ein vorhersehbares Stundenbild erstellt, in welchem Überforderungssituationen vermieden werden sollen. Eine Expert\*in erarbeitet gemeinsam mit den Adressat\*innen an einem Therapievertrag, welcher als anleitende Orientierungshilfe für die Kletterstunde dient. Zusätzlich zur SI-Therapie, arbeitet eine Expert\*in mit „ALERT“, bei welchen die Selbstregulation von Erregungszuständen im Fokus steht.

### 8.2.4. Therapievorbereitung

In der Regel finden die therapeutischen Klettereinheiten wöchentlich statt und dauern zwischen 50 Minuten und zwei Stunden. Die Kinder werden bereits umgezogen von den Expert\*innen an einem vordefinierten Ort in der Kletterhalle abgeholt und den Eltern nach der Einheit wieder überbracht.

Eine Expert\*in gestaltet auch gerne Doppeleinheiten von bis zu vier Stunden, in welchen die Fahrtzeit, das Umziehen und Pausen miteinkalkuliert werden (vgl. I3.1, Pos. 44).

In der Therapieplanung befassen sich die Expert\*innen vorab mit Frage- und Zielsetzungen bzw. Fördermaßnahmen, welche in der Therapie umgesetzt werden sollen (vgl. I3.1, Pos. 34; I5.1, Pos. 19). Um Informationen über das Kind und dessen Unterstützungsmöglichkeiten, aber auch spezielle Interessen zu erfahren, werden Gespräche zu den Eltern gesucht. Zwei Expert\*innen gestalten eigens Therapiematerial, welches an die speziellen Interessen der Kinder angepasst ist.

Zusätzlich wird der Kletterhalle eine besondere Rolle beigemessen. Diese sollte möglichst wenig frequentiert sein, Rückzugsmöglichkeiten haben, kinderfreundlich sein und genügend leichte Routen bzw. Top-Rope-Seile zur Verfügung stellen. Auch die Preise für therapeutisches Klettern und das Leihmaterial sollten vorab mit der Halle besprochen werden.

### 8.2.5. Therapieinhalt

Der Therapieinhalt wird von den Expert\*innen an den oder die Adressat\*in angepasst. Eine Generalisierung des Stundenbildes ist demnach nicht möglich, da sich die Einheiten individualisiert an die Bedürfnisse und das Anforderungsniveau der autistischen Personen anpassen. Trotz alledem lässt sich

ein grober Ablauf aus den Interviews herausfiltern, welcher aus Aufwärmen, Haupt- und Abschlussphase besteht und dazu dient, Ein- bzw. Überblicke über die therapeutische Praxis geben zu können. Während des Aufwärmens wird entweder mit einer Gruppen-Anfangsrunde und einem Kennenlernspiel oder mit Aufwärmübungen und Boulderspielen begonnen. Am liebsten werden Zuordnungsspiele, wie z.B. Memory oder Puzzles an der Boulderwand gespielt, so drei Expert\*innen, aber auch Materialtransporte oder Hindernisparcours können den Kindern und Jugendlichen großen Spaß machen. Weitere Boulder-Spiele werden in den Ergebnissen genannt (siehe Kapitel 7.4.2.).

Je nach Können und Zutrauen wird in der Hauptphase am Seil geklettert oder eventuell ein anderes Kind/ein\*e andere\*r Jugendliche\*r mit Hintersicherung gesichert. Dabei wird nach einer ersten Einführung in die Partner\*innensicherung, die Kommandos sowie das Gurtanziehen, Kontakt zur Kletterwand hergestellt. Am Top-Rope-Seil angelangt üben die Adressat\*innen zu allererst, das Hineinsetzen und Ablassen, um Sicherheit und Vertrauen in die sichernde Person und das Material herzustellen. Nicht alle Expert\*innen lassen autistische Personen eine andere Person sichern. Dies hängt vor allem von der autistischen Ausprägung, der korrekten Ausführung, und der Anzahl an Betreuungspersonen ab.

Auch beim Seilklettern gibt es unterschiedliche Aktivitäten, die ausgeführt werden. Zum einen kann „Smartie“ geklettert werden, indem alle farbigen Griffe und Tritte benutzt werden oder „ohne Limit“, bei welchem die Adressat\*innen versuchen, so hoch zu klettern, wie sie es nur schaffen und dadurch Erfolgserlebnisse generieren. Eine Expert\*in geht gerne mit den Adressat\*innen „JoJo“-Klettern, eine andere wiederum liebt es, Anreize oder Süßigkeiten auf den Griffen zu verstecken, die beim Klettern gefunden werden müssen (die genauen Aktivitätsbeschreibungen werden im Kapitel 7.4.3. gefunden). Am Ende der Stunde wird entweder eine gemeinsame Abschluss- und Reflexionsrunde gestaltet oder eine Entspannungsphase eingeleitet, in der die Adressat\*innen z.B. mit Massagebällen o.ä. zur Ruhe kommen können.

### 8.2.6. Alltagsbezug

Sowohl in der Erlebnispädagogik als auch in der Ergotherapie spielt ein Alltagstransfer des Gelernten eine wichtige Rolle. Vier Expert\*innen stellen diesen durch Reflexion in der Einheit, in der Abschlussrunde oder auch durch anschließende Elterngespräche her. Lediglich eine Expertin verwendet ein standardisiertes Evaluationsverfahren, welches alle zehn Einheiten bei den Adressat\*innen und/oder ihren Eltern angewandt wird, um die Zufriedenheit und den Lernerfolg abzufragen (vgl. I5.1, Pos. 103).

Im Gegenzug zu ergotherapeutischen Praxisräumen, so I5, befinden sich die Adressat\*innen bereits in einem alltäglichen Raum, was den Alltagsbezug erleichtert. Verhaltensweisen die im Klettern gezeigt werden, treten in der Regel auch in anderen Lebenswelten auf (vgl. I5.2, Pos. 4).

Um einen Zusammenhang zwischen dem Klettern und dem Alltag herzustellen, soll laut I6, direkt nach dem Erlebnis reflektiert werden, ob diese Situation auch aus anderen Bereichen bekannt ist (vgl. I6.1, Pos. 95).

Die restlichen zwei Expert\*innen mit autistischen Personengruppen, stellen im Vergleich zu anderen Zielgruppen seltener einen Alltagstransfer her, da sie dessen Umsetzung als herausfordernd empfinden und wenig Sinn darin sehen, Gedanken zwanghaft reflektieren zu müssen (vgl. I1.2, Pos. 39; I2, Pos. 94).

### 8.2.7. Evaluation

Die Expert\*innen evaluieren den Therapieerfolg auf unterschiedliche Weise. Die Nachbereitung der Einheit findet entweder durch gemeinsame Reflexion mit den Adressat\*innen in der Abschlussrunde (vgl. I6.1, Pos. 87), durch nachfolgende Selbstreflexion und Bezugnahme zu vorherigen Einheiten; anhand von Protokollen und gesammelten Therapiematerialien, die den Lernerfolg sichtbar machen, mittels gemeinsamer Reflexion im Team oder auch durch regelmäßige Elterngespräche statt. Nur eine Expertin nutzt ein standardisiertes Evaluationsverfahren, um die Zufriedenheit und den Therapieerfolg zu erfragen. Dieses wird alle zehn Einheiten bei den Adressat\*innen und/oder ihren Eltern angewandt (vgl. I5.1, Pos. 103).

### 8.2.8. Sicherheit

Wie in der Literatur ersichtlich, gibt es zwei verschiedene Zugänge zu Sicherheit – die objektive Sicherheit, bei welcher es darum geht, das Risiko für etwaige Gefahrenquellen so gering wie möglich zu halten – und das subjektive Sicherheitsempfinden, bei welchem es viel mehr um Wohlfühlen, Vertrauen und Zutrauen der Adressat\*innen geht.

Subjektive Sicherheit wird vor allem durch Beziehungsarbeit hergestellt, sei es durch körperliche Nähe, Sprache, Miteinbeziehung und Achtung der Bedürfnisse und Ängste der Adressat\*innen, aber auch durch kleinschrittiges, vorausschauendes Vorgehen, die Bekanntmachung des Materials oder durch spezielle Übungen, um Vertrauen in die sichernde Person, das Seil und das Ablassen zu bekommen.

Im Vergleich dazu, wird bei der objektiven Sicherheit darauf geachtet, dass der Rahmen, in welchem die Adressat\*innen klettern gehen, sicher ist. Dies beinhaltet zum Beispiel die Überprüfung der Halle oder des Materials auf deren Eignung und Sicherheitsstandards sowie stetige Fort- und Weiterbildungen der Expert\*innen. Zusätzlich achten die Expert\*innen darauf, dass Regeln oder Abläufe während des Kletterns eingehalten werden.

### 8.2.9. Beschränkung der Forschung

Diese Forschungsarbeit widmet sich der Exploration einer Nische, welche noch wenig wissenschaftliche Beachtung bekommen hat. Dies lässt sich sowohl durch die kaum vorhandene Literatur zu Autismus und Klettern als auch durch die geringe Anzahl an gefundenen Expert\*innen belegen. Die begrenzten Ressourcen der kleinen Stichprobe zählen mitunter als größte Beschränkung der Ergebnisse, da diese keine verallgemeinernden Schlussfolgerungen zulassen. Dennoch kann durch die Expert\*innen ein erster Einblick in das Feld von Autismus und Klettern geboten werden und eine Basis für weitere Forschung geschaffen werden. Für die weitere Forschung wäre es interessant, Fallperspektiven mit einzubeziehen und autistische Personen zu ihren Klettererfahrungen zu befragen oder diese auch während des Kletterns zu begleiten.

## 9. Fazit

Diese Masterarbeit verfolgt das Ziel, Einblicke in das bis jetzt noch unerforschte Feld des therapeutischen Kletterns bei autistischen Kindern und Jugendlichen zu sammeln. Die damit einhergehende Forschungsfrage beschäftigte sich damit, wie therapeutisches Klettern auf jene Personengruppe wirkt und Fachpersonen aus Erlebnispädagogik und Ergotherapie Klettern in der Praxis anwenden. Die Forschungsfragen wurden anhand eines leitfadenorientierten Expert\*inneninterviews beantwortet und durch eine qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet.

Wie aus Theorie und Empirie erkennbar wird, kann sich Klettern als sportliches und therapeutisches Medium für autistische Personen eignen, sobald diese freiwillig und motiviert an der Klettereinheit teilnehmen. Die mangelnde zugeschriebene Motivation aus der Theorie lässt sich in den Interviews nicht bestätigen. Dennoch gäbe es Kinder und Jugendliche, denen das Medium Klettern nicht gefalle oder aufgrund zu starker körperlicher Beeinträchtigungen, einem zu geringem Regelverständnis oder selbst- bzw. fremdgefährdendem Verhalten nicht am Unterricht teilnehmen sollten. Herausforderungen können durch eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit der Adressat\*innen, der unbekannt-ten Umgebung, der Reizvielfalt und leichter Ablenkbarkeit sowie stark auftretender Ängste während des Kletterns entstehen.

Ziele werden individuell mit den Eltern und Kindern erschlossen und umfassen motorische, kognitive, emotionale als auch soziale Zielsetzungen, welche sich mit den in der Theorie erfassten Schwerpunkten zu bewegungsorientierten Zielen decken.

Beide Berufsgruppen nehmen während des Kletterns eine begleitende und unterstützende Funktion ein und berichten von ähnlichen motorischen, kognitiven, emotionalen als auch sozialen Wirkeffekten des therapeutischen Kletterns auf autistische Kinder und Jugendliche, welche auch in der Literatur gefunden werden können. Der vielfältige Zugang zur autistischen Zielgruppe zeigt sich in der breiten Methodenwahl der Expert\*innen, welche keine verallgemeinernden Schlüsse zur methodischen Anwendung des therapeutischen Kletterns zulässt. Zentral für die beiden Berufsgruppen ist dennoch deren Schwerpunktsetzung, welche einerseits auf das ganzheitliche Erleben und die Erweiterung von persönlichen Grenzen (Erlebnispädagogik) und andererseits auf die betätigungsorientierte Förderung der Adressat\*innen in ihren alltäglichen Umwelten (Ergotherapie) abzielt. Darüber hinaus holen die Befragten die Adresseta\*innen individuell bei ihrem Entwicklungsstand ab und planen die Einheiten personenorientiert. Die Abläufe unterscheiden sich somit je nach Person und deren Tagesverfassung und können nicht vereinheitlicht werden. Individuell wird dennoch versucht, die Therapieinhalte strukturiert aufzubauen und mit Routinen zu füllen.

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass sowohl in Einzelbetreuung als auch in Kleingruppen von bis zu acht Kindern geklettert werden kann, wohingegen in der Literatur ein Kleingruppenformat von bis zu

fünf Kindern empfohlen wird (vgl. Reineke 2017, S. 93). Ob in einem Einzel- oder Gruppensetting geklettert wird, hängt von den jeweiligen individuellen Ressourcen und Kapazitäten des/der Adressat\*in ab. Um in einer Gruppe zu klettern, sollten eine Grundgruppenfähigkeit, eine Grundkommunikationsfähigkeit sowie grundmotorische Fähigkeiten vorhanden sein, so I5 (vgl. I5.1, Pos. 85-89).

Die Forschung zu Autismus wächst stetig, so auch im bewegungsbezogenen Raum, dennoch gibt es bis jetzt noch keine Forschung zu Autismus und Klettern. Mit dieser Arbeit soll ein kleiner Beitrag zur stetig wachsenden Autismus-Forschung geleistet werden und erste Einblicke in das bis jetzt noch wenig erforschte Feld von Autismus und Klettern dargeboten werden. Generell sollten Bewegungsangebote für autistische Personengruppen einen größeren Stellenwert in unserer Gesellschaft bekommen. Die natürliche Lernumgebung stärkt nicht nur motorische Kompetenzen, sondern wirkt sich positiv auf die Psyche, den Umgang mit Emotionen sowie auf die sozialen Fertigkeiten aus.

Zusammenfassend kann daher gesagt werden, dass Klettern ein wertvolles Angebot für autistische Menschen sein kann, als Lernfeld für verschiedene Bereiche genutzt werden kann und selbstwertstärkende Erfolgserlebnisse generiert. Um mehr Einblicke in dieses Feld zu bekommen, ist weitere Forschung von Nöten.

## Literatur

- Aarts, Maria (2021): Marte Meo – aus eigener Kraft. In: Rohr, Dirk/Omer, Haim/Aarts, Maria/Furman, Ben (Hrsg.): Gelingende Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen. Neue Autorität, Marte Meo und Ich schaffs! Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Auhagen, Ann Elisabeth (2000): Interaktion. In: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/interaktion/7296> [20.01.2023].
- Berg-Freunde (2023): Fachbegriffe beim Klettern – Kommunikation in weiter Höhe. In: <https://www.berg-freunde.at/blog/fehlkommunikation-klettern-glossar/> [16.02.2024].
- Bernard-Opitz, Vera (2020): Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen. Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfAM) (2024):11. Revision der ICD der WHO (ICD-11). In: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html) [14.04.2024].
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorien- tierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Brück, Carsten/Cordas, Kati/Boecker, Holger (2004): Klettern und Bergwandern. In: Boecker, Holger (Hrsg.): Klettern und Bergwandern. Didaktisch-methodische Grundlagen für das Sportklettern und Bergwandern mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. 13. Bd. Aachen: Meyer & Meyer Verlag, S. 11-46.
- Chalkr (o.J.): Bouldern. In: <https://chalkr.de/bouldern-definition.html> [16.06.2023].
- Cordas, Kati/Lücking, Claudia/Boecker, Holger (2004): Die pädagogische Relevanz des Kletterns. In: Boecker, Holger (Hrsg.): Klettern und Bergwandern. Didaktisch-methodische Grundlagen für das Sportklettern und Bergwandern mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. 13. Bd. Aachen: Meyer & Meyer Verlag, S. 73-89.
- Einwanger, Jürgen (2015): Erlebnispädagogik. In: Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis Konstantin (Hrsg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 81-95.
- Falkai, Peter/Riecher-Rössler, Anita (o.J.): Was ist Ergotherapie? In: <https://www.neurologen-und-psy- chiatr-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/ergotherapie/> [03.07.2023].
- Feschin, Christina/Theunissen, Georg (2018): Autismus-Spektrum und ADHS. Sportliche und körperli- che Betätigungen zur Prävention und Intervention problematischen Verhaltens. In: behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten. Jg. 41, Heft 2, S. 21-27.

- Flick, Uwe (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gassner, Lucia/Dabnichki, Peter/Langer, Agnes/Pokan, Rochus/Zach, Heidemarie/Ludwig, Michaela/Santer, Agnes (2023): The therapeutic effects of climbing: A systematic review and meta-analysis. In: PM&R. Jahrgang 15, Heft 9, S. 1194-1209. DOI: <https://doi.org/10.1002/pmrj.12891> [09.11.2023].
- Gauster, Herta/Hack, Josef/Schwaiger, Markus (2016): Handbuch Sportklettern. 3. Auflage. Innsbruck: Alpina.
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Götsch, Karin (2011): Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In: Scheepers, Clara/Steding-Albrecht, Ute/Jehn, Peter (Hrsg.): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S. 2-10.
- Häußler, Anne (2022): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis. 6. Auflage. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Heckmair, Bernd/Michl, Werner (2018): Erleben und Lernen. Einführung in die Erlebnispädagogik. 8. Auflage. München: Ernst Reinhard, GmbH & Co KG.
- Heimgartner, Arno (2012): Computerunterstützte qualitative Inhaltsanalyse: Atlas.ti und MAXQDA im Match. In: Stigler, Hubert/Reicher, Hannelore (Hrsg.): Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. 2. Auflage. Innsbruck/Wien/Bozen: Studienverlag.
- Held, Judith (2020): Autismus. In: PiD – Psychotherapie im Dialog. Jahrgang 21, Heft 3, S. 15-16. DOI: 10.1055/s-00000117.
- Hirschmann, Bene (2019): Das Boulder-Mekka. Bouldern in Fontainebleau – Geschichte, Tipps und Infos. In: <https://www.bergzeit.de/magazin/infos-zum-bouldern-fontainebleau/> [2024-03-05].
- Holzheu, Celina/Kaiser, Valentina (2020): Ergotherapeutisches Klettern mit Kindern. In: praxis ergotherapie. Jahrgang 33, Heft Nr. 1, S. 36-43.
- Hug Theo (2001): Erhebung und Auswertung empirischer Daten – eine Skizze für AnfängerInnen und leicht Fortgeschrittene. In: ders. (Hrsg.): Wie kommt Wissenschaft zu Wissen? Bd. 2, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 11–29.
- Iglseder, Albert (2015): Klettern in der Entwicklung des Menschen und des Einzelnen – eine interdisziplinäre philosophische Betrachtung. In: Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis Konstantin (Hrsg.) (2015): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 1-6.

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.) (2020): Was ist eine Ergotherapie? In: <https://www.gesundheitsinformation.de/was-ist-eine-ergotherapie.html#:~:text=Ergotherapie%20soll%20Menschen%20dabei%20helfen,nur%20eingeschr%C3%A4nkt%20genutzt%20werden%20kann> [03.07.2023].
- Kamp-Becker, Inge (2016): B.5 Untersuchung komorbider Störungen, Differentialdiagnostik. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) (Hrsg.): S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik. In: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-018l\\_S3\\_Autismus-Spektrum-Stoerungen\\_ASS-Diagnostik\\_2016-05-abgelaufen.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05-abgelaufen.pdf) [04.03.2024].
- Kamp-Becker, Inge/Bölte, Sven (2021): Autismus. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kinébanian, Astrid (2019): Der Begriff „Ergotherapie“ In: Le Granse, Mieke/Van Hartingsveldt, Margo/Kinébanian, Astrid (Hrsg.): Grundlagen der Ergotherapie. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 37.
- Kinne, Tanja (2013): Einführung in die Erlebnispädagogik. In: Kinne, Tanja/Theunissen, Georg (Hrsg.): Erlebnispädagogik in der Behindertenarbeit. Konzepte für die schulische und außerschulische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kinne, Tanja/Woitekowiak, Sarah (2013): Klettern – mehr als ein Bewegungsangebot für Schülerinnen und Schüler im Förderschwerpunkt körperlich-motorische Entwicklung. In: Kinne, Tanja/Theunissen, Georg (Hrsg.): Erlebnispädagogik in der Behindertenarbeit. Konzepte für die schulische und außerschulische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 103-117.
- Kohlberger, Corinna (2021): Das 3 – Zonen Modell. In: [https://www.entdecken-wachsen-lernen.com/wp-content/uploads/2021/01/Uebung\\_3-Zonen-Modell.pdf](https://www.entdecken-wachsen-lernen.com/wp-content/uploads/2021/01/Uebung_3-Zonen-Modell.pdf) [15.02.2023].
- Kowald, Anne-Claire (2015): Erfahrungslernen und Erlebnistherapie. In: Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis Konstantin (Hrsg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 44-51.
- Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis (2015a): Erlebnisqualitäten des Kletterns. In: Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis Konstantin (Hrsg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 20-41.
- Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis Konstantin (2015b): Warum wirkt therapeutisches Klettern? Effekte und Wirkfaktoren. In: Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis Konstantin (Hrsg.): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 51-70.
- Kübler Sport (2019): Therapeutisches Klettern: Erklärung & Anwendungsgebiete. In: <https://www.kuebler-sport.de/blog/therapeutisches-klettern-anwendungsgebiete-und-auswirkungen/> [25.06.2022].

- Kuckartz, Udo/Rädiker, Stefan (2022): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- LCH (Hrsg.) (2014): Der Berufsauftrag der Lehrerinnen und Lehrer. Villmergen: Sprüngli Druck. In: [https://www.lch.ch/fileadmin/user\\_upload\\_lch/Verband/Grundlagen/Berufsauftrag\\_LCH.pdf](https://www.lch.ch/fileadmin/user_upload_lch/Verband/Grundlagen/Berufsauftrag_LCH.pdf) [2024.01.26]
- Leichtfried, V. (2015): Therapeutisches Klettern – eine Extremsportart geht neue Wege. In: Berghold, Franz/Brugger, Hermann/Burtscher, Martin/Domej, Wolfgang/Durrer, Bruno/Fischer, Rainald/Paal, Peter/Schaffert, Wolfgang/Schobersberger, Wolfgang/Sumann, Günther (Hrsg.): Alpin- und Höhenmedizin. Wien: Springer-Verlag.
- Limberg, Katharina (2012): Bewegungstherapie und Sport bei Menschen mit Autismus. In: Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge. Jahrgang 53, Heft 1, S. 186-190. <https://www.bisp-surf.de/Record/PU201305003567/RIS> [13.11.2023].
- Lovric, Damir (2015): Neurowissenschaftliche Implikationen therapeutischen Kletterns. In: Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis Konstantin (Hrsg.) (2015): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 6-19.
- Lukowski, Thomas (2017): Klettern in der Therapie. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mariacher, Heinz (o.J.): Keep the spirit alive... In: <https://www.heinzmariacher.com/de/> [16.06.2023].
- Mark (2015): Klettern in Graz. <https://www.getmanox.com/graz/> [2024-03-05].
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2008): ExpertInneninterview: Zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens. In: Becker, Ruth/ Kortendiek, Beate (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 368-371.
- Michl, Werner (2020): Erlebnispädagogik. 4. Auflage. Stuttgart: Ernst Reinhardt Verlag.
- Miller, Meike (2020): Ergotherapie bei Autismus. Förderung durch Sensorische Integrationstherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Moscattelli, Fiorenzo/Polito, Rita/Ametta, Alberto/Monda, Marcellino/Messina, Antonietta/Sessa, Francesco/Daniele, Aurora/Valenzano, Anna/Cibelli, Giuseppe/Monda, Vincenzo (2020): Autism spectrum disorder and physical activity. In: Journal of Human Sport & Exercise. Jahrgang 15, Heft Nr. 3, S. 787-792. DOI: 10.14198/jhse.2020.15.Proc3.29.

- Mueller, Linus (2023): ICD-11: Autismus-Diagnosekriterien. Autismus-Kultur. In: <https://autismus-kultur.de/icd-diagnosekriterien/> [14.04.2024].
- Nass, Roswitha/Hammer, Richard (2021): Bewegung in Autismus bringen. In: Deimel, Hubertus/Thimme, Till (Hrsg.): *Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters*. 2. Auflage. Baden-Baden: Akademia Verlag, S. 141-161.
- Preißmann, Christine (2017): *Autismus und Gesundheit. Besonderheiten erkennen – Hürden überwinden – Ressourcen fördern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Reineke, Leila (2017): *Lernen am Erleben – Erlebnispädagogische Methoden in der Autismus-Therapie*. In: Rittmann, Barbara/Rickert-Bolg, Wolfgang (Hrsg.): *Autismus-Therapie in der Praxis. Methoden, Vorgehensweisen, Falldarstellungen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 82-95.
- Rickert-Bolg, Wolfgang: (2017): *Ethische Grundlagen der Autismustherapie*. In: Rittmann, Barbara/ Rickert-Bolg, Wolfgang (Hrsg.): *Autismus-Therapie in der Praxis. Methoden, Vorgehensweisen, Falldarstellungen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 28-31.
- Röhner, Jessica/Schütz, Astrid (2012): *Psychologie der Kommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Satink, Ton/Van de Velde, Dominique (2019): *Kerndomänen in der Ergotherapie*. In: Le Granse, Mieke/Van Hartingsveldt, Margo/Kinébanian, Astrid (Hrsg.): *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 74-95.
- Schneider, Dana (2015): *Diagnostische Kriterien und Standards bei Autismus-Spektrum-Störungen*. Power-Point. In: [https://www.autismus.uni-jena.de/wp-content/uploads/2015/05/DSM5Diagnosekriterien\\_Schleiz2015\\_DanaSchneider.pdf](https://www.autismus.uni-jena.de/wp-content/uploads/2015/05/DSM5Diagnosekriterien_Schleiz2015_DanaSchneider.pdf) [27.12.2022].
- Schöpf, Simon (2020): *Berg-Know-How. Die 13 Spielarten des Kletterns*. Wissenswertes. In: <https://www.bergwelten.com/a/die-13-spielarten-des-kletterns> [16.06.2023].
- Soravia, Leila/Stocker, E./Schläfli, K./Schönberger, N./Schreyer, M./Dittrich, T./Grossniklaus, C. (2015): *Klettern als Chance in der Suchtbehandlung. Effekte des therapeutischen Kletterns auf Angst, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit*. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag. Online-Publikation. DOI: 10.1055/s-0035-1557707.
- Stangl, W. (2024): *Rolle*. In: *Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik*. In: <https://lexikon.stangl.eu/606/rolle> [15.01.2024].
- Tanczos, Dalia/Zajetz, Alexis (2015): *Ausbildung, Sicherheit und rechtliche Fragen*. In: Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis Konstantin (Hrsg.) (2015): *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik*. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 71-80.

- Theiss, Maximilian (2008): Therapeutisches Klettern. Klettern-Erleben-Lernen – Projekt „Klettermax“ – Ergotherapeutisches Klettern bei Kindern mit Wahrnehmungsstörungen. Wolfsberg. In: <https://docplayer.org/22520873-Projekt-klettermax.html> [14.02.2024].
- Theunissen, Georg (2021a): Basiswissen Autismus und komplexe Beeinträchtigungen. Lehrbuch für die Heilerziehungspflege, Heilpädagogik und (Geistig-)Behindertenhilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Theunissen, Georg (2021b): Autismus und herausforderndes Verhalten. Praxisleitfaden Positive Verhaltensunterstützung. 4. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Thimme, Till (2021): Klettern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – therapeutische Wirkfaktoren, störungsspezifische Zielsetzungen und praktische Hinweise, S. 287-313.
- Thimme, Till/Deimel, Hubertus/Hölter, Gerd (2021): Bewegung und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- VDiff Climbing (o.J.): The Difference Between Top Rope and Lead Climbing. In: <https://www.vdiffclimbing.com/basic-top-rope/> [19.07.2023].
- Vogele, Kai/Sinzig, Judith/Freitag, Christine (2016): A.2 Erscheinungsbilder, Symptomatik und Klassifikation ICD-10/DSM-IV-TR/DSM-5. In: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. S. 13-18. In: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-018l\\_S3\\_Autismus-Spektrum-Stoerungen\\_ASS-Diagnostik\\_2016-05-abgelaufen.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05-abgelaufen.pdf) [ 27.12.2022].
- Wikipedia (2023): Therapie. In: <https://de.wikipedia.org/wiki/Therapie> [03.07.2023].
- Zajetz, Alexis Konstantin (2015): Warum eignet sich Klettern als therapeutisches Medium? In: Kowald, Anne-Claire/Zajetz, Alexis Konstantin (Hrsg.) (2015): Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 41-43.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gekürzte diagnostische Kriterien für das autistische Spektrum nach DSM V (Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 17) .....	12
Abbildung 2: gekürzte Einteilung der Schweregrade nach DSM V (Kamp-Becker/Bölte 2021, S. 18) ..	13
Abbildung 3: Sinnesempfindsamkeiten bei Autismus (Miller 2020, S. 30) .....	14
Abbildung 4: Entstehung von Meltdown und Shutdown (Miller 2020, S. 47) .....	15
Abbildung 5: Bouldern am Fels in Fountainbleau (Hirschmann 2019, o.S.).....	28
Abbildung 6: Bouldern im Blochouse Graz (Mark 2015, o.S.) .....	28
Abbildung 7: Klettern im Vorstieg (VDiff Climbing o.J., o.S.).....	29
Abbildung 8: Klettern in Toprope (VDiff Climbing o.J., o.S.) .....	29
Abbildung 9: Seilkommandos in Anlehnung an (vgl. Berg-Freunde 2023, o.S.).....	30
Abbildung 10: Wirkungsfelder des Kletterns nach Thimme (vgl. ebd., S. 288-301) .....	32
Abbildung 11: Die E-Kette (Michl 2020, S. 11) .....	43
Abbildung 12: Vektorenmodell nach Werner (Michl 2020, S. 13) .....	44
Abbildung 13: Lernzonenmodell (Michl 2020, S. 44) .....	48
Abbildung 14: Tabellarische Übersicht der geführten Interviews.....	57
Abbildung 15: Codestammbaum.....	60
Abbildung 16: Vergleich Berufsgruppen .....	77
Abbildung 17: Rollen .....	78
Abbildung 18: Einheitslänge.....	85
Abbildung 19: Dimensionale Betrachtung der Kletterhalle .....	106

# Autismus und Klettern

Leitfadenorientiertes Interview

Magdalena Hochegger

## Forschungsfrage:

Wie wenden Praktiker\*innen aus Erlebnispädagogik und Ergotherapie therapeutisches Klettern bei Kindern und Jugendlichen im autistischen Spektrum an?

<b>CHARAKTERISTIK BERUFSFELD</b>	Was macht Erlebnispädagogik/Ergotherapie für Sie aus?
<b>KLETTERN MIT AUTISMUS</b>	Warum eignet sich therapeutisches Klettern für Kinder und Jugendliche im autistischen Spektrum?
<b>ZIELE</b>	Welche therapeutischen Ziele setzen Sie? - körperlich, mental, emotional, sozial
<b>THERAPIEPLANUNG</b>	Was muss in der Planung berücksichtigt werden, um kletterspezifische Aktivitäten für Kinder und Jugendliche mit Autismus zu realisieren?  a. Inwiefern wird die autistische Symptomatik bei der Planung berücksichtigt? b. Wie erreichen Sie Personen mit ASS? c. Erstgespräch d. In welchem Setting wird geklettert? (Einzel-Gruppensetting (->Gruppengröße), e. Zu welcher Tageszeit (Thema Ruhe/Reizminimierung) f. wie viele Einheiten: Dauer, Häufigkeit
<b>METHODE</b>	Nach welcher Methode arbeiten Sie?
<b>THERAPIEINHALT</b>	Wie bauen Sie als Erlebnispädagog*in/Ergotherapeut*in den Inhalt der Einheit auf? Können Sie ein Beispiel für einen möglichen Therapieplan geben.  a. Welche Therapieinhalte werden bearbeitet? b. Wie strukturieren Sie den Ablauf? c. Welche Aktivitäten/Übungen werden während der einzelnen Phasen gewählt? (Aufwärmen, Boulderwand, Kletterwand, Abschlussexpression) d. Gibt es Übungen/Spiele, die von Kindern und Jugendlichen mit ASS gerne gespielt werden? e. Werden visuelle Medien eingesetzt?
<b>WIRKUNG</b>	1. Wie wirkt sich therapeutisches Klettern auf die Adressat*innen aus? a. auf welchen Wirkebenen wirkt therapeutisches Klettern? (körperlich, mental, emotional, sozial)

<b>EVALUATION</b>	Wie evaluieren Sie den Erfolg der Einheit?
<b>TRANSFER IN DEN ALLTAG/REFLEXION</b>	In der Erlebnispädagogik/Ergotherapie ist ein Transfer in den Alltag ein wichtiger Kernpunkt. Wie wird während der Einheit ein Alltagsbezug hergestellt? Gibt es Reflexionsgespräche?  a. Beispiel
<b>HERAUSFORDERUNGEN</b>	Was sind mögliche Herausforderungen mit autistischen Kindern und Jugendlichen und wie begegnen Sie diesen in Ihrer Arbeit als Erlebnispädagog*in/Ergotherapeut*in?
<b>RISIKOSCHUTZ</b>	Wie wird Sicherheit im Rahmen des (Ergo-/Erlebnis) therapeutischen Kletterns hergestellt?  a. Gibt es Personen, mit denen besser nicht geklettert werden soll?
<b>ABSCHLUSSFRAGE</b>	Was würden Sie zukünftigen Klettertherapeut*innen raten, die mit Menschen im autistischen Spektrum arbeiten wollen?

# Kodierleitfaden

	Überkategorie	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
1.	Klettern mit Autismus		Gründe, warum Klettern ein geeignetes Medium bei Autismus sein kann	„[...] dass ich erlebe, dass autistische Kinder so an der Kletterwand ihr Tempo bestimmen können, und ihre Schwierigkeit bestimmen können und nicht wie in einem Mannschaftssport immer performen müssen für das Team, sondern sie dürfen so, ja, einfach für sich sein und den Fokus für sich haben“ (I2, Pos. 6)	Überkategorie für Unterpunkte, Sammelpunkt für alles was nicht in die unteren Punkte fällt (wie z.B. Gründe, Sinnhaftigkeit, Chancen für Autist*innen)  z.B. Individualsportart =1 Grund
1.1.		<b>Zielgruppe</b>	Beschreibungen der Expert*innen über die Zielgruppe der kletternden Autisti*innen.	„I: Das heißt, ihr arbeitet eher mit high-functioning Autismus.  B1: Ja, ich mein (..) in der ICD-10 ist es immer noch der Asperger Autismus. Genau“ (I5.1, Pos. 86-87).	Sammelpunkt für alle Zuschreibungen der Zielgruppe (Alter, Symptomatik, Eigenschaften)
1.2.		<b>Ziele</b>	Beschreibung der Zielsetzungen der Kinder, Eltern als auch Expert*innen im therapeutischen Klettern bei Autismus. Mit wem werden die Ziele vereinbart?	„B1: Also ich setze gar keine Ziele als Ergotherapeutin ((lacht)). Die Ziele setzen die Kinder und die Eltern“ (I5. 1, Pos. 11)	Allgemeine Zielsetzungen, Ausschluss von Wirkung, Überkategorie der „motorische“, „mentalen“, „emotionalen“ und „sozialen“ Ziele
1.2.1.		<b>Motorische Ziele</b>	Beschreibt die von den Expert*innen, Eltern und/oder Adressat*innen gesetzten körperlichen Zielsetzungen der Klettertherapie	„auch durch dieses also mehr Kraft zu bekommen, ein besseres Körpergefühl und das vielleicht dann auch an einem Spielplatz oder in andere Situationen mitnehmen zu können oder so“ (I4.1, Pos.32).	Sammelstelle alle körperlichen Zielsetzungen, sei es Koordination, Motorik, Wahrnehmung
1.2.2.		<b>Kognitive Ziele</b>	Beschreibt die von den Expert*innen, Eltern und/oder Adressat*innen gesetzten geistigen Zielsetzungen der Klettertherapie	„B1: Und, weil man es in der- weil man es in der Kletterhalle macht ist sicher ein großes Ziel überhaupt dass er es schafft dabei zu bleiben (..), also der Reizfilter einfach ein bisschen, genau“ (I4.1, Pos. 34).	Sammelstelle für kognitive Zielsetzungen

1.2.3.		<b>Emotionale Ziele</b>	Beschreibt die von den Expert*innen, Eltern und/oder Adressat*innen gesetzten emotionalen Zielsetzungen der Klettertherapie	„Selbstvertrauen natürlich oder sich das Zutrauen, ahm, und von da-da geht es aber schon so ein bisschen in den Alltagstransfer einfach auch durch dieses also mehr Kraft zu bekommen, ein besseres Körpergefühl und das vielleicht dann auch an einem Spielplatz oder in andere Situationen mitnehmen zu können oder so“ (I4.1, Pos. 32).	Sammelstelle für emotionale Zielsetzungen
1.2.4.		<b>Soziale Ziele</b>	Beschreibt die von den Expert*innen, Eltern und/oder Adressat*innen gesetzten sozialen Zielsetzungen der Klettertherapie	„also soziale Interaktionen sind oft Ziel oder Teilziele von mir“ (I6.1, Pos. 13)	Sammelstelle für soziale Zielsetzungen
1.3.		<b>Wirkung</b>	Beschreibung die Wirkfaktoren des therapeutischen Kletterns bei autistischen Kindern und Jugendlichen (Mediator, Puffereffekt, motorisch, kognitiv, emotional, sozial)	„I: Mhm. Okay. (...) Auf welchen Wirkebenen, also körperlich, mental, emotional, sozial wirkt deiner Meinung nach Klettern? B1: Auf allen. ((lachen)). Also ich finde auf allen. Ja. Auf jeden Fall“ (I3.2, Pos. 14-15)	Überkategorie für motorische, kognitive, emotionale und soziale Wirkebenen, Ausschluss Ziele
1.3.1		<b>Motorische Wirkung</b>	Beschreibt, wie sich Klettern auf die körperlichen Fähigkeiten auswirkt	„Dann natürlich das Motorische, also man kann beim Klettern viel auch motorisch ansetzen, also von Grob- bis Feinmotorik bis Körperwahrnehmung (...), (mein?) Propriozeption, Körpermitte finden“ (I6.1, Pos. 81).	Sammelstelle für motorische Wirkeffekte
1.3.2.		<b>Kognitive Wirkung</b>	Beschreibt, wie sich Klettern auf die geistigen Fähigkeiten auswirkt	„Es fördert die Fokussierung, Konzentration“ (I4.1, Pos. 13).	Sammelstelle für kognitive Wirkeffekte
1.3.3.		<b>Emotionale Wirkung</b>	Beschreibt, wie sich Klettern auf die emotionalen Kompetenzen auswirkt	„dann natürlich die mentale Ebene, also (...) Selbstwert (...), Ängste oder Unsicherheiten überwinden, eigene Erfolgserlebnisse spüren, mit Frustrationstoleranz umgehen“ (I6.1, Pos. 81)	Sammelstelle für emotionale Wirkeffekte
1.3.4.		<b>Soziale Wirkung</b>	Beschreibt, wie sich Klettern auf die sozialen Kompetenzen auswirkt	„Das deckt die Kommunikation ab, das deckt das Freizeitverhalten, soziale Interaktion, das leistet einfach unglaublich viel, ohne dass ich (..) jetzt besonders viel erst mal da reingeben muss, sondern allein die Therapieform (..) bringt schon ganz viel mit an Wirkdimensionen und ich kann das Nutzen und die Motivation ist total hoch“ (I5.1, Pos. 7)	Sammelstelle für soziale Wirkeffekte

1.4.		<b>Voraussetzungen und Kontraindikation</b>	Darunter fallen Voraussetzungen, die gegeben sein müssen um Klettern gehen zu können bzw. Kontraindikationen, bei denen vom Klettern abgeraten wird.	„Und wenn das so- genau, wenn da eine Weigerung ist, das Material anzunehmen, das hilfreiche wäre, dann will ich auch nicht klettern. Und ich würde auch nicht mit Personen klettern, die ähm, also die die Regeln nicht beachten (Interview Nina, Pos. 129)	Was braucht es, um Klettern gehen zu können? Was sind Ausschlusskriterien, die vom therapeutischen Klettern abgeraten würden z.B. Therapiemotivation, Freiwilligkeit, Regelbewusstsein
1.5.		<b>Herausforderungen</b>	Angabe der möglichen Herausforderungen für autistisch Kinder und Jugendliche durch das Klettern, aber auch für Expert*innen in der Arbeit mit der Zielgruppe und ihre Umgangsweise.	Also klar, wenn sie anfangen aufzudrehen, die dann wieder einzufangen, also eigentlich so, die Herausforderung. Oder, wenn sie anfangen durch die Halle zu springen, weil ihnen langweilig ist (..) und damit auch andere Kletterer gefährdenden oder sich selber weil wenn jemand von Oben runter kommt, dann dann ist es ziemlich dämlich, wenn jemand durch die Halle rennt, so. (Interview Nina, Pos. 111)	Herausforderungen für Kinder, als auch für Expert*innen inklusive Beispiele
1.6.		<b>Eltern</b>	Umfasst die Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Eltern, Rolle der Eltern, Elterngespräche, Kontaktaufnahme	Das ist meistens im Bereich von, sag einmal, das Telefonat [...] 15 bis 30 Minuten, je nachdem wie ah wie redefreudig die Eltern sind. Ah, meistens ist es übrigens die Mutter, die anruft und, ahm, (...) dann schildere ich kurz die Rahmenbedingungen beim Klettern beziehungsweise bringe auch noch einmal meine (..) Erfahrung ins Spiel und versuche den Eltern noch einmal ihre ihre letzten Bedenken zu nehmen [...] (Jessica, Pos. 109).	Abgrenzung zur Ziel- und Berufsgruppe
2.	<b>Berufsgruppe</b>		Definition des Berufsfelds der Expert*innen	„Also das, für mich ist das erlebnisorientierte Lernen einfach ein Lernen außerhalb bekannter Räume und hat dadurch einen Mehrwert und in diesem gemeinsamen Tun sich noch einmal neu zu erfahren oder auch die Gruppe neu zu erleben“ (Interview Nina, Pos. 4)	Beschreibungen des eigenen Berufs. Überkategorie für Methode, Rolle und Auftrag.
2.1.		<b>Rolle und Auftrag</b>	Beschreibung wie die Expert*innen ihre Rolle im therapeutischen Klettern einschätzen und welchen Auftrag sie sich selbst zuschreiben	„Und es ist auch nicht der Auftrag, weißt du? Also, ich habe jetzt nicht den Auftrag von einem Therapeuten oder Therapeutin, ähm, an bestimmten Themen mit diesen Kindern zu arbeiten sondern ich habe den Auftrag von den Eltern "Ey, da gibt es ein Element was meinem	Exklusive Berufsbeschreibung, inklusive der beruflichen Ziele der Expert*innen

			„	Kind gut tut und wonach es entweder angenehm erschöpft ist, oder freudig ist oder juhu, endlich wieder mit den anderen Kindern zusammen war und einfach Spaß hatte und und ja einfach auch so, manchmal wirklich stolz ist weil es etwas geschafft hat und so das ist, das gehen- (...?) höre in den Gesprächen mit den Eltern, und ich habe aber keinen Auftrag von einem Therapeuten, der sagt das und das soll erreicht werden bei dem Kind. Das ist sicher der Unterschied“ (I2, Pos. 105)	
2.2.		<b>Methodik</b>	Gibt an, nach welchen Methoden die Expert*innen arbeiten	„Also es ist so dass ich, ähm, nein natürlich auch dem Klientel entsprechend zuerstmal immer den gleichen Ablauf mache. Also so, meine [...] ist wirklich da nichts zu verändern und auch in dem Anfangsgespräch immer die gleichen Fragen zu stellen, und viel die gleichen Spiele zu machen, also inzwischen schlagen sie selber die Spiele vor, die sie machen wollen. Ich muss da gar nicht mehr viel machen. Aber am Anfang, also vor allem, war ich da sehr streng quasi, immer in dem gleichen Ablauf zu bleiben, dann haben wir am Anfang auch immer die gleichen Top-Rope Routen genutzt damit es eben keine Überforderung darstellt und ja so, haben so peux-a-peux uns nähert an die-, an das noch immer selbstständiger werden, also irgendwann war natürlich der Achterknoten dran, den jetzt auch noch nicht alle beherrschen, aber ja. Einfach so immer, immer erstmal die gleichen Schritte zu wiederholen. Und nicht die Neuen (Interview Nina, Pos. 42).	Werden induktiv erschlossen
3	Therapievorbereitung		Definiert, welche Planungsschritte getroffen werden, um mit Menschen mit Autismus klettern gehen zu können.		Überkategorie Auflistung der allgemeine Planungsschritte, welche nicht in den Unterkategorien angeführt werden  Exklusive Therapieinhalt

3.1.		<b>Therapieplanung</b>	Definiert, welche und wie die Therapieeinhalte geplant werden, bevor die Kletterstunde stattfindet.	„Und sonst von meinem Organisatorischen natürlich Therapiematerial vorbereiten, (...) dass war gerade am Anfang beziehungsweise auch-, ich persönlich habe so viel Zeit, dass ich auch individuell für ein neues Kind zum Beispiel Therapiematerial anfertigen kann, mit deren Vorlieben wie zum Beispiel, müsste ich jetzt- habe ich jetzt letztens ein Flugzeugmemory oder so gebastelt, für die Therapien dann, weil das Kind so auf Flugzeuge steht. So Therapiematerial vorbereiten ist auf jeden Fall im Vordergrund“ (I6.1, Pos. 25)	Exklusive Therapieinhalt
3.2.		<b>Dauer</b>	Gibt an, wie lange eine Einheit im Durchschnitt dauert	„also wir haben zwei Stunden immer“ (I2, Pos. 54)	Einheitslänge
3.3.		<b>Häufigkeit</b>	Definiert in welchen Abständen mit den Adressat*innen klettern gegangen wird	„I: Ahm, ihr klettert einmal die Woche habe ich rausgehört B1: Mhm“ (I5.1, Pos. 40-41)	Angabe der Frequenz
3.4.		<b>Betreungsverhältnis</b>	Beschreibt das Setting in dem geklettert wird.	„Also wir sind 1 für vier Autisten. Das sind allerdings also Autisten, die schon zugänglich sind. Also das ist jetzt nicht- Ich habe schon mit autistischen Menschen gearbeitet, die hättest du gar nicht an die Kletterwand gebracht, vermutlich, oder nur in 1:1 Betreuung, und wenn es nur autistische Kinder sind, dann sind es vier pro Trainer*in und wenn wir jetzt noch zwei Geschwister dabei sind, dann ist das vollkommen in Ordnung. Also dann sind es 6, zwei Nicht-Autistische und vier Autistische“ (I2, Pos. 19)	Unterscheidung zwischen Gruppen- und Einzelsetting, indem die Therapeut*innen klettern oder geklettert haben
3.5.		<b>Visuelle Medien</b>	Gibt an, ob visuelle Medien verwendet werden oder nicht	„I: Mh, setzt du dann visuelle Medien auch ein oder eher nicht? B1: Ne, gar nicht“ (I2, Pos. 80-81)	Einsatz visuelle Medien – ja/nein und welche?
3.6.		<b>Kletterhalle</b>	Definiert, auf was die Expert*innen bei einer Kletterhalle schauen	„Also vorab war natürlich eben das Organisieren von einer geeigneten Kletterhalle im Vordergrund, weil nicht jede Kletterhalle geeignet ist, beziehungsweise auch nicht vom Inhaber vielleicht gewünscht ist, dass man da auch Therapie anbietet“ (I6.1, Pos. 25)	Exklusive Ruheorte

3.7.		<b>Ruheorte</b>	Definiert, ob explizite Ruheorte verwendet werden oder nicht	„I: Ahm, und sowas wie Ruheorte-, ahm. Also, ich weiß nicht, ob das bei dir schonmal gegeben hat, dass ahm, eine Person eben Rückzug braucht. Denkst du an sowas in deiner Einheit oder brauchst du das gar nicht?  B1: Habe ich bis jetzt eigentlich noch nie gebraucht, habe ich dementsprechend auch noch nicht antizipiert, wobei die Möglichkeiten, sich ein bisschen rauszunehmen gäbe es überall und würde ich in dem Fall dann auch anbieten“ (I1.1, Pos. 68-69).	Exklusive Kletterhalle
4..	<b>Therapieinhalt</b>		Ist die Überkategorie für den inhaltlichen Ablauf der Einheit	„Ich hab mich ehrlich gesagt mit Therapieplänen nie auseinandergesetzt ((lacht)), weil ich irgendwie, ja, irgendwie immer so darauf vertraue, das kommt dann schon wenn ich mit denen unterwegs bin, und weil ich auch immer sehe dass jedes Kind ja auch jeden Tag anders ist, also ich bin ja auch jeden Tag irgendwie anders und habe jetzt gar keinen starren Plan“ (I2, Pos. 54)	Überkategorie
4.1.		<b>Aufwärmen</b>	Gibt an, was die Expert*innen am Anfang einer Stunde mit den Adressat*innen machen	„mit den Kindern besprechen wir am Anfang der Stunde ihre Ziele und wie sie da sind und wenn wir so therapeutische Inhalte machen, wie Eigenregulation, dann können wir- oder so Techniken wie Atem beobachten, dann können wir das am Anfang machen in dem ruhigen Setting und dann gehen wir in die Kletterhalle und da sind eben (..) meistens noch zwei andere Kindergruppen, also da ist es dann richtig wuselig“ (I5.1, Pos. 25)	Sammelstelle für Aufwärmaktivitäten
4.2.		<b>Boulderspiele</b>	Soll angeben, welche Boulderspiele mit den Adressat*innen gespielt werden	„Dirigieren ist sehr beliebt, weil da das Kind auch diese (..) Selbstbestimmung hat oder (...) oder, oder "Ich bestimme jetzt auch was du machst" (...) Also es ist dann auch diese leitende Rolle was das Kind spüren kann, (...) genau“ (I6.1, Pos. 65)	Sammelpunkt für gern gespielte Boulderspiele
4.3.		<b>Hauptphase/Seilklettern</b>	Gibt an, was während des Seilkletterns mit den Adressat*innen gemacht wird	„Ich ich suche die Kletterhalle aus, ich gebe vor, dass ein Gurt angezogen werden muss, dass wir einen Partnercheck machen müssen. Ahh, und meistens auch welche Route. Ja, wobei da da verschwimmt das ein bisschen, da lasse ich oft auch die Kinder aussuchen, weil sie	Was wird während des Seilkletterns unternommen, welche Spiele werden gespielt

			teilweise ganz genau wissen, was sie Klettern wollen, ja“ (I1.1., Pos. 13)		
4.4.		<b>Abschluss</b>	Gibt an, wie die Expert*innen das Ende einer Stunde gestalten	„B1: Und in der Abschlussrunde sagen wir dann "Ich habe mein Ziel erreicht oder ich habe es nicht erreicht" und dann gibt es einfach nochmal ein kurzes Feedback dass die Eltern wissen, was passiert ist und die Kinder auch noch einmal eine Fremdeinschätzung kriegen, also dann gleichen wir unsere Wahrnehmung ab im Prinzip“ (I5.1., Pos. 55)	Sammelstelle für Abschlussrituale, -aktivitäten
4.5.		<b>Alltagstransfer</b>	Beschreibt, wie ein Transfer in den Alltag von den Expert*innen hergestellt wird	„ [...] dass ich das Kind dann auch wirklich direkt darauf anspreche "Kennst du das sonst noch wo? Fühlst du dich da auch manch-" oder "Wie ist es da in der Schule? Kannst du dich da auch manchmal nicht konzentrieren, wenn andere Kinder laut sind?" Dass ich da in der Situation, es sofort dann anspreche, dass das Kind auch weiß, was ich meine und nicht (...?) danach. (Interview Melina 1, Pos. 95)	Beschreibung des Alltagstransfers inklusive Beispiele
5.	<b>Nachbereitung</b>		Beschreibt, wie die Expert*innen den Therapieerfolg evaluieren	„Und beim nächsten Mal machen wir dann wieder ein neues Modell, mit einem neuen Rohling. Und die sind immer mit Daten versehen, und wir können dann diese Modelle von Mal zu Mal ja auch immer wieder nochmal vergleichen. Und dann sieht man da eine Entwicklung halt drauf, die hebe ich dann auf, dass man dann auch immer über Wochen und Monate die Entwicklung auch auf diesem Modell verschriftlicht sieht. Mhm. Genau“ (I3.1, Pos. 68)	Evaluation, die nach dem Klettern folgt
6.	<b>Sicherheit</b>		Ist die Überkategorie für objektive und subjektive Sicherheit, und gibt an wie ein sicherer Rahmen von den Expert*innen hergestellt wird		Überkategorie

6.1.		<b>Objektive Sicherheit</b>	Beschreibt, welche objektiven Sicherheitsvorkehrungen die Expert*innen treffen	„B1: Halt immer aktuelles Kletterequipment halt auch, ne, dass das immer alles in Ordnung ist. Also muss ich halt für Sorge tragen, weil ich die Einzige bin, die das halt macht, muss ich halt für diese Sachen halt Sorge tragen, genau. Und wenn wir halt in der Kletterhalle sind, die Top-Ropes sind ja bei uns schon gelegt. In Österreich ist das ja ganz viel so, dass es kaum Top-Rope Routen gibt, ne. Bei uns ist das noch recht verbreitet“ (I3.2, Pos. 35)	Geht um einen sicheren Rahmen
6.2.		<b>Subjektive Sicherheit</b>	Beschreibt, was die Expert*innen tun, damit sich die Adressat*innen sicher fühlen.	„B1: (Überlegt) Ich fange einmal mit dem Subjektiven an. Subjektiv indem ich versuche darauf zu achten, wann kriegen die Kinder Angst oder wann haben sie Bedenken, und, (...) und ihnen daran die Sicherheit zu beweisen sozusagen. Also es gibt, es gibt Kinder die die brauchen das, dass sie sich nach zwei Metern klettern einmal reinsetzen und sozusagen überprüfen ob das ganze System hält und dann klettern sie weiter. Und dann passt das für mich. Dann biete ich diese Möglichkeit. Ich, (...) ich weiße da schon auch auf meine Geschichte von, weiß nicht, 10-12 Jahren Kletterunterricht ohne eine einzige Verletzung hin, ich arbeite mit bildlichen Vergleichen, dass der Karabiner hält einen SUV aus, das das ist auch für die meisten, für die meisten Autisten was fassbares“ (I1.2, Pos 53)	Geht um das Gefühl von Sicherheit und wie dieses erzeugt wird