



PRIVATE PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE DER DIÖZESE LINZ

MASTERARBEIT

zum Abschluss des

Masterstudiums für das Lehramt Primarstufe
mit einer Erweiterung des Altersbereichs auf 10-15 Jahre
im Schwerpunkt Inklusive Pädagogik

Der pädagogische Umgang mit der Diagnose Autismus im schulischen Kontext

vorgelegt von

Kaltenbrunner Laura, BEd

Betreuung

Mag. Dr.ⁱⁿ Nina Jelinek

Allgemeine Bildungswissenschaften

Matrikelnummer:

01525662

Wortanzahl:

20641

Linz, Februar 2023

Kurzfassung

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Diagnose Autismus im schulischen Kontext. Sie befasst sich mit der Frage, inwiefern die Diagnose Lehrpersonen in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum beeinflusst. Dazu behandelt der erste Teil intensiv die Theorie von Autismus und Stigmatisierung im Allgemeinen und die Stigmatisierung von autistischen Personen. Da aufgrund der Erkenntnisse in der Literaturrecherche davon ausgegangen werden konnte, dass auch Kinder und Jugendliche mit Autismus im schulischen Kontext mit Vorurteilen konfrontiert werden, wurden zehn Lehrpersonen zu ihrem Umgang mit der Diagnose Autismus anhand eines Leitfadenterviews befragt. Diese Lehrerinnen haben bereits unterrichtliche Erfahrungen mit Schülerinnen/Schülern im Autismus-Spektrum. Nach der Durchführung der Interviews wurden die Gespräche transkribiert und mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2022) ausgewertet.

Die Ergebnisse der Interviews haben verdeutlicht, dass die Lehrerinnen versuchen, in der pädagogischen Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen keine Vorurteile gegenüber diesen zu haben. Des Weiteren sehen sie die Diagnose der Schülerin bzw. des Schülers als zweitrangig und legen Wert darauf, zuerst eine Beziehung zu den ihnen Anvertrauten aufzubauen. Aufgrund dieser Erkenntnisse konnte der Schluss gezogen werden, dass die schulischen Erfahrungen und Begegnungen zwischen den befragten Pädagoginnen und den autistischen Schülerinnen und Schülern zu einer Reduktion der Vorurteile führen. Offen bleibt, ob dies auch auf Lehrpersonen zutrifft, die auf keine derartigen Erfahrungen zurückgreifen können, jedoch, insbesondere in Integrationsklassen, junge Menschen im Autismus-Spektrum unterrichten. Diese Frage konnte in dieser Arbeit nicht geklärt werden und bedarf weiterer Untersuchungen.

Abstract

This master thesis deals with the diagnosis of autism. It follows the question how the diagnosis affects teachers in their daily work with pupils that have autism-spectrum-disorder. The first part of the master thesis focuses on the theory of autism and stigmatization and on the stigmatization of autistic persons. After intensive research it can be claimed that also autistic children and teenagers at school are confronted with prejudices. Therefore, ten teachers were interviewed on the basis of a guided interview, in which they were consulted about how they deal with the diagnosis autism. These teachers already have experience in the pedagogical work with pupils in the autism-spectrum. After doing the interviews, the dialogues were transcribed and on the basis of the qualitative content analysis, which was developed by Philipp Mayring (2022), evaluated.

The findings of the interviews show that the consulted teachers try not to have any prejudices against their pupils in their daily pedagogical work. Furthermore, it is more important for them to establish contact with the students while their diagnosis comes second. Because of these insights, you can conclude that the pedagogical experiences and the contact between the teachers and the autistic pupils can reduce prejudices. It stays unreplied, if these results are also valid for teachers who have no pedagogical experience with autistic children and teenagers but who teach them (e. g. in integration classes). This question could not be answered in this master thesis and requires further research.

Inhalt

Einleitung	7
Theoretischer Hintergrund	9
1 Autismus	9
1.1 Definition und Sichtweisen von Autismus.....	9
1.2 Ätiologie.....	10
1.2.1 Modelle für die Entstehung von Krankheiten und Störungen	11
1.2.2 Genetische Ursachen	14
1.2.3 Schädigung des Gehirns	14
1.2.4 Soziale Einflüsse	15
1.2.5 Erhöhte Reizempfindlichkeit	15
1.2.6 Zusammenfassung	16
1.3 Klassifikation von Autismus	16
1.3.1 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	16
1.3.2 Autismus-Spektrum-Störungen und ICD-10.....	19
1.3.3 Autismus-Spektrum-Störungen und ICD-11.....	24
1.3.4 Autismus-Spektrum-Störungen und DSM-V	26
1.3.5 Autismus-Spektrum-Störungen und ICF	28
1.3.6 Diskussion der Klassifikationssysteme	30
1.4 Abklärung und Diagnose von Autismus	31
1.4.1 Ziele einer Diagnose	32
1.4.2 Schwierigkeiten bei der Abklärung	33
1.4.3 Normalität und der Anstieg von psychiatrischen Diagnosen	34
1.5 Symptome des Autismus	35
1.5.1 Besonderheiten der autistischen Wahrnehmung.....	35
1.5.2 Besonderheiten des autistischen Denkens	37
1.5.3 Besonderheiten des autistischen Fühlens	39
1.5.4 Spezialinteressen und Stereotypien	40
1.5.5 Zusammenfassung	41
1.6 Komorbiditäten	41
1.7 Beratung und Therapie.....	42
1.7.1 Der systemische Ansatz.....	43

1.7.2	Umgang mit Stresssituationen.....	45
1.7.3	Medikamente.....	46
1.8	Förderkonzepte in der Arbeit mit Personen im Autismus-Spektrum	47
2	Stigmatisierung.....	49
2.1	Der Begriff Stigma und seine geschichtliche Entwicklung	49
2.2	Stereotyp.....	51
2.3	Vorurteil	52
2.4	Arten der Stigmatisierung	52
2.4.1	Öffentliche Stigmatisierung	53
2.4.2	Selbststigmatisierung.....	53
2.4.3	Strukturelle Diskriminierung.....	54
2.5	Ursachen und Funktionen von Stigmatisierung.....	54
2.6	Der Prozess von Stigmatisierung.....	55
2.7	Folgen von Stigmatisierung.....	56
2.8	Möglichkeiten der Reduzierung von Stereotypen und Stigmatisierungen	57
2.9	Vorurteile und Stereotype gegenüber Personen im Autismus-Spektrum	60
	Empirischer Teil.....	62
3	Zielsetzung und Fragestellungen	62
4	Methodisches Vorgehen	62
4.1	Stichprobe	63
4.2	Datenerhebungsmethode	64
4.3	Analysemethode	67
4.4	Beschreibung des Kategoriensystems.....	68
5	Resultate und Diskussion.....	70
6	Schlussfolgerungen.....	87
7	Literaturverzeichnis	93
8	Tabellenverzeichnis	98
9	Anhang.....	99

Einleitung

Die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung wird sowohl im amerikanischen als auch im europäischen Raum immer öfter gestellt (Ärzteblatt, 2012). Nach wie vor hat jedoch die Mehrheit der Gesellschaft ein falsches Bild von Menschen im Autismus-Spektrum und nicht selten werden Betroffene stigmatisiert. Über die Gründe, warum die Prävalenz an Diagnosen im Autismus-Spektrum steigt, sind sich Expertinnen und Experten nicht einig. Tatsache ist, dass als Folge der immer größer werdenden Prävalenz der Diagnosestellung von Autismus auch dementsprechend mehr Kinder und Jugendliche im Autismus-Spektrum in die Schule kommen und sich in den Klassen der praktizierenden Pädagoginnen und Pädagogen befinden. Es ist nicht auszuschließen, dass letztere ebenfalls ein verzerrtes Bild von Autismus haben und so den betroffenen Kindern und Jugendlichen nicht adäquat begegnen und sie nicht entsprechend fördern können. Diese Problematik konnte bereits bei Schülerinnen und Schülern mit der Diagnose ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) nachgewiesen werden. Sie werden oft auf ihre Diagnose reduziert und die Symptome Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität werden zu sehr fokussiert (Troyer, 2015, S. 61f).

Diese Arbeit hat das Ziel herauszufinden, ob und inwiefern Lehrpersonen in der Schule in ihrer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum beeinflusst werden, wenn sie erfahren, dass eine Schülerin bzw. ein Schüler in ihrer Klasse diese Diagnose hat.

Anhand eines Leitfadenterviews mit Lehrerinnen und Lehrern, welche mit Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum arbeiten, soll herausgefunden werden, wie sie mit der Diagnose Autismus umgehen und inwiefern diese in ihrer täglichen Arbeit zum Tragen kommt.

Die vorliegende Arbeit besteht aus zwei Hauptteilen: dem theoretischen Rahmen und der empirischen Erhebung. Im ersten Hauptteil werden die theoretischen Grundlagen behandelt, um einen Einblick in die Thematik Autismus zu

geben. In einem ersten Schritt wird versucht, den Begriff Autismus zu definieren und aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Danach folgen eine nähere Erläuterung der gängigsten Klassifikationsmanuale und die Auseinandersetzung mit diesen. Auch der Prozess der Diagnosestellung wird beschrieben und kritisch betrachtet. Darauf aufbauend werden die Symptome einer Autismus-Spektrum-Störung und die Komorbiditäten dargelegt. Das zweite Unterkapitel der theoretischen Grundlagen befasst sich mit Stigmatisierung. Nach einer Definition des Begriffs Stigma und einer kurzen Schilderung seiner geschichtlichen Entwicklung folgt eine Abgrenzung zu den verwandten Begriffen *Stereotyp* und *Vorurteil*. Verschiedene Arten von Stigmata, die Ursachen, Funktionen und Folgen von Stigmatisierungen werden in einem nächsten Schritt erläutert. Möglichkeiten zur Reduzierung von Stigmata und die häufigsten Vorurteile gegenüber Personen im Autismus-Spektrum bilden den letzten Teil des theoretischen Hintergrunds.

Der zweite Hauptteil baut auf dem ersten auf. Er beinhaltet die empirische Untersuchung in Form von Leitfrageninterviews. Nach einer Beschreibung des methodischen Vorgehens (Forschungsdesign, Stichprobe, Untersuchungsinstrument), werden die Interviews anhand der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2022) ausgewertet. Darauf folgend werden die Ergebnisse vorgestellt und in die bestehende Forschung eingeordnet. In den anschließenden Schlussfolgerungen werden die Grenzen dieser Arbeit aufgezeigt und offene Fragen genannt.

Theoretischer Hintergrund

1 Autismus

Es gibt sehr viele verschiedene Termini zu Autismus: Autismus, Autismus-Spektrum-Störung, Menschen im Autismus-Spektrum, Menschen mit autistischen Zügen, Kanner-Syndrom etc. (Schirmer, 2016, S. 11). Das Wort Autismus selbst ist griechischer Herkunft: *autos* bedeutet *selbst* und *ismos* bedeutet *Zustand, Ort* (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, 2023).

In diesem Kapitel wird zunächst versucht, den Begriff Autismus zu definieren. Unterschiedlichen Sichtweisen werden dafür erläutert. Anschließend werden die Ursachen für eine autistische Störung näher beschrieben. In einem nächsten Schritt folgen die Klassifikation und die Auseinandersetzung mit der Diagnose Autismus. Die gegenwärtigen Diagnoseinstrumente werden vorgestellt und kritisch betrachtet.

1.1 Definition und Sichtweisen von Autismus

Im aktuellen Diskurs gibt es zurzeit verschiedene Sichtweisen von Autismus. Auf der einen Seite existiert die traditionelle Sicht, auf der anderen Seite der Ansatz der Neurodiversität.

Die traditionelle Sichtweise hat einen defizitären Blick auf Autismus. Die Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV (und teilweise auch noch DSM-V), auf die in einem späteren Kapitel näher eingegangen wird, sind die bekanntesten Vertreter dieser Perspektive. Bei dieser Sichtweise wird das, was psychiatrisch-klinisch gesehen fehlerhaft in der Entwicklung der Betroffenen ist, in den Fokus genommen (Theunissen, 2016, S. 16).

Der Ansatz der Neurodiversität ist vor allem im angloamerikanischen Raum verbreitet und geht auf eine Bewegung autistischer Menschen zurück, deren zent-

rale These es ist, dass Autismus keine hirnorganische Schädigung und neurologische Funktionsstörung sei, sondern vielmehr eine Andersartigkeit bzgl. neurologischer Prozesse, Aktivitäten und Verschaltungen, die Wahrnehmungs-, Denk-, Lern-, Handlungs-, Kommunikations- und Interaktionsprozesse betreffen. Es handle sich somit nicht um eine autistische Störung, sondern um ein autistisches Sein (Theunissen, 2016, S. 49). Neuronale Unterschiede sind Teil menschlichen Seins und somit stelle Autismus eine „normale menschliche Variation“ dar (Bölte, 2013, zitiert nach Theunissen, 2016, S. 49). Demzufolge ist Autismus keine zu heilende Krankheit. Diese Sichtweise löst auch bei Betroffenen Erleichterung aus, die sich demnach nicht geschädigt fühlen, sondern einfach anders sind. An dieser Stelle ist aber auch zu betonen, dass der Ansatz der Neurodiversität Kritik erntet. Francisco Ortega beispielsweise sieht in dieser Sichtweise die Gefahr, dass Autismus rein auf unterschiedliche neurologische Prozesse reduziert werde und der soziale Kontext, Beziehungen, Lebenslagen- und -welten und sozio-kulturelle Bedingungen vernachlässigt würden (Theunissen, 2016, S. 50).

1.2 Ätiologie

Es ist nach wie vor nicht geklärt, welche Ursachen einer autistischen Störung zugrunde liegen. Es wird davon ausgegangen, dass es keine eindeutige Ursache gibt, die zwangsläufig zu einer Störung im Autismus-Spektrum führt. Vielmehr spielen mehrere Faktoren eine Rolle, die, wenn sie zusammentreffen, die Wahrscheinlichkeit einer autistischen Störung erhöhen. Thomas Girsberger betont in Hinblick auf die Ursachen, dass Autismus keine Störung oder Krankheit ist, sondern eine Besonderheit bzw. ein Anderssein, ein Persönlichkeitsmerkmal, das nicht verändert werden kann. Autismus werde erst dann als Störung bezeichnet, wenn Betroffene im Austausch mit der Gesellschaft und dem damit verbundenen Anpassungsdruck in Stresssituationen geraten. Dieser Stress führt dann zu unangemessenen Verhaltensweisen, die von der Gesellschaft als

störend oder krankhaft beurteilt werden (Girsberger, 2020, S. 29). Diese Ansicht vertritt auch Simon Baron-Cohen, der Autismus als einen bestimmten Denkstil ansieht, an den man sich gewöhnen muss (Baron-Cohen, 2009, zitiert nach Breuß, 2010, S. 10).

1.2.1 Modelle für die Entstehung von Krankheiten und Störungen

An diesem Punkt möchte die Autorin einen kurzen Exkurs über das biomedizinische und das biopsychosoziale Modell geben. Beide Modelle beschreiben, wie Krankheiten und Störungen entstehen können, jedoch auf unterschiedliche Weise.

Das biomedizinische Modell wird von Alexa Franke als das vorherrschende genannt. Es basiert auf der Annahme, dass eine Krankheit durch einen Krankheitserreger entsteht. Diese Kausalität (Ursache – Wirkung) ist typisch. Demnach ist Krankheit eine Abweichung des normalen Zustands, wobei dieser nicht näher beschrieben wird. Weitere typische Merkmale dieses Modells sind:

- Es steht dichotom zur Gesundheit. Ein Mensch ist entweder krank oder gesund.
- Die Klassifizierung der Krankheit ist unabhängig vom sozialen Kontext des Krankheitsträgers bzw. der Krankheitsträgerin.
- Die Krankheit hat eine bestimmte Ursache und nimmt einen bestimmten Verlauf.
- Kranke sind für die Krankheit nicht verantwortlich, sie befinden sich in der Rolle der Patientinnen und Patienten.
- Die Krankheitsbehandlung gehört zu den medizinischen Aufgaben.

Das biomedizinische Modell fand und findet laut Franke deshalb so großen Anklang, da es Krankheiten kausal erklären und eine passende Behandlungsmethode liefern kann. Es lässt sich aber nicht nur auf körperliche (sichtbare) Krankheiten übertragen, sondern auch auf psychische. Die Disziplin der Psychiatrie

entstand durch diese Annahme. Franke verweist auf den Psychiater Kraepelin, dem die endgültige Einführung des medizinischen Modells in die Psychiatrie gelang und die Ursachen für psychische Krankheiten im Gehirn verankert sieht (Franke, 2012, S. 133-137).

Im Kontrast zum biomedizinischen Modell steht das biopsychosoziale Modell. Dieses Modell ist inzwischen schon mehr als 40 Jahre alt und beschreibt den Menschen als biopsychosoziale Einheit. Damit ist laut Josef Wilhelm Egger Folgendes gemeint: „Jeder Mensch ist nicht nur als biologisches Wesen zu verstehen („bio“), sondern zugleich auch als ein Wesen mit jeweils typischen Eigenheiten des Denkens, Fühlens und Handelns („psycho“) und darüber hinaus auch als ein Wesen mit individuellen sozialen, kulturellen und ökologischen Lebensumwelten („sozio“).“ (Egger, 2015, S. 232). Mit *bio* ist damit alles mechanisch Fassbare, mit *psycho* die Gesamtheit aller seelischen Phänomene und mit *sozio* alle sozialen, kulturellen und ökologischen Lebenswelten gemeint. Das biopsychosoziale Modell basiert auf der allgemeinen Systemtheorie nach Ludwig von Bertalanffy. Diese Theorie besagt wiederum, dass die Natur als Kontinuum von Einheiten erscheint. Größere, komplexere Einheiten stehen dabei hierarchisch über kleineren, weniger komplexen. Nichts existiert isoliert, alle Einheiten sind miteinander verbunden. Übertragen auf den Menschen bedeutet dies, dass der Mensch mitsamt seinen Organen ein komplexeres System bildet als die Summe aller Organe (Egger, 2015, S. 232). Im biopsychosozialen Modell stehen die biologische, die psychologische und die soziale Ebene in engem Austausch zueinander. Sie stellen keine bloße Aneinanderreihung dar, sondern sind eng miteinander verbunden. Eine Veränderung auf einer Ebene führt zu Veränderungen auf allen anderen Ebenen. Ein Beispiel ist das Phänomen der Hilfsbereitschaft: Dieses kann nicht allein durch beispielsweise hormonelle Prozesse erklärt werden, sondern Hilfsbereitschaft wird auch von Gedanken und Einstellungen (psychischer Aspekt) und eigenen Erfahrungen (sozialer Aspekt) beeinflusst. Die psychische, biologische und soziale Ebene stehen dabei auf gleicher Augenhöhe. Das biopsychosoziale Modell betrachtet den Menschen aus einer

multiperspektiven Sicht (Werner, 2021, S. 43). Krankheit wird als ein Kommunikationsproblem zwischen den Ebenen gesehen. Es handelt sich um *Passungsstörungen* zwischen den drei Ebenen, die zu Problemen zwischen Individuum und Umwelt führen (Binner & Ortmann, 2008, zitiert nach Werner, 2021, S. 43f). Kritisch betrachtet wird an diesem Modell, dass es zum einen erst wenig Einzug in die Medizin und Psychiatrie gefunden hat (das biomedizinische Modell ist nachwievor vorherrschend) (Gahleitner, Pauls, Hinterberger, & Leitner, 2014, zitiert nach Werner, 2021, S. 44). Zum anderen hat das Modell erst wenig empirische Ergebnisse erzielt und es gibt noch nicht ausreichend Untersuchungen und Studien dazu. Das biopsychosoziale Modell wird somit weniger als wissenschaftliches Modell, sondern vielmehr als *Meta-Theorie* angesehen (Pauls, 2013, zitiert nach Werner, 2021, S. 44).

Während das biomedizinische Modell den Menschen als organisches System im Blick hat, versucht das biopsychosoziale Modell den Menschen aus verschiedenen Perspektiven als komplexes Zusammenspiel zwischen der biologischen, psychischen und sozialen Ebene zu betrachten. Die Ursache für die Krankheit ist nicht rein ein physischer Defekt, sondern kann auf einer der drei Ebenen liegen. Mit dem Beruf der Lehrerin bzw. des Lehrers hat dies Folgendes zu tun: Geht man davon aus, dass einer Störung im Autismus-Spektrum ein genetischer Defekt, eine Hirnschädigung oder eine neurobiologische Störung zugrunde liegt, wird automatisch ausgeschlossen, dass Pädagoginnen und Pädagogen Einfluss auf die Entwicklung des autistischen Kindes haben können. Aus der Neurobiologie ist jedoch bekannt, dass Entwicklungsbedingungen und die Art der Beziehungserfahrungen eines Kindes in den ersten Monaten und Jahren die Hirnreifung beeinflussen. Autismus kann somit als Fehlanpassung betrachtet werden, die durch unzählige Variablen entsteht. Nicht nur genetische Dispositionen, sondern auch frühe Beziehungserfahrungen schlagen sich auf die Entwicklung des Gehirns nieder (Troyer, 2015, S. 53). Ein rein biologischer Blick auf

Autismus erhöht die Gefahr, Hirnschädigungen zu fokussieren und problematische Beziehungserfahrungen des Kindes außer Acht zu lassen (Troyer, 2015, S. 51).

1.2.2 Genetische Ursachen

Obwohl dem biopsychosozialen Modell zufolge man nicht festlegen kann, dass eine Krankheit oder Störung rein physisch oder neurologisch zu erklären ist, herrscht jedoch große Einigkeit darüber, dass Autismus in einem Großteil der Fälle erbliche Ursachen hat. Girsberger spricht von 90 Prozent (2020, S. 29), das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen von 70-80 Prozent (Neurologen und Psychiater im Netz, o. J.a). Diese hohen Prozentangaben zu Heritabilität von Autismus bestätigen Ergebnisse der Zwillingsforschung, zu Kranken- und Familiengeschichten und auch der Genforschung selbst (Girsberger, 2020, S. 29). Bei eineiigen Zwillingen ist es sehr wahrscheinlich, dass, wenn einer der beiden eine autistische Störung hat, sein Zwilling ebenfalls eine entwickelt (die Wahrscheinlichkeit liegt zwischen 60 und 90 Prozent). Bei zweieiigen Zwillingen ist die Wahrscheinlichkeit deutlich geringer (ungefähr 20 Prozent) (Baron-Cohen, 2009, zitiert nach Breuß, 2010, S. 10). Bei einem Elternteil im Autismus-Spektrum ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind eine autistische Störung aufweist, ebenfalls erhöht. Es wäre jedoch falsch anzunehmen, dass das Vorhandensein eines bestimmten Gens zwangsläufig zu einer autistischen Störung führt. Vielmehr handelt es sich um ein Zusammenspiel mehrere Gene, die die Entwicklung von Autismus begünstigen. Der begünstigende Genotyp (das ist die Summe der in den Genen verankerten Erbanlagen) führt jedoch nicht automatisch zur Ausbildung von Autismus. Es handelt sich hierbei immer nur um Wahrscheinlichkeiten (Girsberger, 2020, S. 29f).

1.2.3 Schädigung des Gehirns

Neben den erblichen Ursachen können auch Schädigungen des Gehirns, die während der Schwangerschaft, der Geburt oder in der frühen Kindheit entstanden sind, eine Rolle spielen. Infektionskrankheiten der Mutter, Nikotin- oder

Alkoholkonsum, Drogen und Medikamente während der Schwangerschaft, Komplikationen (z. B. Sauerstoffmangel) während der Geburt können sich schädigend auf das Gehirn des Kindes auswirken. Es wird vermutet, dass eine Schädigung des Gehirns als Ursache für eine autistische Störung bei frühkindlichem Autismus eine größere Rolle spielt als beim Asperger-Syndrom, da ersterer öfter mit einer geistigen Beeinträchtigung einhergeht als letzterer. An dieser Stelle ist jedoch anzumerken, dass eine Hirnschädigung nicht zu Autismus führen muss, lediglich die Wahrscheinlichkeit ist erhöht. Wie bereits erwähnt, lässt sich die Ursache nie genau bestimmen. Man kann nur Aussagen darüber treffen, welche Faktoren sich günstig bzw. weniger günstig auf die Entwicklung einer Autismus-Spektrum-Störung auswirken können (Girsberger, 2020, S. 30f).

1.2.4 Soziale Einflüsse

Während genetische Faktoren und eine beeinträchtigte Funktionsfähigkeit des Gehirns eher mit der Entstehung von Autismus in Zusammenhang gebracht werden, hat die Umgebung, in der ein betroffenes Kind aufwächst, Einfluss auf den Verlauf. Hierbei ist eine gute Eltern-Kind-Beziehung hervorzuheben, die von Geduld und liebevoller Zuwendung geprägt ist (Girsberger, 2020, S. 35).

Nicht immer war man der Meinung, dass für die Entstehung von Autismus hauptsächlich erbliche Faktoren verantwortlich sind. In den 1960er Jahren war Bruno Bettelheims Sichtweise vorherrschend, dass Autismus durch die kalte und distanzierte Haltung der Mutter gegenüber dem Kind entstünde, obwohl damals schon Hans Asperger, nach dem das Asperger-Syndrom benannt wurde, auf die Vererbbarkeit als Ursache von Autismus hinwies (Girsberger, 2020, S. 30).

1.2.5 Erhöhte Reizempfindlichkeit

Eine weitere Annahme besteht darin, die erhöhte Reizempfindlichkeit als Ursache für Autismus zu sehen. Das therapeutische Modell der Reizisolation, das autistische Verhaltensweisen schwächen oder verschwinden lassen soll, wurde

von Henry Markram entwickelt, der sich als Hirnforscher intensiv mit der autistischen Störung seines Sohnes auseinandersetzte. Jedoch ist diese Annahme nicht haltbar, da auch in reizarmen Umgebungen autistische Kinder geboren werden und aufwachsen (Gundelfinger, 2019, S. 7).

1.2.6 Zusammenfassung

Eine konkrete Ursache für eine Autismus-Spektrum-Störung gibt es nicht. Es herrscht lediglich Einigkeit darüber, dass erbliche Faktoren bei der Entstehung eine große Rolle spielen und soziale Faktoren (Umwelteinflüsse, Beziehungserfahrungen, etc.) den Verlauf der Entwicklung der betroffenen Kinder erheblich beeinflussen können.

1.3 Klassifikation von Autismus

Autismus zählt zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Er wird aktuell in zwei verschiedenen Klassifikationssystemen beschrieben, die auch als Diagnoseinstrumente dienen: ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision) und DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage). Da bis Dezember 2021 die ICD-10 in Gebrauch war, wird diese ebenfalls behandelt. Zusätzlich zur Diagnose kann auch der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) herangezogen werden. Im folgenden Kapitel werden diese Klassifikationssysteme und Diagnoseinstrumente näher erläutert.

1.3.1 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen zeichnen sich durch schwerwiegende qualitative Abweichungen der typischen Entwicklung von Kindern aus. Diese Einschränkungen stehen mit der Reifung des zentralen Nervensystems in Verbindung (Tröster & Lange, 2019, S. 1).

Von den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sind vor allem drei Verhaltensbereiche betroffen:

1. der Bereich der Sprache und Kommunikation

- Betroffene haben Schwierigkeiten, die nonverbalen Anteile einer Kommunikation zu verstehen und auszudrücken (Mimik, Gestik, Tonfall, Betonung, etc.). Dies kann zu Missverständnissen führen.
- Betroffene nehmen Gesagtes oft wörtlich und verstehen keine Ironie.
- Die Kommunikation findet oft sehr einseitig statt. Betroffene reden sehr viel oder sehr wenig, neigen zu Monologen, hören schlecht zu und nehmen wenig auf.
- Bei frühkindlichem Autismus kann die Sprachentwicklung stark verzögert sein oder ganz ausbleiben.

2. der Bereich der sozialen Interaktion

- Betroffenen fällt es schwer, sich in andere hineinzuversetzen (mangelnde Empathie).
- Beziehungen (freundschaftlicher und partnerschaftlicher Kontext) zu anderen werden zwar eingegangen, gehen aber oft wieder auseinander, da es Betroffenen an der notwendigen Gegenseitigkeit fehlt. Sie haben Mühe, Verständnis für andere Meinungen aufzubringen.
- Betroffene Kinder haben Schwierigkeiten, Freundschaften zu Gleichaltrigen zu knüpfen. Sie treten eher in Kontakt mit Erwachsenen oder jüngeren Kindern.

3. einseitige und intensive Interessen

- Betroffene haben oft ein oder wenige Interessengebiete, die oft auch für andere unverständlich sind, und welches sie dann sehr stark verfolgen. Bei Kindern besteht dieses Interesse oft am Sammeln, Zählen und Sortieren bestimmter Spielsachen (z. B.

Dinosaurier, Spielzeugautos) anstatt mit ihnen fantasievoll zu spielen (Girsberger, 2020, S. 45f).

Girsberger fügt diesen drei Bereichen, anhand welcher tiefgreifende Entwicklungsstörungen auch in der ICD-10 beschrieben werden, zusätzlich den Bereich des Wahrnehmens und Denkens (4) und den Bereich der Steuerung der Emotionen (5) zu.

4. Wahrnehmung und Denken

- Betroffene neigen zu Schwarz-Weiß-Denken, für sie gibt es nur richtig oder falsch. Dementsprechend tun sie sich schwer, Kompromisse einzugehen und sich auf etwas Neues einzustellen.
- Betroffene sind oft sehr auf Details fokussiert und verlieren den Überblick über das Ganze. Das kann zu Missverständnissen oder gar Unverständnis in komplexen Situationen führen.

5. Steuerung der Emotionen

- Betroffene haben Schwierigkeiten, überschießende Emotionen zu regulieren. Es kommt oft zu Ausbrüchen, die ihnen im Nachhinein leidtun (Girsberger, 2020, S. 45f).

Die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen umfassen in der ICD-10 folgende Störungsbilder:

- Frühkindlicher Autismus (F84.0)
- Atypischer Autismus (F84.1)
- Asperger-Syndrom (F84.5)
- Nicht-näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.8)
- Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.9)
- Rett-Syndrom (F84.2)
- Andere desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3)
- Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Stereotypien (F84.4) (Sinzig, 2011, S. 9)

1.3.2 Autismus-Spektrum-Störungen und ICD-10

In diesem Abschnitt werden die Störungsbilder frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom und atypischer Autismus, wie sie in der ICD-10 definiert sind, näher erklärt.

Wie bereits erwähnt, werden die autistischen Störungen in der ICD-10 den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zugeordnet. Die ICD-10 steht für *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (deutsch: Internationale Klassifikation der Krankheiten), ist ein Klassifikationssystem und Diagnoseinstrument der WHO und findet Anwendung in sämtlichen medizinischen Bereichen. Es ist die zehnte Ausgabe und erschien 1994 (Girsberger, 2020, S. 171). Die ICD-10 gehört neben dem DSM-V zu den kategorialen Diagnoseinstrumenten. Das bedeutet, alle Krankheiten und Störungen werden klar voneinander abgegrenzt, auch wenn dies der Vielfalt der Menschen nicht gerecht werden kann. Kategoriale Diagnoseinstrumente finden deshalb vor allem in der Forschung und im wissenschaftlichen Austausch auf internationaler Ebene Anwendung, wo es einer einheitlichen Begriffsklärung der Störungen und Krankheiten bedarf (Girsberger, 2020, S. 54).

Seit Beginn 2022 gibt es eine neue Auflage (ICD-11). Die ICD-10 wird in dieser Arbeit trotzdem erörtert, da sie bis Ende 2021 Anwendung fand, obwohl es besonders in den letzten 15 Jahren viele neue Erkenntnisse in der Autismus-Forschung gab.

Frühkindlicher Autismus (F84.0) nach ICD-10

Der frühkindliche Autismus, auch Kanner-Syndrom, wurde nach dem Kinder- und Jugendpsychiater Leo Kanner benannt. Kanner beschrieb 1943 als erster den frühkindlichen Autismus. Lange Zeit galt seine Beschreibung als alleiniges Vorbild für das Störungsbild des Autismus (Girsberger, 2020, S. 176).

Die Ausbildung des frühkindlichen Autismus findet vor dem dritten Lebensjahr statt. Er ist gekennzeichnet durch qualitative Beeinträchtigungen in folgenden

Bereichen: in der sozialen Interaktion (1), in der Kommunikation (2) und im eingeschränkten, sich wiederholendem Verhalten (3). Zusätzlich zeigen sich beim frühkindlichen Autismus oft unspezifische Schwierigkeiten, wie Befürchtungen, Ess- und Schlafstörungen, Wutausbrüche, Phobien und Aggression. Auch Selbstverletzungen (Beißen in die Hand, Kratzen an den Füßen) kommen häufig vor, insbesondere wenn eine Beeinträchtigung der Intelligenz vorliegt.

1. Beeinträchtigung der sozialen Interaktionen: Hierzu zählen eine geringe Anwendung von sozialen Zeichen, wenig emotionale, soziale und kommunikative Verhaltensweisen und das Fehlen der emotionalen Gegenseitigkeit.
2. Beeinträchtigung der Kommunikation: Hierzu zählen mangelndes Verständnis nonverbaler Kommunikation, Mangel an Kreativität und Phantasie, einseitiger Gesprächsaustausch sowie Beeinträchtigungen im *Sotun-als-ob*- und imitierenden Spielen.
3. Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Aktivitäten und Interessen: Hierzu zählen das routinierte und starre Ausführen von Aufgaben, spezifische Bindung an ungewöhnlichen, typischerweise nicht weichen Objekten, stereotype Beschäftigungen, Interessen an nicht funktionellen Teilaspekten von Objekten und Widerstand gegenüber Veränderungen (Sinzig, 2011, S. 8f).

Ungefähr die Hälfte aller betroffenen Kinder erwirbt keine verbale Sprache. Kinder mit verbaler Sprache haben oft enorme Sprachentwicklungsverzögerungen. Sprache wird häufig auf mechanische Art und Weise benutzt, beispielsweise im Nachsprechen von Wörtern (Echolalien) oder in der Bildung neuer Wörter (Neologismen).

Ein Großteil der Kinder mit frühkindlichem Autismus ist kognitiv beeinträchtigt. Die kognitiven Fähigkeiten reichen von einer unterdurchschnittlichen Intelligenz bis zur durchschnittlichen. Personen, die die Kriterien des frühkindlichen Autismus erfüllen und relativ gute kognitive Fähigkeiten besitzen, gehören dem

hochfunktionalem Autismus an (Tröster & Lange, 2019, S. 3). Der hochfunktionale Autismus lässt sich klinisch nur schwer bis gar nicht vom Asperger-Syndrom unterscheiden (Biscaldi-Schäfer, o. J., S. 7).

Die Diagnosekriterien des frühkindlichen Autismus (F84.0) nach der ICD-10 sind folgende:

- Manifestation von Beeinträchtigungen vor dem dritten Lebensjahr in mindestens einem der drei nachfolgenden Bereiche:
 1. soziale Interaktion:

Unfähigkeit, Gestik, Körperhaltung, Mimik und Blickkontakt in der sozialen Interaktionen zu gebrauchen; Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen herzustellen (in einer für das geistige Alter angemessenen Art und Weise); Schwierigkeiten, Freude, Tätigkeiten oder Interessen mit anderen zu teilen
 2. Kommunikation:

beeinträchtigte sprachliche Entwicklung oder vollständiges Fehlen der verbalen Sprache, die nicht durch Mimik oder Gestik ausgeglichen wird; Probleme, sprachlich Kontakt aufzunehmen oder aufrechtzuerhalten; stereotyper und sich wiederholender Gebrauch von Sprache, Worten und Phrasen; Mangel an Imitations- und *So-tun-als-ob*-Spielen
 3. eingeschränkte und stereotype Verhaltensmuster, Aktivitäten und Interessen:

Intensive Beschäftigung mit einem oder mehreren Interessen, deren Inhalte ungewöhnlich sind; zwanghaftes Verhalten bezüglich nicht-funktionalen Handlungen und Ritualen; stereotype, sich wiederholende Bewegungen mit Fingern, Händen oder dem ganzen Körper; Beschäftigung mit Teilobjekten oder nichtfunktionalen Elementen eines Spiels

- Es müssen insgesamt sechs Symptome aus den drei Bereichen vorliegen, davon mindestens zwei Symptome im ersten Bereich und je ein Symptom im zweiten und dritten Bereich (Sinzig, 2011, S. 10).

Asperger-Syndrom (F84.5) nach ICD-10

Das Asperger-Syndrom wurde nach dem Wiener Kinderarzt Hans Asperger benannt, welcher 1944 das Verhalten autistischer Kinder beschrieb. Im deutschsprachigen Raum war er ein Pionier auf diesem Gebiet, er vertrat schon damals die These, dass erbliche Faktoren bei der Ursache von Autismus eine große Rolle spielen und die Symptome durch Erziehung und Therapie zwar abgeschwächt, aber nicht geheilt werden können (Girsberger, 2020, S. 158).

Als Asperger-Syndrom bezeichnet man eine eher milde Form im Autismus-Spektrum. Es zeichnet sich durch qualitative Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion und durch stereotype, begrenzte Verhaltensmuster und Interessen aus, die auf andere oft ungewöhnlich wirken. Im Unterschied zum frühkindlichen Autismus weisen vom Asperger-Syndrom Betroffene keine Verzögerungen in der kognitiven und sprachlichen Entwicklung auf. Die motorische Entwicklung kann auch beeinträchtigt oder verzögert sein (Tröster & Lange, 2019, S. 4f).

Die Diagnosekriterien des Asperger-Syndroms (F84.5) nach der ICD-10 sind folgende:

- qualitative Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion
- eingeschränkte und stereotype Verhaltensmuster, Aktivitäten und Interessen
- Bei der Diagnose fehlt eine klinisch eindeutige allgemeine Verzögerung der kognitiven Entwicklung und der Sprachentwicklung. Die Diagnose fordert, dass einzelne Wörter spätestens im zweiten Lebensjahr und kommunikative Phrasen spätestens im dritten Lebensjahr verwendet werden. Weiters sollen Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten und

Neugier an der Umgebung in den ersten drei Lebensjahren einer normalen intellektuellen Entwicklung entsprechen. Motorische Auffälligkeiten bzw. motorische Ungeschicklichkeit können häufig vorkommen (Sinzig, 2011, S. 20).

Atypischer Autismus (F84.1) nach ICD-10

Vom atypischen Autismus Betroffene weisen zwar autismusspezifische Symptome auf, erfüllen aber weder die Diagnosekriterien des frühkindlichen Autismus noch des Asperger-Syndroms. Atypischer Autismus liegt dann vor, wenn sich die beeinträchtigte Entwicklung erst später, d.h. nach dem dritten Lebensjahr, manifestiert oder die drei diagnostischen Bereiche des frühkindlichen Autismus nicht komplett erfüllt werden.

Die Diagnosekriterien des atypischen Autismus (F84.1) nach der ICD-10 sind folgende:

- Qualitative Beeinträchtigungen der Entwicklung im oder nach dem dritten Lebensjahr
- Qualitative Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, Kommunikation und begrenzte, stereotype und sich wiederholende Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten
- Die Diagnosekriterien des frühkindlichen Autismus (F84.0) werden nicht vollständig erfüllt. Der Autismus kann untypisch in Bezug auf Erkrankungsalter und/oder Symptomatologie sein. Die Diagnosekriterien hierfür sind mit F84.10 (untypisches Erkrankungsalter), F84.11 (untypische Symptomatologie) und F84.12 (untypisches Erkrankungsalter und untypische Symptomatologie) kodiert (Sinzig, 2011, S. 13f).

Die Intelligenz von Menschen mit atypischem Autismus ist oft stark beeinträchtigt. Zusätzlich liegen häufig Entwicklungsstörungen der Sprache, insbesondere der rezeptiven Sprache (Sprachverständnis) vor. Weitere Merkmale sind auch somatische Symptome, beispielsweise Einnässen (Sinzig, 2011, S.13). Der atypische Autismus bildet eine Kategorie ab, die sich nur schwer von anderen

Krankheiten trennen lässt und noch zu wenig erforscht ist (Tröster & Lange, 2019, S. 6).

1.3.3 Autismus-Spektrum-Störungen und ICD-11

Ab 1. Jänner 2022 findet die ICD-11, die elfte und neueste Auflage, Anwendung im klinisch-diagnostischen Bereich. Die Diagnosekriterien von Autismus nach der ICD-11 und die wichtigsten Änderungen zur ICD-10 werden in diesem Kapitel beschrieben.

Eine Autismus-Spektrum-Störung zählt zu den neurologischen Entwicklungsstörungen. Die Untergliederung in frühkindlichen Autismus, atypischen Autismus und Asperger-Syndrom fällt weg, der Oberbegriff *Autismus-Spektrum-Störung* fasst diese drei Formen zusammen. In der ICD-11 werden die Diagnosekriterien folgendermaßen dargestellt:

- anhaltende Schwierigkeiten bei der Anbahnung und Aufrechterhaltung von sozialer Interaktion und Kommunikation
 - Einschränkungen im Verständnis nonverbaler Sprache
 - Einschränkungen im Verständnis und Verwendung von Sprache in sozialen Kontexten
 - mangelndes Verständnis, wenn ein Verhalten nicht dem sozialen Kontext angemessen ist
 - Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen
 - eingeschränkte empathische Fähigkeiten
- dauerhaftes Vorhandensein restriktiver, sich wiederholender und unflexibler Verhaltensmuster
 - Schwierigkeiten, sich an neue Erfahrungen und Umstände anzupassen
 - zwanghaftes Festhalten an Routinen, Ritualen und Regeln und wenig bis keine Flexibilität gegenüber Veränderungen
 - repetitive und stereotype Bewegungsmuster (z. B. Händeflattern, im Kreis drehen) insbesondere in der frühen Kindheit

- andauernde intensive Beschäftigung mit Spezialinteressen und bestimmten Gegenständen
- Unter- und Überempfindlichkeit gegenüber sensorischen Reizen (z. B. mangelndes Schmerzempfinden) bzw. Gefallen an einem bestimmte Reiz (Geräusche, Texturen, Gerüche, Geschmäcker, etc.) (Autismus-Kultur, 2022)
- Die Autismus-Spektrum-Störung prägt sich meistens in der frühen Kindheit aus, die Diagnose kann jedoch auch erst zu einem späteren Zeitpunkt gestellt werden, wenn die sozialen Kompetenzen für die Bewältigung der sozialen Anforderungen nicht mehr ausreichen.
- Die Autismus-Spektrum-Störung führt zu Einschränkungen im sozialen, persönlichen, familiären, schulischen und in anderen wichtigen Bereichen.
- Die Symptome müssen in jeder Umgebung vorkommen, können aber je nach Kontext und Erziehungsstil variieren (Buadze, 2022, S. 17).

Für die Diagnosestellung müssen Schwierigkeiten in der Kommunikation *und* sozialen Interaktion und eingeschränktes, sich wiederholendes Verhalten vorliegen (Buadze, 2022, S. 13). Das alleinige Vorhandensein einer sprachlichen Entwicklungsstörung reicht für die Diagnosestellung nicht aus.

Die Untergliederung in klar voneinander abgegrenzte Formen des Autismus wurde zugunsten eines Spektrums aufgehoben. Dies ist ein zentraler Unterschied zwischen der ICD-10 und der ICD-11. Um der Einzigartigkeit von Menschen im Autismus-Spektrum gerecht zu werden, werden für die intellektuelle und sprachliche Entwicklung Kennzeichnungen in der Diagnose gemacht. Es wird in Bezug auf die Intelligenz zwischen einer Autismus-Spektrum-Störung ohne Störung und der mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung unterschieden. Ähnliches gilt für die Sprachentwicklung. Hier wird festgelegt, ob

- eine leichte oder keine Einschränkung der funktionalen Sprache,
- eine eingeschränkte funktionale Sprache oder

- ein (fast) komplettes Nichtvorhandensein funktionaler Sprache

vorliegt. Unter funktionaler Sprache wird die Verwendung verbaler Sprache zur Initiierung und Aufrechterhaltung von Kommunikation und nicht die mechanische Verwendung von Sprache verstanden. Auch muss das Alter berücksichtigt werden, da ein Kind noch nicht über dieselben sprachlichen Fertigkeiten verfügt wie eine erwachsene Person. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zur ICD-10 ist, dass in der ICD-11 sensorische Besonderheiten erwähnt werden (Autismus-Kultur, 2022).

1.3.4 Autismus-Spektrum-Störungen und DSM-V

Autismus Spektrum-Störungen werden in DSM-V den Störungen der neuronalen und menschlichen Entwicklung zugeordnet (Falkai & Wittchen, 2015, zitiert nach Schirmer, 2016, S. 11). DSM-V ist ein weiteres kategoriales Diagnoseinstrument. Es wurde von der Amerikanischen Psychiatrischen Association (APA) herausgegeben und steht für die fünfte Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* aus dem Jahr 2013. Im Gegensatz zu dem Vorgängermanual (DSM-IV) wurden die klar voneinander abgegrenzten Störungsbilder frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom und atypischer Autismus (ähnlich dem ICD-10) durch den Begriff *Autismus-Spektrum-Störung* ersetzt.

Die Diagnosekriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung werden im DSM-V in zwei Symptombereichen zusammengefasst:

1. Andauernde Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und Kommunikation über verschiedene Lebensbereiche hinweg. Dazu zählen:
 - a. Mängel in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit
Dazu gehören: Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme; einseitige Konversation; wenig Austausch über Gefühle und Interessen; Schwierigkeiten, Interaktion aufzunehmen bzw. darauf zu reagieren

- b. Mängel in der nonverbalen Kommunikation
Dazu gehören: abnormer Blickkontakt und Körpersprache; Inkohärenz von verbaler und nonverbaler Sprache; wenig Verständnis von bzw. vollständiges Fehlen nonverbaler Sprache (Mimik, Gestik)
 - c. Mängel im Eingehen, in der Aufrechterhaltung und im Verständnis von Beziehungen
Dazu gehören: Probleme, das eigene Verhalten an bestimmte Kontexte zu adaptieren; Probleme, Freundschaften zu knüpfen; vollständiges Fehlen von Interesse an Gleichaltrigen
2. Begrenzte, sich wiederholende Verhaltensmuster, Interessen und Handlungen. Dazu zählen:
- a. Stereotype und sich wiederholende Bewegungen, stereotype und sich wiederholende Verwendung von Sprache und Objekten
Dazu gehören: einfache motorische Stereotypen; Auflegen von Spielsachen; Echolalien (Wiederholen von Wörtern und Sätzen, die das Gegenüber gesagt hat); mechanische Verwendung von Sprache
 - b. Anhänglichkeit an Gleichbleibendem, Routinen und Ritualen
Dazu gehören: große Abneigung gegenüber Veränderungen; starres Denkmuster; Bedürfnis, jeden Tag denselben Schulweg zu gehen, etc.
 - c. Sehr begrenzte abnorme Interessen, die intensiv verfolgt werden
Dazu gehören: intensive Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten
 - d. sensorische Reizüber- oder unterempfindlichkeit oder abnormes Interesse an Umweltreizen

Dazu gehören: scheinbar kein Temperaturempfinden; Abneigung von Lautstärke; Faszination für Licht; Ablehnung gegenüber bestimmten Oberflächen, etc.

Für diese genannten Kriterien können drei Schweregrade bestimmt werden:

- Schweregrad 1: milde Ausprägung, Unterstützung erforderlich
- Schweregrad 2: mittlere Ausprägung, umfangreiche Unterstützung erforderlich
- Schweregrad 3: schwere Ausprägung, sehr umfangreiche Unterstützung erforderlich

(Girsberger, 2020, S. 163ff)

Im März 2022 erschien der DSM-V-TR. In dieser Auflage wurden Textpassagen des DSM-V unter Berücksichtigung neue Forschungsergebnisse seit 2013 überarbeitet, um die Auflage zu aktualisieren. In Bezug auf die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung gab es zwei Änderungen in der Wortwahl, welche die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Prozess einer validen Diagnosestellung unterstützen sollen. Da davon ausgegangen werden kann, dass diese Änderungen die aktuelle Diagnosestellung in der Praxis wenig bis gar nicht beeinflussen werden, wird der DSM-V-TR in dieser Arbeit nicht weiter behandelt (Hess, 2022).

1.3.5 Autismus-Spektrum-Störungen und ICF

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ist ein weiteres Diagnoseinstrument, das von der WHO herausgegeben wurde und auf dem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit basiert. Es werden nicht die Störungen bzw. Krankheiten mit ihren Symptomen beschrieben, sondern es wird eine Reihe von Stichwörtern auf verschiedenen Ebenen aufgelistet, die den Menschen und seine Wechselwirkung mit der Umwelt beschreiben. Die Ebenen sind:

- Klassifikation der Körperfunktionen
- Klassifikation der Körperstrukturen

- Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation
- Klassifikation der Umweltfaktoren

Im Fokus steht somit nicht die Krankheit oder Störung eines Menschen. Der Blick ist auf die Funktionsfähigkeit des Menschen gerichtet. Die Funktionsfähigkeit umfasst im Handbuch des ICF mehrere Aspekte:

Eine Person gilt als funktional gesund, wenn - vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren -

- die körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne ein Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen). (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, 2005, S. 4)

Behinderung wird als Beeinträchtigung der eben beschriebenen Funktionsfähigkeit eines Menschen verstanden (DIMDI, 2005, S. 4).

Es ist zu betonen, dass im Handbuch der ICF ausdrücklich erklärt wird, dass die ICD-10 und die ICF einander nicht ausschließen, sondern ergänzen. Während erstere die diagnostischen Instrumente für Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder andere Gesundheitszustände zu Verfügung stellt, werden diese Informationen in der ICF mit Auskünften zur Funktionsfähigkeit erweitert. Erst durch die Informationen beider Manuale (Informationen zu Diagnosen einerseits und zur Funktionsfähigkeit andererseits) kann ein breiteres und angemesseneres

Bild über Gesundheit entstehen, welches auch der Vielfalt des einzelnen Menschen und ganzen Populationen gerecht wird (DIMDI, 2005, S. 9f).

Ein Vorteil der ICF besteht darin, dass sie als Fundament der Kommunikation zwischen verschiedenen Disziplinen fungieren kann. So wird sie nicht nur im medizinischen Bereich, sondern beispielsweise auch in der sozialen Sicherheit, der Arbeit, der Erziehung und Bildung, der Wirtschaft, der Sozialpolitik und der Fortentwicklung der Gesetzgebung angewendet (DIMDI, 2005, S. 11).

Ein zweiter Vorzug der ICF ist der, dass sie genau aufzeigt, wo Defizite liegen und wie sie angegangen werden können. Des Weiteren kann in der ICF jede Beeinträchtigung und Krankheit auch quantitativ erfasst werden (Girsberger, 2020, S. 173).

1.3.6 Diskussion der Klassifikationssysteme

Im DSM-V wird Autismus als Spektrum dargestellt – die kategoriale Abgrenzung wurde somit zugunsten der Idee eines Kontinuums aufgegeben, welches der Vielfalt der Menschen im Autismus-Spektrum gerechter wird. Ein Vorteil, Autismus als Spektrum zu sehen, besteht darin, dass die Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit, *Grenzfälle* einer bestimmten Form des Autismus zuzuordnen und die Diagnose hierfür zu erstellen, automatisch wegfällt. Wie bereits erwähnt, lässt sich der hochfunktionale Autismus als Unterform des frühkindlichen Autismus, in Bezug auf die Symptome nur sehr schwer vom Asperger-Syndrom abgrenzen (Biscaldi-Schäfer, o. J., S. 10).

Hervorzuheben ist außerdem, dass in der DSM-V darauf hingewiesen wird, dass eine Störung im Autismus-Spektrum zwar von frühester Kindheit an bestehen muss (neurologische Störung), es jedoch sein kann, dass sie später diagnostiziert wird, nämlich dann, wenn die sozialen Anforderungen das Anpassungsvermögen des Kindes übersteigen. Es kommt nicht selten vor, dass die Diagnose *Asperger-Syndrom* erst im Erwachsenenalter gestellt wird. Ein anderer Aspekt,

auf den im DSM-V hingewiesen wird, ist der, dass Symptome, die ein Kind einmal gezeigt hat, durch die weitere Entwicklung verschwinden können. Somit ist es auch wichtig, bei der Diagnosestellung darauf zu achten, welche Verhaltensweisen das Kind bereits gelernt hat (Girsberger, 2020, S. 166).

Der Begriff *Asperger-Syndrom*, welcher im DSM-IV und ICD-10 als Sonderform des frühkindlichen Autismus dargestellt wird, fällt weg. Besonders aus klinisch-praktischer Sicht ist dies ungünstig, da viele Laien mit den Begriffen Asperger-Syndrom und frühkindlicher Autismus etwas anfangen können. Frühkindliche Autismus versteht man Menschen, die *anders* sind. Das Asperger-Syndrom ist die mildere Form. Davon Betroffene sind zwar auch etwas speziell, können sich aber gut an gesellschaftliche Formen anpassen. Gegen diesen Nachteil der DSM-IV spricht wiederum, dass es zu einer Reduzierung von Menschen im Autismus-Spektrum auf die Störung Autismus kommen kann.

Zu bedenken ist vor allem, dass die ICD-10 und DSM-IV vorrangig wissenschaftlichen Zwecken dienen (Diskurs auf internationaler Ebene), wo man einheitliche Kriterien braucht, und damit ihre Berechtigung haben. In praktischer Hinsicht, sowohl im klinischen als auch im pädagogischen Feld, ist die ICF günstiger, da sie der Lebenswirklichkeit der Menschen im Autismus-Spektrum eher entspricht.

1.4 Abklärung und Diagnose von Autismus

In der heutigen Zeit ist die Diagnosestellung keine alleinige Angelegenheit der Psychiaterin bzw. des Psychiaters mehr, sondern die Betroffenen bzw. die Eltern betroffener Kinder werden in die Abklärung miteinbezogen bzw. sollten miteinbezogen werden. Dies hat folgende Gründe:

- Man will das hierarchische Verhältnis zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient zugunsten einer Begegnung auf Augenhöhe auflösen. Die Ärztin bzw. der Arzt ist nicht mehr die- bzw. derjenige, die bzw.

der die Diagnose stellt und allfällige Therapien veranlasst, die die Patientin bzw. der Patient zweifels- und widerspruchlos akzeptiert. Das hierarchische Verhältnis sollte einer partnerschaftlichen Beziehung weichen.

- Insbesondere das Thema Autismus ist immer wieder Veränderungen ausgesetzt. Deshalb ist es umso wichtiger, dass Betroffene in den Abklärungsprozess miteinbezogen werden.
- Um eine möglichst genaue Diagnose für Autismus zu erstellen, ist es unter anderem auch wichtig, wie sich das Kind in frühester Kindheit verhalten hat. Niemand weiß das so gut wie die Eltern. Viele Mütter und Väter wussten schon sehr früh, dass ihr Kind anders ist. Dieses Gefühl sollte bei der Diagnosestellung berücksichtigt werden.
- Als letzter Punkt ist anzuführen, dass Autismus weniger eine Krankheit, die erworben wird und wieder geheilt werden kann, sondern eine angeborenes Persönlichkeitsmerkmal ist. Man würde die Patientin bzw. den Patienten bevormunden, würde man über ihren bzw. seinen Kopf hinweg eine Diagnose über ihre bzw. seine Persönlichkeit machen (Girsberger, 2020, S. 53).

1.4.1 Ziele einer Diagnose

Das Ziel einer Diagnose ist es, Verständnis zu schaffen und adäquate Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen. Wenn die Diagnose Autismus festgestellt wird, kann dies zunächst erleichternd sein, da die bzw. der Betroffene ihre bzw. seine Andersartigkeit (Verhalten, Denkweisen, Gefühle...) besser einordnen kann und auch ihre bzw. seine Umgebung mehr Verständnis der bzw. dem Betroffenen entgegenbringen kann. Des Weiteren ist eine sichere Diagnose notwendig, um mit Therapien und anderen Behandlungsmöglichkeiten entsprechend auf die Diagnose zu reagieren (Neurologen und Psychiater im Netz, o. J.).

Die Diagnose Autismus, welche nicht selten leichtfertig gestellt wird, kann jedoch auch Nachteile haben: der Blick der Eltern und der Gesellschaft wird auf die Diagnose gelenkt und das Risiko, dass das betroffene Kind auf die Diagnose reduziert wird, ist höher. Des Weiteren wird mit der Diagnose Autismus störendes individuelles Verhalten eines Kindes oft auf seine Diagnose zurückgeführt (Damasch, 2007, zitiert nach Troyer, 2015, S. 51).

1.4.2 Schwierigkeiten bei der Abklärung

Eine erste Schwierigkeit der Diagnose von Autismus liegt zunächst darin, dass es keine einheitliche Praxis der Diagnosestellung weder national noch international gibt. Im angelsächsischen Raum (England, Australien, USA) und in den skandinavischen Ländern wird eine Störung im Autismus-Spektrum weitaus öfter gestellt als in anderen Ländern. Innerhalb eines Landes kann es ebenfalls Schwankungen geben. Meist wird in Städten Autismus häufiger diagnostiziert als im ländlichen Raum. Dies trifft vor allem auf das Asperger-Syndrom zu. Eine weitere Schwierigkeit zeigt sich dadurch, dass die Intensität des Autismus, das heißt die Entwicklung des Kindes, vielfältigen Umwelteinflüssen ausgesetzt ist und sich so verändern kann. Auch gesellschaftliche Veränderungen, beispielsweise eine andere Sichtweise auf Autismus, hat zur Folge, dass die Prävalenz sich verändert. Früher galten Kinder im Autismus-Spektrum als *unbildbar* – dementsprechend vorsichtig war man mit der Diagnose. Heute weiß man, dass dem nicht so ist und es gibt schon viele Therapieangebote, die Erfolg verzeichnen. Anzumerken ist auch, dass viele Expertinnen und Experten darauf hinweisen, dass sich autistische Verhaltensweisen reduzieren lassen, wenn man die Umgebung verändert und Stress, der vor allem zu typischen autistischen Symptomen (stereotype Handlungen) führt, vermeidet. Folgende Aspekte sind ebenfalls für Schwankungen in der Häufigkeit von Autismus verantwortlich:

- Veränderung des Erziehungsstils:
Während früher ein eher autoritärer Erziehungsstil üblich war, ist er heute weitaus gewährender. Diese Veränderung führt einerseits dazu, dass Kinder mit frühkindlichem Autismus sich heute besser entwickeln können, da sie weniger Druck und Stress ausgesetzt sind und die Beziehung zwischen Eltern und Kind besser ist. Andererseits werden mehr Kinder mit dem Asperger-Syndrom diagnostiziert, da sich diese früher dem Erziehungsstil der Eltern anpassten und weniger autistische Symptome zeigten (und unerkant blieben), heute aber durch den Freiraum, der ihnen gegeben wird, besser entfalten können und sich die Eltern mehr dem Kind anpassen.
- Autismus-spezifische Angebote:
Viele Eltern wenden sich an Beratungsstellen, wenn sie bereits eine Vermutung haben, aber keine Diagnose für Autismus vorliegt. Hier erhalten sie Hilfe in Form von Beratung und Unterstützungskonzepten (z. B. Visualisierungs-Hilfen). Dadurch können schon Fortschritte erzielt werden und das Kind bleibt gegenüber Fachleuten unerkant (Girsberger, 2020, S. 58ff).

An dieser Stelle möchte die Autorin einen kurzen Exkurs über den Begriff der Normalität und die Inflation psychiatrische Diagnosen geben.

1.4.3 Normalität und der Anstieg von psychiatrischen Diagnosen

Über den Begriff *Normalität* gibt es bis heute keine eindeutige Definition. In seinem Buch „Normal – Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen“ (2013) versucht Allen Frances, das Normale zu retten, indem er sich kritisch mit der Psychiatrie und den üblichen Kriterienkatalogen auseinandersetzt. Laut Frances sei der Bereich des Normalen in vergangenen Jahren immer kleiner geworden. Psychiatrische Diagnosen werden dadurch immer häufiger gestellt. Dies hat Frances zufolge einerseits damit zu tun, dass es kein einheitliches Testverfahren

gibt und es daher von wenigen Diagnostikerinnen und Diagnostikern abhängig ist, ob eine Diagnose gestellt wird oder nicht. Andererseits, so behauptet er, liege ein weiterer Grund für die Inflation von psychiatrischen Diagnosen im US-amerikanischen Gesundheitssystem, da Ärztinnen und Ärzte dortzulande eine Diagnose erstellen müssen, um ein Honorar zu bekommen (Frances, 2013, zitiert nach Troyer, 2015, S. 53ff).

Frances sieht die Kriterienkataloge DSM-IV und den DSM-V ebenso mitverantwortlich an der erhöhten Anzahl psychiatrischer Diagnosen, v. a. von ADHS und Autismus (Frances, 2013, zitiert nach Troyer, 2015, S. 55; Wissenswertes über XXY und Klinefelter-Syndrom, 2015). Er bemängelt, dass die Kriterienkataloge dazu dienen, Menschen zu vereinheitlichen und die Persönlichkeit, individuelle Unterschiede und das soziale Umfeld außer Acht zu lassen. Des Weiteren ist Frances auch misstrauisch gegenüber der Pharmaindustrie, da mit der Medikalisierung von Modekrankheiten (z. B. ADHS) versucht wird, hohe Gewinne zu erzielen (Frances, 2013, zitiert nach Troyer, 2015, S. 55f).

1.5 Symptome des Autismus

Die Auffälligkeiten des Autismus in der sozialen Interaktion, Kommunikation und Verhaltensweisen (Verhaltensmuster, Aktivitäten, Interessen) sind eng an die Wahrnehmungsaufnahme und -verarbeitung von Menschen im Autismus-Spektrum geknüpft. Die bereits genannten Ursachen (erbliche Faktoren, Schädigung des Gehirns oder Umwelteinflüsse) können zu Veränderungen bei der Reizaufnahme, der Bewertung und Verarbeitung des Reizes führen, welche wiederum die spezifischen Symptome von Autismus verursachen.

1.5.1 Besonderheiten der autistischen Wahrnehmung

Die meisten Menschen im Autismus-Spektrum haben eine Überempfindlichkeit gegenüber sensorischen Reizen. Dazu zählen visuelle, akustische, olfaktorische

(den Geruchssinn betreffende), gustatorische (den Geschmackssinn betreffende) und haptische Reize. Ihre Wahrnehmungsverarbeitung ist in der Hinsicht insofern gestört, da sie die Reize nicht selektieren und zwischen wichtigen und unwichtigen unterscheiden können. In Folge fühlen sich Betroffene oft von den Reizen ihrer Umgebung überflutet und versuchen, diese Überflutung durch bestimmte Verhaltensweisen auszuhalten bzw. zu kompensieren. Im Folgenden wird auf die einzelnen Sinneskanäle kurz eingegangen:

- Sehen

Viele Personen im Autismus-Spektrum benutzen das periphere Sehfeld und fixieren Personen oder Gegenstände nur ganz kurz. Auch den Blickkontakt meiden viele. Der fehlende Blickkontakt wird häufig genannt, wenn von frühkindlichem Autismus die Rede ist. Andererseits haben viele Menschen im Autismus-Spektrum auch ein ausgesprochen gutes fotografisches Gedächtnis und können ganze Stadtpläne zeichnen (Breuß, 2010, S. 19).

- Hören

Manche Personen im Autismus-Spektrum reagieren überempfindlich auf alle auditiven Reize oder nur auf bestimmte Frequenzen oder Laute. Auch im Bereich des Hörens gibt es Betroffene, die unwichtige Hintergrundgeräusche nicht ausblenden und sogar Körperinnengeräusche wahrnehmen können. Sie haben somit ein sehr gutes Gehör. Um sich vor der Überflutung auditiver Reize zu schützen, bauen sie eine Art „Schutzmauer“ auf, die dafür verantwortlich ist, dass sie die akustischen Reize komplett ausblenden und so auf ihre Mitmenschen taub wirken (Debelt, 2007, S. 6).

- Schmecken und Riechen

Personen im Autismus-Spektrum haben einen ausgesprochen guten Geruchssinn. Sie nehmen häufig Gerüche intensiver wahr als ihre Mitmenschen. Kinder werden oft beim Beschnupern eines Gegenstands oder einer Person beobachtet. Autistische Menschen riechen schon von der

Ferne, wenn jemand sehr schwitzt, oder nehmen den Körpergeruch einer Person als sehr unangenehm war. Dementsprechend meiden sie Kontakt mit dieser Person, um sich selbst zu schützen. Dies kann jedoch von ihrer Umwelt als Ablehnung emotionaler Beziehung interpretiert werden (Breuß, 2010, S. 19f).

Der Geschmackssinn ist bei Menschen im Autismus-Spektrum oft unterentwickelt. Die Ernährungsvorlieben haben in erster Linie nichts mit Geschmack zu tun, sondern mit kinästhetischer Reizung (um ihren Körper von innen zu stimulieren), oder um Assoziationen auf anderen Kanälen hervorzurufen (Debelt, 2007, S. 5).

Oft wird ein Sinneskanal (z. B. Sehen oder Hören) dem gleichzeitigen Einsatz mehrerer Kanäle (z. B. Sehen und Hören) bevorzugt. Es kann auch sein, dass einem bestimmten Sinneskanal der Vorzug gegeben wird (meist dem visuellen), ein anderer dafür vernachlässigt (z. B. der taktile Sinneskanal). Der Wechsel zwischen verschiedenen Sinneskanäle ist nur schwer oder verzögert möglich (Girsberger, 2020, S. 31f). Manche Sinneskanäle werden zugunsten anderer vollkommen unterdrückt oder *abgeschaltet*. Beispielsweise wird die Verarbeitung von akustischen Reizen *abgeschaltet*, während die Verarbeitung von visuellen oder haptischen Reizen *angeschaltet* ist. Durch Überreizung des taktilen Sinns (stereotype Bewegungsmuster, wie sich Drehen oder Hüpfen oder selbstverletzendes Verhalten) gelingt es vielen Autistinnen und Autisten, die akustischen Reize auszublenden und sich so vor einer Reizüberflutung zu schützen (Breuß, 2010, S. 23). Viele Personen im Autismus-Spektrum haben eine Unterempfindlichkeit gegenüber Schmerzen (z. B. Selbstverletzungen oder sehr hohe Temperaturen) (Girsberger, 2020, S. 32).

1.5.2 Besonderheiten des autistischen Denkens

Das autistische Denken ist stark von Eindimensionalität geprägt. Betroffene haben nur ganz wenige Interessen, ziehen das logisch-rationale dem intuitiven

Denken vor, sind sehr auf ihren eigenen Sichtweisen verhaftet und vernachlässigen die Sichtweisen anderer. Des Weiteren haben Personen im Autismus-Spektrum Probleme mit der Zentralen Kohärenz (1), bei den exekutiven Funktionen (2) und bei der *Theory-of-mind* (3) (Girsberger, 2020, S. 32).

1. zentrale Kohärenz

Die Zentrale Kohärenz ist ein neuropsychologischer Begriff und bezeichnet die Fähigkeit, einzelne Wahrnehmungselemente in Zusammenhang miteinander zu stellen und diesen Elementen so Bedeutung zu geben. Viele Menschen im Autismus-Spektrum haben eine schwache zentrale Kohärenz. Diese höhere Hirnfunktion wird bei vielen Aufgaben im Alltag gefordert. Einfache Aufgaben sind beispielsweise Flecken auf einem Blatt Papier zu einem Bild zusammenzufügen, komplexere Aufgaben, bei denen eine starke zentrale Kohärenz notwendig ist, ist das Interpretieren von Gesichtsausdrücken oder das Verstehen ironischer Botschaften. Bei Gesichtsausdrücken müssen die verschiedenen Elemente (Nase, Mund, Augen, etc.) zu einem Ganzen integriert werden, gleichzeitig müssen unwichtige Aspekte (Frisur, Kopfbedeckung, etc.) ausgeblendet werden. Bei ironischen Aussagen kommt es auf den Tonfall, den Kontext und Details im Gesichtsausdruck an, die darauf hinweisen, dass die Aussage nicht wörtlich verstanden werden soll. Auch bei der Organisation des Alltags und in der Kommunikation ist die zentrale Kohärenz stark gefordert (Girsberger, 2020, S. 183).

2. exekutive Funktionen

Damit sind mentale Funktionen gemeint, mit denen Menschen ihr Verhalten unter Berücksichtigung der Bedingungen der Umwelt steuern (Setzen von Zielen, Handlungsplanung, Priorisieren, Impulskontrolle und emotionale Regulation, motorische Steuerung, etc.). Auch motivationale Funktionen, wie Willensbildung und Initiative gehören dazu.

Menschen im Autismus-Spektrum haben häufig Schwierigkeiten, Handlungen in Teilschritte zu zerlegen, Prioritäten zu setzen, Ideen zu generieren oder geistig flexibel zu sein (Girsberger, 2020, S. 168).

3. Theory-of-mind

Theory-of-mind ist die Fähigkeit, Ideen und Vorhaben anderer Menschen zu erkennen bzw. vorherzusehen. Der Begriff hat Ähnlichkeiten mit Empathie. Viele Menschen im Autismus-Spektrum gehen davon aus, dass andere die gleichen Ideen haben wie sie selbst bzw. kommen gar nicht auf die Idee, dass sie andere Ideen haben könnten und können diese Ideen oder Gedanken nicht in ihr eigenes Denken integrieren (Girsberger, 2020, S. 182).

1.5.3 Besonderheiten des autistischen Fühlens

Das Denken von Menschen im Autismus-Spektrum ist, wie bereits erwähnt, eher logisch-rationaler Natur. Deshalb tun sie sich grundsätzlich mit ihren eigenen Emotionen und denen ihrer Mitmenschen schwerer. Oft bleiben sie auf der emotionalen Entwicklungsstufe eines Kindes stehen, dass nur zwischen *Wohlfühlen* und *Unwohlsein* oder zwischen basalen Emotionen (z. B. Trauer, Wut, Freude) unterscheiden kann. Damit sind Gefühle gemeint, die bereits Säuglinge zeigen (Dorsch, o. J.)

Es ist jedoch zu betonen, dass Betroffene in dem Bereich des Wahrnehmens, Denkens und Fühlens lernen können. Dieser Lernvorgang geschieht aber wie bei anderen nicht automatisch, sondern nur mit Anleitung und Unterstützung (Girsberger, 2020, S. 33).

Störungen in der Wahrnehmung führen im weiteren Sinne dazu, dass die Spiegelneuronen Betroffener wenig bis gar nicht aktiv werden. Spiegelneuronen sind neuronale Netzwerke, die aktiv werden, wenn die Person bestimmte Handlungen ausführt oder bestimmte Handlungen beobachtet. Beobachtung kann jedoch nur bei einer funktionierenden Wahrnehmung geschehen. Spie-

gelneuronen sind verantwortlich, dass Menschen Bewegungen anderer nachahmen können. Die Möglichkeit des Imitierens ermöglicht bei Neugeborenen eine frühe Form der Kommunikation. In der weiteren Entwicklung können neurotypische Kinder, das heißt Kinder, die keine beeinträchtigte neurologische Entwicklung haben, Bewegungen nachahmen. Eine Dysfunktion der Spiegelneuronen kann mitunter auch ein Grund für die Schwierigkeiten im Bereich der Empathie sein (Breuß, 2010, S. 28).

1.5.4 Spezialinteressen und Stereotypen

Viele Menschen im Autismus-Spektrum weisen Stereotypen oder Spezialinteressen auf. Stereotypen sind immer wiederkehrende Gedanken- und Bewegungsabläufe (im Kreis drehen, Händeflattern, etc.), die keine scheinbare Funktion haben. Auch sich wiederholende Äußerungen, Echolalien, oder die Verfolgung ganz ungewöhnlicher und spezieller Interessen können als stereotype Handlungen verstanden werden. Am häufigsten findet man das Interesse an Tieren, an der Natur und Technik und, gefolgt von einem ausgeprägten Interesse am öffentlichen Verkehr. Autistische Menschen, die besonders an Bussen oder Liniennetzplänen Gefallen finden, können oft die Abfahrtszeiten auswendig aufsagen. Die Interessen unterscheiden sich von denen neurotypischer Personen insofern, da sie sehr intensiv verfolgt und die autistische Person ungewöhnlich viel Zeit damit verbringt, sodass es nur mehr schwer als Hobby bezeichnet werden kann.

Stereotypen haben die Funktion, dass sie den Stresslevel von Menschen im Autismus-Spektrum senken. Die Beschäftigung mit etwas Bestimmten hilft ihnen, die Reize anderer Sinneskanäle wegzuschalten und so einer sensorischen Überlastung zu entkommen. Stereotypen werden in Stresssituationen als beruhigend erlebt und somit immer wieder gesucht und praktiziert. Dadurch kann es zu einer Manifestation dieser Stereotypen kommen, welche so intensiv werden können, dass der Energielevel der betroffenen Person wieder ansteigt. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum gilt es daher,

eine gute Balance zu finden und die Beschäftigung mit den Stereotypen zeitlich einzuschränken, da eine massive Verfestigung der Stereotypie neuen Lernerfahrungen im Weg stehen kann (Schirmer, 2016, S. 68-71).

1.5.5 Zusammenfassung

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die gängigsten Klassifikationssysteme und Diagnoseinstrumente vorgestellt und genau erläutert wurden, lassen sich über die Symptome von Störungen im Autismus-Spektrum folgende Aussagen treffen:

- Die Erscheinungsformen sind sehr unterschiedlich. Autismus ist ein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal und dementsprechend verschieden sind auch die Menschen im Autismus-Spektrum.
- Es gibt bislang kein zuverlässiges Prüf- oder Testverfahren, das die Diagnose Autismus bestätigt. Die Diagnose stützt sich auf das Vorhandensein bestimmter Symptome.
- Autistische Störungen beinhalten eine Reihe von Symptomen. Diese Symptome können als Auffälligkeiten in der Kommunikation, in der sozialen Interaktion und im Verhalten (Verhaltensmuster, Aktivitäten, Interessen) zusammengefasst werden. Je extremer die Auffälligkeiten sind, umso ausgeprägter ist die autistische Störung.

1.6 Komorbiditäten

Eine Störung im Autismus-Spektrum tritt oft nicht alleine, sondern in Kombination mit anderen Krankheiten oder Störungen. Die zusätzlichen Erkrankungen, die zur Grunderkrankung hinzukommen, werden als Komorbiditäten bezeichnet. Im Falle des Autismus können dies einerseits psychische, andererseits körperliche Erkrankungen sein. Zu den psychischen zählen Depressionen, Ängste, Zwänge, Essstörungen, Schlafstörungen, Verhaltensstörungen und ADHS, zu den körperlichen zählen Epilepsie (meist in Zusammenhang mit frühkindlichem

Autismus), Störungen in Zusammenhang mit dem Immunsystem (Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Asthma), Störungen in Zusammenhang mit dem Verdauungssystem und Kopfschmerzen bzw. Migräne. Meist liegt die Ursache für Depressionen und Ängste in der Überforderung der Betroffenen mit den alltäglichen Aufgaben, welche Stress auslösen können. Zwänge entspringen häufig dem autistischen Merkmal der Detailorientierung, der Abneigung gegenüber Veränderung und dem Merkmal des Festhaltens an Ritualen. Essproblemen bzw. -störungen liegt die schon bereits erwähnte ungewöhnliche Einstellung gegenüber Nahrungsmitteln zugrunde. Schlafstörungen können zum einen durch die Schwierigkeit mit Umstellungen (Tag-Nacht) verursacht werden, zum anderen durch Probleme mit dem Entspannen und Einschlafen (Tendenz zur Übererregbarkeit bei autistischen Störungen). Verhaltensstörungen (insbesondere aggressives Verhalten) hat mit der Schwierigkeit im Umgang mit Emotionen zu tun. In Bezug auf ADHS ist umstritten, ob es sich um eine Begleitstörung oder eine eigenständige Erkrankung handelt, da 50-80 % der von Autismus Betroffenen die diagnostischen Kriterien von ADHS erfüllen.(Girsberger, 2020, S. 132-140).

1.7 Beratung und Therapie

Zunächst sei gesagt, dass Autismus keine Störung bzw. Krankheit ist, die man heilen kann und soll. Wie bereits erwähnt, ist er eine Art des Seins, eine Andersartigkeit neurologischer Prozesse. Demnach wäre es falsch anzunehmen, dass man Autismus ausschließlich medizinisch oder psychiatrisch behandeln kann. Bei einer Störung im Autismus-Spektrum bedarf es vor allem einer verständnisvollen Umgebung. Nichtsdestotrotz gibt es natürlich verschiedene Ansätze und Konzepte, die bei einer Autismus-Spektrum-Störung förderlich sind.

1.7.1 Der systemische Ansatz

Der systemische Ansatz ist Mitte des 20. Jahrhunderts entstanden. Seine Besonderheit ist, dass er zur Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen nicht nur die Betroffene bzw. den Betroffenen, sondern auch ihre bzw. seine Familie einbezieht. Oft ist es auch zu Gunsten des autistischen Kindes, wenn man mit seinen Eltern arbeitet und deren Verhalten positiv beeinflusst. Das Kind ist Teil eines Systems interpersoneller Beziehungen und steht in enger Wechselwirkung mit den anderen Mitgliedern dieses Systems. Der systemische Ansatz kommt dabei auf mehreren Ebenen zum Einsatz:

- individuelle Ebene: Die von Autismus betroffene Person selbst ist ein System für sich. Sie trägt bestimmte Gene, die die Entwicklung des Autismus begünstigen. Kombiniert mit den einzigartigen Charaktereigenschaften der Person, zeigt sich der Autismus auch in unterschiedlicher Art und Weise. Während die einen introvertiert sind, sind andere eher redselig und extrovertiert.
- Familie: Hier sind die Beratung und das Coaching der Eltern gemeint. Eltern, deren Kind im Autismus-Spektrum ist, sind oft gefordert und belastet. Oft ist es schon hilfreich für das Kind, wenn die Eltern aufgrund dieser Beratung bzw. des Coachings ihren Erziehungsauftrag besser erfüllen können. Zum Eltern-Coaching zählt auch, dass die Eltern über den Autismus ihres Kindes gut informiert werden.
- erweitertes familiäres Umfeld: Auch Bezugspersonen aus der Verwandtschaft, z. B. die Großeltern spielen im systemischen Ansatz eine Rolle und sollen in die therapeutischen Bemühungen miteinbezogen werden.
- Schule: Die Pädagoginnen und Pädagogen, die mit dem Kind arbeiten, stellen ebenfalls Bezugspersonen für das Kind dar und sind Teil seines Systems. Die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Therapeutinnen und Therapeuten und Lehrpersonen muss forciert werden.

Zu den therapeutischen Angeboten für Personen im Autismus-Spektrum zählen Logopädie, Ergotherapie, Arbeit an der Psychomotorik oder Reittherapie. Diese Therapieformen haben zum Ziel, bestimmte Defizite des Kindes zu verbessern. Des Weiteren gibt es therapeutische Interventionen, die an der Verbesserung der sozialen und emotionalen Kompetenzen durch Personen aus der Kinderpsychiatrie oder Kinderpsychologie arbeiten. Zuletzt sei noch die Behandlung einer komorbiden Störung genannt, z. B. Ängste, Schlafstörungen, Depressionen, Essstörungen, Zwänge, etc. (Girsberger, 2015, S. 103ff).

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum kommen oft verhaltenstherapeutische Elemente zum Einsatz. Ziel ist es, das Verhalten des Kindes langfristig zu ändern. Im Mittelpunkt steht nicht das Problemverhalten, sondern das erwünschte Verhalten, das heißt, unerwünschtes Verhalten wird nicht bestraft, sondern erwünschtes Verhalten wird belohnt. Das Belohnungssystem wird oft kritisiert, da hier die extrinsische Motivation fokussiert wird. In der Arbeit mit autistischen Kindern ist es jedoch insofern sinnvoll, weil diese nur wenig oder gar keine Eigenmotivation für viele Dinge aufweisen (Girsberger, 2015, S. 107). Des Weiteren ist die Belohnung nur eine Übergangslösung und fällt wieder weg, sobald das erwünschte Verhalten im Sinne der klassischen Konditionierung erreicht wurde. Dies bedeutet, wenn man die individuelle Belohnung konsequent mit sozialem Lob verbindet, wird früher oder später der unbedeutende Reiz (soziales Lob) genauso wirksam wie der bedeutende Reiz (Belohnung). Als Belohnung können soziale Belohnungen verstanden werden, aber auch materielle (z. B. Süßigkeiten, Spielzeug), Beschäftigung mit Spezialinteressen und symbolische Verstärker bzw. Token (z. B. Punkte, die gesammelt werden müssen, um dann eine andere Belohnung zu erhalten). Bezüglich der Menge und des Zeitpunktes der Belohnung kann gesagt werden, dass eine Verstärkung umso begehrtlicher für das Kind ist, je seltener sie erreicht werden kann. Es kann unterschieden werden zwischen sofortiger und verspäteter Belohnung. Erstere meint, dass sie unmittelbar (am besten eine Sekunde) nach dem erwünschten Verhalten dem Kind gegeben wird. Verspätete Belohnung

meint, dass ein zeitlicher Abstand zwischen erwünschtem Verhalten und Belohnung besteht (Schirmer, 2016, S. 65). Welche Art von Belohnung zum Einsatz kommt, ist von der kognitiven Fähigkeiten des Kindes abhängig. Dieses sollte auf jeden Fall verstehen, warum es eine Belohnung erhalten hat und warum nicht. Eine verspätete Belohnung stellt sich bei Kindern mit frühkindlichem Autismus demnach oft als nicht sinnvoll dar, da diese oft kognitiv nicht erfassen können, in welchem Zusammenhang die Belohnung zu ihrem Verhalten steht. In der (therapeutischen) Arbeit mit dem Kind muss grundsätzlich immer soweit wie möglich auf den kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklungsstand und auf die Besonderheiten des Kindes Rücksicht genommen werden, damit nichts verlangt wird, was es nicht kann oder ihm völlig widerstrebt (Girsberger, 2015, S. 107).

1.7.2 Umgang mit Stresssituationen

Die Eigenart eines autistischen Kindes ist oft von Sturheit und Verweigerung geprägt. Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass dieses Verhalten vom Kind nicht als Provokation verstanden und eingesetzt wird, sondern dass das Kind ist selbst seinem Verhalten ausgeliefert ist und einfach nicht anders reagieren kann. Von Provokation zu sprechen wäre somit falsch und unrecht. Es gibt bestimmte Empfehlungen, wie man als Elternteil oder Lehrperson mit den oft schwierigen Verhaltensweisen autistischer Kinder umgeht:

- Eltern oder die Lehrperson ignorieren das Problemverhalten, wenden sich aber nicht vom Kind ab. Das Verhalten des Kindes wird somit verurteilt, nicht das Kind selbst.
- Wenn das Kind bei Kleinigkeiten unangemessen reagiert, kann es auch dienlich sein, das Kind abzulenken. Auch wenn das Kind stark mit seinen Stereotypen beschäftigt ist, kann die Strategie der Ablenkung eine Hilfe sein.

Auch Stresssituationen können bei Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum nicht erwünschte Verhaltensweisen hervorrufen. Diese sind jedoch

nicht bei allen gleich. Während das eine Kind hyperaktiv wird oder in stereotype Verhaltensweisen verfällt, wird ein anderes Kind aggressiv und wiederum ein anderes reagiert mit Rückzug und Flucht. Vernünftiges Denken und Handeln ist in Stresssituationen für das Kind nicht mehr möglich. Als Elternteil oder Lehrperson ist es wichtig, ruhig zu bleiben und das Verhalten des Kindes nicht noch mehr aufzuschaukeln. Zu den Stressauslösern zählen Reizüberflutung, subjektives Erleben von Ungerechtigkeit, ungeplante Veränderung oder Überforderung in Konfliktsituationen. Dem Erlernen von Techniken, wie man mit Stresssituationen umgeht, kommt eine bedeutende Rolle zu. Bei leichten Wutanfällen kann man als Elternteil oder Lehrperson versuchen, auf das Kind einzureden und auf erwünschtes Verhalten hinzuweisen, z. B. „Nichts kaputtmachen!“. Bei sogenannten *Meltdowns* ist die verbale Beeinflussung kontraproduktiv und macht das Kind meist noch wütender. Meltdowns kommen einem Kollaps bzw. Zusammenbruch nahe. In diesen Situationen kommt es zu unfreiwilligen, panikähnlichen Reaktionen des Kindes. Ursachen können eine unvorhergesehene Veränderung oder eine sensorische oder emotionale Überlastung sein. Bei einem Meltdown ist es hilfreich, diese schon im Vorhinein zu erkennen und Maßnahmen zu setzen, um ihn zu vermeiden, z. B. eine Reduktion der Reize (Girsberger, 2015, S. 121-125).

1.7.3 Medikamente

Auch Medikamente werden bei Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum manchmal eingesetzt. An erster Stelle sei jedoch erwähnt, dass in jedem Fall individuell entschieden werden muss, ob eine medikamentöse Behandlung überhaupt notwendig ist und welche. Dies kann nur in Absprache mit einer Ärztin oder einem Arzt geschehen. Ein Medikament, das den Autismus behandelt, gibt es bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht. Die Medikamente, die am häufigsten verwendet werden, haben vorrangig Einfluss auf die komorbiden Störungen. Zu den am meisten eingesetzten Medikamenten zählen:

- atypische Neuroleptika: Die Reizüberflutung wird für die Betroffenen weniger. Diese werden weniger erregt und Wutausbrüche werden reduziert.
- Stimulanzen: Die Betroffenen sind dadurch ruhiger und konzentrierter. Stimulanzen kommen auch oft bei Kindern mit ADHS zum Einsatz.
- Der Einsatz von Antidepressiva zur Behandlung von depressiven Episoden (Girsberger, 2015, S. 128f).

1.8 Förderkonzepte in der Arbeit mit Personen im Autismus-Spektrum

Aufgrund der anderen Reizwahrnehmung und -verarbeitung empfinden Menschen mit Autismus ihre Umgebung oft als chaotisch und nicht vorhersehbar. Eine klare Strukturierung des Tages und der Umgebung können für die Betroffenen unterstützend sein, indem sie Situationen durchschaubar macht und zu verstehen hilft, was in der Umgebung geschieht. Verstehen ist die Voraussetzung dafür, handlungsfähig zu sein und somit an der Interaktion mit anderen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Häußler, 2000, S. 2).

TEACCH

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children – Behandlung und pädagogische Förderung autistischer und in ähnlicher Weise kommunikationsbehinderter Kinder) ist ein evidenzbasiertes Konzept aus North Carolina (USA), welches in den 1960er Jahren entwickelt wurde. Die Kurzbezeichnung TEACCH wird sowohl für die Einrichtung in den USA (TEACCH Programm), für das pädagogische Konzept (TEACCH Ansatz) als auch für die in North Carolina entwickelten Strategien und Methoden zur pädagogischen Förderung autistischer Menschen verwendet (TEACCH-Methode).

Insbesondere wird unter der TEACCH-Methode die Strukturierung und Visualisierung in der praktischen Arbeit verstanden und auch in diesem Sinne am häufigsten gebraucht (Häußler, 2016, S. 13).

Die Arbeit nach TEACCH umfasst die Durchführung einer individuellen Förderdiagnostik (Erhebung der Stärken und Schwächen der betroffenen Person), die Erstellung eines individuellen Förderplans für eine ganzheitliche Entwicklung, die Integration verschiedener Methoden zur Entwicklungsförderung und *Structured TEACCHing*. *Structured TEACCHing* ist meist gemeint, wenn Lehrpersonen im pädagogischen Kontext mit TEACCH oder nach TEACCH arbeiten. Grundleger ist, dass der TEACCH-Ansatz und die TEACCH-Methode nichts Einheitliches sind, sondern flexibel und auf die Person abgestimmt gestaltet werden müssen. Individuelle Förderpläne helfen autistischen Menschen, die Welt besser zu verstehen, da sich diese den Betroffenen anders aufschließt (Häußler, 2016, S. 28).

Ziel dieses Konzeptes ist es, dass Menschen im Autismus-Spektrum Verhaltensweisen erlernen, die eine Entwicklung von selbstständigen Handlungskompetenzen ermöglichen und dadurch ihre Lebensqualität verbessern.

Unterstützungsfelder von TEACCH sind unter anderem:

- Alltagsbewältigung und Selbstständigkeit
- Kommunikation und Sprache
- Sozialkompetenz
- Lern- und Arbeitsverhalten
- Zeit- und Raumorientierung
- Wahrnehmung
- Freizeitgestaltung (Dachverband Österreichische Autistenhilfe, o. J.)

PECS

PECS steht für *Picture Exchange Communication System* (deutsch: Bildaustausch-Kommunikationssystem) und ist ein Konzept der Unterstützten Kommunikation (UK). UK hilft jenen Personen, die keine oder nur eine eingeschränkte

verbale Sprache haben, sich auszudrücken und mitzuteilen. Demnach ist PECS nicht nur für autistische Personen eine Möglichkeit, mit ihrem Umfeld und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Der Nutzen der PECS-Methode ist evidenzbasiert und ihr Erfolg konnte mittels wissenschaftlicher Ergebnisse nachgewiesen werden.

Die Methode ist in sechs Phasen aufgeteilt, in welchen die Personen lernen zu kommunizieren. In der ersten Phase geht es um den tiefliegenden Sinn von Kommunikation und hilft, die Notwendigkeit von Austauschmöglichkeiten zu verstehen. Dabei werden Bildkarten mit Gegenständen gegen reale Gegenstände ausgetauscht. In der Phase zwei geht es um eine räumliche Distanz zwischen der Bildkarte und dem realen Gegenstand, das heißt, das Kind muss einen Weg zurücklegen, um einen Wunsch kundtun zu können. In der dritten Phase geht es um die Unterscheidung zwischen mehreren Bildkarten. Die vierte, fünfte und sechste Phase umfassen bereits komplexere Sprache. Während es in der vierten Phase darum geht, Sätze zu bilden, angefangen bei sehr einfachen Sätzen, geht es in Phase fünf und sechs darum, Anfragen zu stellen, zu kommentieren und Gespräche zu führen (Pyramid Educational Consultants of Germany GmbH, o. J.).

2 Stigmatisierung

2.1 Der Begriff Stigma und seine geschichtliche Entwicklung

Der Begriff stammt aus der Soziologie und leitet sich aus dem griechischen Wort *Stigma* ab, was *Stich* oder *Wundmal* bedeutet. In der Antike war ein Stigma ein Zeichen für etwas Negatives einer Person. Das Zeichen wurde in den Körper eingebrannt oder eingeschnitten, um für die anderen sichtbar zu machen, dass die Person *verunreinigt* ist (z. B. Verbrecherinnen und Verbrecher, Verräterinnen und Verräter, etc.)

Erving Goffman

Der Soziologe Erving Goffman führte den Begriff Stigma erstmals in die Soziologie ein und verfasste die Studie „Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität.“ darüber, welche 1963 erschien. Zu Beginn dieser Studie führt Goffman begriffliche Vorklärungen durch, unter anderem zur sozialen Identität einer Person. Er unterscheidet zwischen der *virtualen sozialen Identität* und der *aktualen sozialen Identität*. Die virtuelle soziale Identität einer Person ist durch Forderungen unsererseits gekennzeichnet, die wir dieser Person entgegenbringen. Wenn uns eine fremde Person entgegentritt, haben wir bestimmte Erwartungen in Bezug auf Eigenschaften, Verhalten, Aussehen, etc. Diese Erwartungen und Forderungen sind immer auch situationsabhängig. In der Interaktion trifft die virtuelle soziale Identität auf die aktuelle soziale Identität, das heißt sie trifft auf das, was die Person tatsächlich an Eigenschaften zeigt. Entspricht die virtuelle soziale Identität der aktuellen sozialen Identität in einer besonderen Weise nicht, spricht Goffman von einem Stigma (Wyss, 2018, S. 4). Bei Goffman wird der Begriff Stigma für ein Merkmal und nicht für die negative Definition dieses Merkmals bzw. dessen Zuschreibung verwendet, wie es in der Sozialwissenschaft heute gängig ist.

Der Begriff der Stigmatisierung ist eng mit dem Begriff der Diskriminierung verbunden. Ein Stigma ist die Bezeichnung für die negative Definition eines Merkmals einer bestimmten Person oder Personengruppe. Ein Stigma ist der Sonderfall eines Vorurteils gegenüber einer Person, durch das dieser Person negative Eigenschaften zugeschrieben werden. Den Vorgang der Zuschreibung nennt man Stigmatisierung. Stigmatisierung äußert sich in verbalem oder non-verbalem Verhalten gegenüber einer Person oder Personengruppe, welcher ein bestimmtes Stigma angehaftet wird (Hohmeier, 1975, S. 2). Stigmatisierte Personen sind demnach auch mit Diskriminierung konfrontiert. Vorurteile führen zu einer negativen emotionalen Reaktion, die wiederum zu bestimmten Verhaltenskonsequenzen führt. Bei psychisch Erkrankten können von Ärger erfüllte Vorurteile beispielsweise dazu führen, dass den Betroffenen Hilfe vorenthalten

oder ungerechtfertigt die Polizei gerufen wird (Rüsch, Berger, Finzen, & Angermeyer, 2004, S. 4).

Es ist davon auszugehen, dass unter bestimmten Bedingungen jedes objektive Merkmal zu einem Stigma werden kann, die Wahrscheinlichkeit, ein Stigma zu werden, bei manchen jedoch höher ist als bei anderen. Stigmata knüpfen an sichtbaren oder unsichtbaren Merkmalen einer Person an. Dabei handelt es sich für gewöhnlich um Eigenschaften, die von denen einer Mehrheit abweichen, beispielsweise körperliche Besonderheiten, (z. B. Behinderung), eine bestimmte Gruppenzugehörigkeit (z. B. Mitglied einer Sekte) oder bestimmtes Verhalten (z. B. Gesetzesverstoß). Oft ist es auch der Fall, dass aufgrund eines Stigmas, das einer Person oder Personengruppe entgegengebracht wird, dem bzw. den Merkmalstragenden weitere ebenfalls negative Eigenschaften zugeschrieben werden. Man spricht hierbei von Stigmatisierungen als Generalisierungen. Generalisierungen sind eine „Übertragung von einem Merkmal auf die gesamte Person, von den durch das Merkmal betroffenen Rollen auf andere Rollen der Person“ (Hohmeier, 1975, S. 3). Generalisierungen bestimmen die Stellung einer Person in der Gesellschaft und wie andere Personen mit ihr umgehen. Ein Beispiel für die Generalisierung wäre, dass ein blinder Mensch nicht nur eine Person mit einer Sehbeeinträchtigung ist, sondern auch hilflos, ernst, traurig, etc. (Hohmeier, 1975, S. 2f). Stigmatisierung muss von Stereotypen und Vorurteilen abgegrenzt werden.

2.2 Stereotyp

Der Begriff Stereotyp kommt aus dem Griechischen *stereós* (fest, hart, haltbar, räumlich) und *týpos* (-artig). Stereotype dienen der Vereinfachung komplexer Eigenschaften oder Verhaltensweisen von Personengruppen. Sie entsprechen nicht immer der Wahrheit, wir benötigen sie aber, um die Komplexität der Umwelt zu verringern und Interaktionen mit anderen Personen zu erleichtern. Die Anwendung von Stereotypen ist ein gewöhnlicher Vorgang, der Orientierung

verschafft, dennoch sollten wir uns bewusst sein, dass Stereotype nicht realitätsgetreu sind, sondern die Wirklichkeit verzerren. Stereotype bilden somit den kognitiven Aspekt von Stigmata ab (IKUD Seminare). Ein Beispiel: Alle Italiener essen Nudeln.

2.3 Vorurteil

Stimmt man einem vorhandenen Stereotyp zu, spricht man von Vorurteilen. Vorurteile sind bewertete Stereotype und können negativ oder positiv sein. Ein Vorurteil beruht nicht auf Erfahrung oder Wahrnehmung, sondern auf einer unreflektierten Meinung. Es ist ein im Vorhinein getroffenes Urteil. Stereotype werden mit eigenen Emotionen besetzt, man spricht somit vom emotionalen Aspekt von Stigma (IKUD Seminare). Ein Beispiel: Ich finde auch, dass alle psychisch Kranken gewalttätig sind.

2.4 Arten der Stigmatisierung

Ein weit verbreitetes Stigma ist immer noch dasjenige, psychisch krank zu sein. Rüsck et al. (2004, S. 3f) benennen drei Arten der Stigmatisierung für dieses Merkmal der psychischen Erkrankung: öffentliche Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und strukturelle Stigmatisierung. Auch Peter, Lang, Stein, Wirth und Jungbauer (2019) stellten in ihrer Studie fest, dass Personen mit einer psychischen Erkrankung mit Stigmatisierung konfrontiert werden und oft auch sich selbst stigmatisieren. Für diese Untersuchung wurden Personen interviewt, denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Die Autorinnen und Autoren der Studie merkten an, dass es für die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer eine Erleichterung sei, die Gewissheit zu haben, dass es sich um eine Krankheit handelt, für die es Erklärungen und Behandlungsoptionen gibt. Als

hilfreich nannten sie den Kontakt zu anderen Betroffenen mit derselben Erkrankung und dass die Diagnose oft Voraussetzung für geeignete Behandlungsmöglichkeiten ist.

2.4.1 Öffentliche Stigmatisierung

Dabei handelt es sich um Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Es existieren drei fehlerhafte Einschätzungen über Personen mit psychischen Erkrankungen: Sie sind gefährlich und man sollte zu ihnen auf Distanz gehen; sie sind rebellisch und man soll sie nicht selbst entscheiden lassen; sie sind in ihrer Wahrnehmung der Welt Kindern sehr ähnlich, um die sich andere kümmern müssen. Personen mit psychischen Erkrankungen werden von der Gesellschaft oft als verantwortlich für ihre Erkrankung angesehen (anders ist dies bei Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung). Die Beziehung zwischen der wahrgenommenen Gefährlichkeit von Personen mit psychischen Erkrankungen und erhöhter sozialer Distanz für verschiedene Länder (u. a. Deutschland, die USA und Russland) beschreiben auch Rüsç, Angermeyer und Corrigan (2005, S. 223). Auch Wiegard beschreibt die öffentliche Diskriminierung von autistischen Menschen in der Arbeitssuche oder beim Besuch einer Ärztin oder eines Arztes (2021). Eine andere Form der öffentlichen Stigmatisierung ist die stigmatisierende Berichterstattung in den Medien. Nur selten wird über die Heilung und Rehabilitationserfolge von Personen mit psychischen Erkrankungen berichtet. Hinzu kommt, dass sich viele Beiträge in den Medien auf Gewalt konzentrieren. Auch wenn nicht geleugnet werden darf, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere wenn ein Substanzmissbrauch vorliegt, mehr Gewalt ausüben, übertreiben Medien oft (Rüsç et al., 2005, S. 224).

2.4.2 Selbststigmatisierung

Wendet eine stigmatisierte Person das vorhandene Stigma gegen sich selbst, spricht man von Selbststigmatisierung. Auch Selbststigmata basieren auf Stereotypen und Vorurteilen. Richtet eine Person mit einer psychischen Erkrankung das Stereotyp „Psychisch Kranke sind schwach und brauchen Hilfe.“ gegen sich

selbst, können ein niedriges Selbstwertgefühl und eine verringerte Selbstwirksamkeit die Folge sein (emotionale Reaktion). Des Weiteren können aus dem Selbstvorurteil auch Verhaltensreaktionen folgen, beispielsweise dass die betroffene Person, auch nach überstandener Erkrankung, nicht nach Arbeit sucht.

Selbststigmatisierung entsteht, wenn Personen einer stigmatisierten Gruppe die Stereotype über sich selbst kennen, diese teilen und auf sich selbst anwenden (Rüsch et al. 2004, S. 5).

2.4.3 Strukturelle Diskriminierung

Damit sind Tätigkeiten öffentlicher Einrichtungen gemeint, die die Rechte von Minderheiten einschränken. Ein Beispiel hierfür wäre, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Menschen mit somatischen Erkrankungen in der Sozialgesetzgebung (Ressourcenverteilung von Krankenkassen,...) benachteiligt sind (Rüsch et al. 2004, S. 5).

2.5 Ursachen und Funktionen von Stigmatisierung

Stigmata sind in allen gesellschaftlichen Gruppen anzutreffen, die Zahl und Stärke der Stigmata hängt jedoch auch von der Gesellschaftsstruktur ab. So lassen sich Stigmatisierungen vor allem in Industriegesellschaften finden, da diese von individueller Leistung und Konkurrenzdenken geprägt sind und starke Spannungen zwischen gesellschaftlichen Gruppen bestehen (Hohmeier, 1975, S. 4f). Die Ursachen für die Entstehung und Funktionen von Stigmata sind bisher noch wenig bekannt. Jürgen Hohmeier nennt als eine der Gründe die dem Menschen innewohnenden Angst vor Andersartigen und das Bedürfnis, sich von anderen zu unterscheiden (1975, S. 5). Aus evolutionspsychologischer Sicht dient ein Stigma dazu, Menschen zu exkludieren, die das Überleben der Gruppe gefährden. Unvorhersagbarkeit des Verhaltens oder Normverstöße können des Weiteren eine Person ebenso an der sozialen Teilhabe hindern (Tröster, 2008,

zitiert nach Russ, 2019, S. 33). Hohmeier zufolge liegt ein Grund für die Durchsetzung von Stigmata in der bereits erwähnten Generalisierung, da diese sehr einprägsame Klischees über eine Person liefern. Weiters spielen auch Normbrüche in der Durchsetzung eines Stigmas eine Rolle. Dies bedeutet aber nicht, dass jeder Normbruch zwangsläufig eine Stigmatisierung auslöst. Vielmehr spielen dabei die Bedeutsamkeit und Verbreitung der gebrochenen Regel, das Eingreifen von sanktionierenden Instanzen oder das Verhalten gesellschaftlicher Gruppen, deren Interessen betroffen sind, eine Rolle. Hohmeier sieht in der Macht, über die Stigmatisierende und Stigmatisierte verfügen, eine große Bedeutung. Demnach sind Stigmata gegenüber Gruppen, die weniger Macht haben, leichter durchzusetzen als umgekehrt. Auch sind Personen mit einem hohen gesellschaftlichen Satus weniger gefährdet, stigmatisiert zu werden als Personen aus der Unterschicht (Hohmeier, 1975, S. 4).

Stigmata haben sowohl für den Einzelnen als auch für gesellschaftliche Gruppen (Mikro- und Makroebene) eine orientierungsgebende Funktion. In der sozialen Interaktion geben Stigmata insofern Halt, da Annahmen und Erwartungen über das Verhalten des anderen gemacht werden können. Anzumerken sei aber auch, dass dies zu Verzerrung und Selektion führen kann und manche neue Erfahrungen nicht ermöglicht werden. Auf der Makroebene können Stigmata zur Systemstabilisierung beitragen, da die eigene Frustration und dadurch entstehende Aggressionen auf Sündenböcke abgewälzt werden. Des Weiteren sind Stigmata wichtig für den sozialen Verkehr zwischen den Gruppen, etwa für den Zugang zu raren Gütern (Bildungschancen, Status, etc.) (Hohmeier, 1975, S. 5f).

2.6 Der Prozess von Stigmatisierung

Das gemeinsame Auftreten der Faktoren Etikettierung, Stereotypisierung, Separation, Statusverlust und Diskriminierung führt zur Entstehung von Stigmata. Des Weiteren können politische, soziale und ökonomische Machtverhältnisse

diesen Prozess begünstigen (Russ, 2019, S. 35). Die Entwicklung von der Erkennung von Unterschieden bis zu diskriminierenden Tätigkeiten kann nach Bruce Link und Jo Phelan in fünf Schritten beschrieben werden, die dem vorhergehenden Schritt folgen.

1. Wahrnehmung und Benennung einer Normabweichung
2. Aktivierung negativer Stereotype
3. Abgrenzung gegenüber der stigmatisierten Person
4. Diskriminierung
5. Negative Konsequenzen für den Stigmatisierten bzw. die Stigmatisierte

Die Schrittfolge beschreibt nicht nur den Prozess der stigmatisierten, sondern auch der stigmatisierenden Personen. Im ersten Schritt werden Unterschiede zwischen sich selbst und einer anderen Person oder Gruppe festgestellt. Dabei werden manche Unterschiede als irrelevant (z. B. Augenfarbe, Lieblingstier) und andere als sozial relevant wahrgenommen (z. B. Hautfarbe, sexuelle Orientierung). Im zweiten Schritt werden diese Wahrnehmungen mit negativen Attributen und Stereotypen in Verbindung gebracht. In der nächsten Phase erfolgt eine Separierung in eine Eigen- und Fremdgruppe, welche die Zuschreibung von negativen Stereotypen erleichtert. Dies führt zu einer Diskriminierung der anderen Personen bzw. Personengruppen und auch zu diskriminierendem Verhalten gegenüber diesen (Russ, 2019, S. 35f).

2.7 Folgen von Stigmatisierung

Stigmatisierte Personen erfahren häufig Ausschluss von verschiedenen Bereichen des öffentlichen Lebens, etwa im beruflichen Kontext. Dieser Ausschluss kann meist nicht gerechtfertigt werden, da das vorhandene Merkmal, objektiv betrachtet, nicht mit der Exklusion zusammenhängt. Der Exklusion liegt meist die bereits beschriebene Generalisierung zugrunde. Der Person werden viele Rollen, die sie bisher eingenommen hat, abgesprochen. Dieser Rollenverlust wiederum führt dazu, dass Betroffene weniger an der Gesellschaft teilhaben

können und in einem nächsten Schritt isoliert werden. Beispiele für Isolation sind: ungünstiges öffentliches Ansehen, Kontaktverlust, Verlust des Berufs, etc.

Sobald eine nicht-stigmatisierte Person über das Stigma ihres Gegenübers Bescheid weiß, lässt sich deren Verhalten meist mit dem Stigma erklären. Hatte jemand beispielsweise zuerst eine forschende Art, wird diese aufgrund des Stigmas nun als aggressiv eingestuft. Des Weiteren werden die Ereignisse in der Biografie der stigmatisierten Person mit den Stigmata in Einklang gebracht. Alles, was die Person erlebt hat, wie sie heute ist und wie sie sich verhält, kann mit den vorhandenen Stigmata erklärt werden. Für die betroffene Person ist es fast unmöglich, sich von dem ihr anhaftenden Stigmata zu trennen, da, unabhängig davon was sie auch macht, ihr Verhalten immer im Sinne des Stigmas interpretiert wird. Dies hat zur Folge, dass sich die betroffene Person nicht als vollwertiger Interaktionspartner fühlen kann und immer darauf Acht geben muss, was sie sagt und tut (Hohmeier, 1975, S. 6f).

2.8 Möglichkeiten der Reduzierung von Stereotypen und Stigmatisierungen

Eine Option zur Reduzierung von Vorurteilen stellt der Kontakt mit Mitgliedern anderer Gruppen, gegenüber welcher Vorurteile existieren, dar. Auf dieser Annahme aufbauend entwickelte Gordon Allport 1954 die *Kontakthypothese*, welche ebendies besagt. Dies ist jedoch nicht immer der Fall. Unter unvoreilhaftem Umständen führt eine Begegnung zwischen verschiedenen Gruppen zur Bestätigung und Verstärkung der Vorurteile. Allport zufolge wird der Abbau von Stereotypen begünstigt, wenn gemeinsame Ziele verfolgt werden, für deren Erreichung eine Kooperation stattfindet, die Gruppen in der Begegnungssituation den gleichen sozialen Status wahrnehmen (das heißt es gibt keine Hierarchien und Rangordnungen in dem jeweiligen System) und Autoritäten durch soziale

Sanktionen (z. B. soziale Ächtung) den Kontakt unterstützen (Torchetti, 2005, S. 1f).

Auch gegenüber Personen im Autismus-Spektrum gibt es viele Vorurteile, die in Kapitel 2.9 beschrieben werden. Eine Möglichkeit, Stereotypen und Stigmatisierungen einer autistischen Störung zu reduzieren, ist Aufklärung. Hierfür ist es jedoch notwendig, Autismus nicht als Krankheit zu verstehen, sondern als neurologische Vielfalt. Hier ist die Rede von der salutogenetischen und der pathologischen Sichtweise auf Autismus. Das Modell der Salutogenese ist ein Gesundheitsmodell. Es wurde 1970 von Aaron Antonovsky entwickelt und basiert auf zwei Grundannahmen:

1. Krankheiten sind eine normale Erscheinung im menschlichen Leben.
2. Gesundheit und Krankheit sind die zwei Pole eines Kontinuums (Antonovsky, 1997, S. 23).

Es stellt somit, im Gegensatz zu pathogenetischen Modellen, die den Fokus auf die Krankheit legen, einen ressourcenorientierten Ansatz in der Gesundheitsforschung dar. Die Annahme, dass Krankheiten keine Abweichungen der Normalität sind, ist der grundlegende Unterschied zwischen salutogenetischen und pathogenetischen Modellen von Krankheit und Gesundheit (Franke, 2012, S. 171).

Selbst wenn die Krankheit einer Person sehr fortgeschritten ist und sie sich daher schon nahe dem negativen Pol des Kontinuums befindet, ist sie in einem gewissen Ausmaß noch gesund. Der Tod wird Teil des Lebens gesehen. Gesundheit ist folglich nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen. Dies ist ein weiterer wesentlicher Unterschied (Antonovsky, 1997, S. 23). Antonovsky beschreibt weiter, dass jede Person stetig Anforderungen ausgesetzt ist, den Stressoren, die es zu bewältigen gilt. Dafür bedarf es Bewältigungsmechanismen. Die Frage ist nicht, wie die Stressoren vermieden werden können, sondern welche Bewältigungsmechanismen Menschen brauchen, um gesund zu

bleiben (Prosetzky, 2009, & Schneider, 2010, zitiert nach Wiegard, 2021). Aufgrund dieser Erkenntnis entwickelt Antonovsky das Konzept des Kohärenzgefühls. Dieses setzt sich zusammen aus:

1. Verstehbarkeit: die Fähigkeit, Stressoren/Reize als geordnet, konsistent, strukturiert und klar wahrzunehmen und zukünftige Situationen einzuordnen.
2. Handhabbarkeit: beschreibt, in welchem Ausmaß eine Person in der Lage ist, Anforderungen zu meistern und sich als gestaltende Person ihres Lebens zu sehen.
3. Bedeutsamkeit: repräsentiert den Glauben an den Sinn des Lebens. Sie kennzeichnet den motivationalen Aspekt des Kohärenzgefühls und stellt nach Antonovsky den wichtigsten dar. Sieht eine Person nur wenig oder gar keinen Sinn in dem, was sie tut, ist die Wahrscheinlichkeit für ein hohes Kohärenzgefühl gering (Antonovsky, 1997, S. 33ff).

Das biomedizinische Modell, welches in einem vorherigen Kapitel beschrieben wurde, ist der pathologischen Sichtweise zuzuordnen. Diese soll die salutogenetische Sichtweise nicht ersetzen, sondern als Ergänzung betrachtet werden. Die pathologische Sichtweise versteht Krankheit als Abweichung der Normalität, welche behandelt werden muss. Die wichtigsten Kernpunkte von pathologischen Krankheitsmodellen wurden bereits im Kapitel 1.2.1 näher erläutert.

Es ist nachzufragen, wie Autismus im salutogenetischen Sinn betrachtet werden soll, da sich die Untersuchungen von Antonovsky auf neurotypische Personen beziehen. Menschen im Autismus-Spektrum haben jedoch eine andere Wahrnehmungsverarbeitung, welche das Kohärenzgefühl erschweren könnte. Die Gefahr, dass der Autismus und herausforderndes Verhalten autistischer Personen bagatellisiert werden und Betroffenen der Zugang zu Hilfsangeboten verwehrt wird, ist in diesem Modell nicht auszuschließen (Ahrbeck, 2017; Theunissen & Schubert, 2010, zitiert nach Wiegard, 2021, S. 13). Andererseits ist Autismus im salutogenetischen Modell keine zu behandelnde Krankheit, sondern

es betrachtet Menschen im Autismus-Spektrum sehr wohl als gesund und Autismus als gesunde Vielfalt menschlicher Denkweisen. Eine Brücke zum Ansatz der Neurodiversität lässt sich hier erkennen (vgl. Kapitel 1.1). Des Weiteren trägt dieses Modell dazu bei, dass Autismus nicht als individuelle Angelegenheit, sondern als gesellschaftliches und politisches Konstrukt betrachtet wird. Die Erfahrungen autistischer Personen (Einschränkungen oder persönliche Entfaltung) sind von der Gestaltung der Umwelt abhängig (Theunissen & Schubert, 2010, zitiert nach Wiegard, 2021, S. 13). Fähigkeiten mancher Menschen im Autismus-Spektrum, beispielsweise Wahrnehmungsstärken, analytische Fähigkeiten, ein hohes Erinnerungsvermögen, Genauigkeit und Zuverlässigkeit durch routinierte Handlungen, sind Stärken und in bestimmten Berufen vorteilhaft (Austin & Pisano, 2017, zitiert nach Wiegard, 2021, S. 14).

Hervorzuheben sei an dieser Stelle auch, dass Symptome von Personen mit Autismus als Strategien, Ressourcen und eben als Bewältigungsmechanismen, wie sie Antonovsky beschrieben hat, betrachtet werden können, um mit den Anforderungen der Umwelt zurecht zu kommen. Als Beispiele seien hier der meidende Blickkontakt genannt, welcher Betroffenen dabei hilft, die Reizüberflutung zu minimieren, und stereotype Bewegungen (z. B. im Kreis drehen), um sich auf einen Reiz zu konzentrieren und andere auszublenden (Vero, 2016, zitiert nach Wiegard, 2021, S. 14f).

2.9 Vorurteile und Stereotype gegenüber Personen im Autismus-Spektrum

Eva-Maria Russ (2019) hat im Zuge ihrer Forschungsarbeit zum Stigmatisierungserleben der Eltern von Kindern im Autismus-Spektrum herausgefunden, welche Vorurteile und Stereotype gegenüber diesen vorherrschen. Im Rahmen eines Interviews, in welchem sie Eltern autistischer Kinder und Jugendlicher befragte, konnte sie folgende Vorurteile festmachen:

- Autismus wird mit Hochbegabung gleichgesetzt. Personen im Autismus-Spektrum haben (Insel-) Begabungen und außergewöhnliche Talente.
- Personen im Autismus-Spektrum sind gefühllos und einzelgängerisch (S. 86f).

Auch Wiegard (ARD & ZDF, 2020, zitiert nach Wiegard, 2021, S. 10) nennt als häufige Vorurteile gegenüber autistischen Personen das des Supergenies, der Gefühlslosigkeit und der fehlenden Empathie. Zudem werden von Autismus Betroffene auch oft mit exzentrischen, unkontrollierbaren und unselbstständigen Personen gleichgesetzt. Anzumerken ist auch, dass in Medien, wie Serien, Zeitschriften und Filmen, welche in der breiten Bevölkerung diese Vorurteile entstehen lassen, autistische Personen fast immer männlich sind. Statistisch gesehen ist es zwar richtig, dass es weniger weibliche Personen im Autismus-Spektrum gibt, jedoch spiegelt diese einseitige Darstellung die Realität nicht wider (Preißmann, 2013, zitiert nach Wiegard, 2021, S. 10).

Empirischer Teil

3 Zielsetzung und Fragestellungen

Aufbauend auf den theoretischen Hintergrund beinhaltet der zweite Teil der Arbeit die empirische Erhebung. Nachdem sich der erste Teil intensiv mit den theoretischen Hintergründen zu Autismus und Stigmatisierung und vorhandenen Erkenntnissen aus der Wissenschaft befasst hat, folgt in diesem Teil eine empirische Untersuchung zu folgenden Fragestellungen:

1. Welche Bedeutung hat eine Diagnose im Autismus-Spektrum für die Lehrperson?
2. Inwiefern ist eine Diagnose im Autismus-Spektrum in der pädagogischen Arbeit hilfreich bzw. hinderlich?
3. Welches Bild haben Lehrpersonen von Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum?
4. Wie fühlen sich Lehrpersonen, wenn sie erfahren, dass in ihrer Klasse eine Schülerin oder ein Schüler im Autismus-Spektrum ist?

Diese Fragestellungen wurden in Interviews mit Lehrpersonen, die bereits Erfahrung in der pädagogischen Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen haben, thematisiert.

4 Methodisches Vorgehen

Für die Beantwortung der genannten Fragestellungen bot sich eine qualitative Forschung besser an als eine quantitative. Anhand von Leitfragen wurden Gespräche mit Lehrpersonen geführt. Der Vorteil von Leitfragen ist, dass das Interview einem roten Faden folgt, die an dem Gespräch beteiligten Personen nicht vom Thema abschweifen und die interviewende Person das Gespräch lenken und auf das Kernthema zurückführen kann. Die Interviews wurden in einem

nächsten Schritt mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) ausgewertet.

4.1 Stichprobe

Befragt wurden zehn Lehrerinnen, die bereits Erfahrung in der Arbeit mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum haben. Alle Lehrerinnen sind noch im Schuldienst und unterrichten in Linz-Stadt, Linz-Land, Linz-Urfahr und Grieskirchen. Insgesamt wurden Teilnehmerinnen von sieben verschiedenen Schulen befragt. Die Lehrpersonen waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 24 und 62 Jahre alt. Das Finden geeigneter Gesprächspartnerinnen und -partner gestaltete sich relativ einfach, da diese von der Interviewerin entweder direkt angefragt oder über Kolleginnen vermittelt wurden.

Folgende Tabelle zeigt die biografischen Daten der Teilnehmerinnen. Zur Einhaltung der Anonymität wurden die richtigen Namen durch Pseudonamen ersetzt. Diese sind zufällig gewählt und stehen in keiner Verbindung mit den Teilnehmerinnen. EFB-Bereich ist die Kurzform für den Bereich der Kinder und Jugendlichen mit erhöhtem Förderbedarf.

Tabelle 1

Biografische Daten der Teilnehmerinnen

Lehrperson	Geschlecht	Alter	Bereich	Spezielle Ausbildung	im Schuldienst
Anna	w	25	EFB-Bereich	Nein	seit 2019
Monika	w	42	EFB-Bereich	Autismus-Lehrgang angefangen, aber abgebrochen; PECS-Ausbildung	seit 2003
Tamara	w	24	EFB-Bereich	Nein	seit 2020
Anita	w	62	EFB-Bereich	Nein	seit 1984

Klara	w	27	EFB-Bereich	Nein	seit 2020
Sophie	w	37	Sonderschul- Bereich	Nein	seit 2008
Marion	w	57	EFB-Bereich	Nein	seit 1989
Ida	w	55	EFB-Bereich	Nein	seit 1999
Johanna	w	28	EFB-Bereich	Nein	seit 2021
Charlotte	w	24	EFB-Bereich	Nein	seit 2021

4.2 Datenerhebungsmethode

Die Daten wurden mittels eines problemzentrierten Interviews bzw. Tiefeninterviews erhoben, welche Untergruppen des Leitfadeninterviews sind und somit der qualitativen Datenerhebungsmethode angehören. Der Leitfaden stellt das Herzstück der qualitativen Forschung dar. Er fungiert als roter Faden während des Interviews, strukturiert das Gespräch und bildet den thematischen Rahmen. Er beinhaltet Fragen, welche aus dem theoretischen Vorwissen der interviewenden Person im Vorhinein formuliert werden und dazu dienen, subjektive Erlebnisse, Handlungen und Gedanken ihrer Gesprächspartnerinnen und -partner zu erheben. Neben der Strukturierung des Kommunikationsprozesses hat der Leitfaden die Aufgabe, die Daten durch den theoretischen Rahmen besser vergleichbar zu machen und alle Themen aufzulisten, die im Gespräch behandelt werden sollen.

Zentrale Prinzipien des Leitfadens sind:

- Offenheit - kein hypothesengebundenes Vorgehen
- Prozesshaftigkeit: Bedeutungen sind nicht statisch aufzufassen, sondern prozesshaft zu sehen.
- Kommunikation:
 - Das Sprachniveau ist an die Gesprächspartnerinnen und -partner anpassen.

- Die Fragen sind verständlich zu formulieren.
- Die Nähe zu alltäglichen Sprachregeln soll gegeben sein (Misoch, 2019, S. 65ff).

Interviewleitfaden

Biografische Daten:

- Alter und Geschlecht der Lehrperson
- Seit wann arbeiten Sie im sonderpädagogischen Feld?
- Haben Sie bereits Erfahrungen mit Schülern im Autismus-Spektrum? Welche?
- Haben Sie eine spezielle Ausbildung im Bereich Autismus?

Umgang mit der Diagnose:

- Welche Bedeutung hat die Diagnose der Schülerin bzw. des Schülers für Sie?
- Beim Durchsehen der Diagnose (ärztliche Gutachten, medizinische Befunde,...), was interessiert Sie mehr und was weniger? Welche Aspekte der Diagnose sind für Sie und Ihre Arbeit wichtiger, welche weniger?
- Zu welchem Zeitpunkt schauen Sie sich die Unterlagen zur Diagnose der Schülerin bzw. des Schülers an?
- Angenommen in Ihrer Klasse sitzen Kinder und Jugendliche mit verschiedenen Beeinträchtigungen. Nehmen Sie sich für das Durchsehen der Unterlagen ähnlich viel Zeit oder ist das von Beeinträchtigung zu Beeinträchtigung unterschiedlich?
 - Können Sie mir ein Beispiel nennen?
- Machen Sie Übergabegespräche? Wenn ja, was sind die Inhalte dieser Gespräche? Was ist Ihnen wichtig zu erfahren bzw. weiterzugeben?

Autismus:

- Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie erfahren haben, dass in Ihrer Klasse ein Kind oder Jugendlicher bzw. mehrere Kinder und Jugendliche im Autismus-Spektrum ist bzw. sind?
- Inwiefern benötigen Sie die Diagnose Autismus für Ihre Arbeit in der Schule?
- Ist die Diagnose Autismus Ihrer Meinung nach hilfreich in der Arbeit mit Schülerinnen und Schülern oder eher hinderlich? Inwiefern?
- Wenn Sie erfahren, dass ein Kind mit einer Autismus-Spektrum-Störung zu Ihnen in die Klasse kommt, haben Sie ein bestimmtes Bild von dem Kind und wenn ja, welches?
- Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie sich mit Autismus auskennen?
- Haben Sie schon mal von den TEACCH, PECS oder anderen Konzepten gehört, die in der pädagogischen Arbeit mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum angewendet werden, gehört bzw. gearbeitet? Wenn ja, wie und wie oft setzen Sie diese Förderkonzepte ein? Inwiefern empfinden Sie diese als förderlich? Haben Sie auch manchmal das Gefühl, dass die Konzepte hinderlich bzw. einschränkend wirken können?
- Kinder im Autismus-Spektrum haben oft sehr spezielle Verhaltensweisen. Wie gehen Sie mit diesen um?

Die Gespräche fanden im September und Oktober 2022 statt. Geführt wurden die Interviews entweder in der Schule oder bei den Teilnehmerinnen zuhause in einer ungestörten Umgebung. Für die Interviews wurde eine Dauer von ungefähr 30 Minuten anberaumt, welche auch eingehalten wurde. Das kürzeste Interview dauerte 24 Minuten, das längste 44 Minuten.

Zu Beginn des Gesprächs wurde Smalltalk geführt, die Interviewpartnerin wurde über das Thema der Masterarbeit und des Interviews und über die Not-

wendigkeit der Aufnahme des Gesagten aufgeklärt, mit welcher alle Teilnehmerinnen einverstanden waren. Anschließend wurde das Interview mithilfe des Leitfadens durchgeführt.

4.3 Analysemethode

Nach der Durchführung der Interviews wurden diese transkribiert. Dazu wurde das Programm f4transkript verwendet. Um eine gute Lesbarkeit der Transkripte zu gewährleisten, wurde das Gesagte, das teilweise im Dialekt formuliert wurde, in Schriftsprache verfasst. Stottern und abgebrochene Wörter wurden nicht berücksichtigt, sofern diese keinen Einfluss auf den Inhalt des Gesprochenen hatten. Des Weiteren wurden im Transkript Eigen- und Ortsnamen anonymisiert. Im Anschluss wurden die Transkripte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) analysiert und ausgewertet. Dazu wurde das Programm f4analyse verwendet.

Philipp Mayring (2022, S. 5) unterscheidet zwischen drei verschiedenen Analysetechniken:

- Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung
- Explikation (Kontextanalyse)
- Strukturierung und deduktive Kategorienbildung

Welche dieser Techniken verwendet wird, ist von der Art des Textes abhängig. In dieser Arbeit wurde nach der dritten Technik vorgegangen. Diese ist laut Mayring die zentralste Analysetechnik. Die erhobenen Daten, in diesem Fall der Text, werden systematisch zerlegt und analysiert. Dies geschieht anhand eines Kategoriensystems, welches im Vorhinein festgelegt wird. Dieses wird, ähnlich einem Suchradar, über den zu analysierenden Text gelegt. Die einzelnen Bestandteile des Materials werden in einem nächsten Schritt den entsprechenden Kategorien zugeordnet (Mayring, 2022, S. 96).

4.4 Beschreibung des Kategoriensystems

Die Analysetechnik der Strukturierung beinhaltet eine deduktive Form der Kategorienbildung, das heißt, die Kategorien wurden bereits vor dem Analyseprozess anhand der Theorie und der Fragestellungen des Interviewleitfadens festgelegt. (Mayring, 2022, S. 96) Im Folgenden werden die Kategorien kurz beschrieben. Kategorie 7 und Kategorie 8 wurden induktiv entwickelt, da zu den Themen „Strukturierung“ und „Übergabegespräche“ von einem Großteil der Teilnehmerinnen etwas gesagt wurde, und es deshalb angemessen und notwendig erschien, diese beiden Bereiche in das Kategoriensystem aufzunehmen.

Kategorie 1: Erfahrungen mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum

Der Teilnehmerinnen wurden zu ihren Erfahrungen mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum befragt und um Beispiele ersucht.

Kategorie 2: Umgang mit Diagnosen

Wie gehen die Teilnehmerinnen mit Diagnosen im Allgemeinen um? Die Bedeutung der Diagnose, wann sie sich die Diagnose durchlesen, welche Aspekte der Diagnose interessant und welche weniger interessant sind etc. fallen in diese Kategorie.

Kategorie 3: Diagnose Autismus

In dieser Kategorie geht es darum, wie die interviewten Lehrpersonen mit der Diagnose Autismus umgehen. Sie wurden befragt, inwiefern sie die Diagnose für ihre Arbeit benötigen.

Kategorie 4: Bestimmtes Bild von Autismus

In der breiten Bevölkerung herrscht ein bestimmtes Bild autistischer Menschen, welches über Filme oder Zeitschriften vermittelt wird, vor. Mit dieser Frage soll herausgefunden werden, ob auch jene Lehrkräfte, welche täglich mit Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum arbeiten, diese Vorurteile teilen.

Kategorie 5: Förderkonzepte

Diese Kategorie behandelt die Förderkonzepte, die in der Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen angewendet werden, und wie die Teilnehmerinnen dazu stehen.

Kategorie 6: Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum

Kindern und Jugendliche mit der Diagnose Autismus haben oft sehr spezielle Verhaltensweisen. Wie gehen die interviewten Lehrerinnen damit um?

Kategorie 7: Theorie von Autismus

Autismus ist ein bereits viel beforschtes Störungsbild und es gibt schon unzählige Studien, Fachbücher und schriftliche Arbeiten zu diesem Thema. Die Teilnehmerinnen werden dazu befragt, wie wichtig es ihnen ist, dass sie sich mit dem Thema auskennen. Sie sind zwar keine Expertinnen auf diesem Gebiet, haben jedoch tagtäglich in ihrer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum zu tun.

Kategorie 8: Übergabegespräche

Übergabegespräche mit ehemaligen oder nachfolgenden Lehrpersonen werden gemacht, wenn ein Wechsel von Schülerinnen und Schüler von einer alten in eine neue Klasse stattfindet. Übergabegespräche sind gesetzlich nicht vorgeschrieben und somit gibt es auch keine Richtlinien darüber, was die Inhalte dieser Gespräche sein müssen. In dieser Kategorie geht es darum, ob die interviewten Lehrpersonen Übergabegespräche machen, was sie erfahren bzw. weitergeben möchten und wie sie dazu stehen.

Kategorie 9: Strukturierung

Strukturierung wird in der Literatur oft mit Autismus in Zusammenhang gebracht. Es ist oft davon die Rede, den Tag durch einen strukturierten Ablauf für

die Schülerinnen und Schüler im Autismus-Spektrum vorhersehbar zu machen oder den Arbeitsplatz zu strukturieren.

5 Resultate und Diskussion

In diesem Kapitel werden die Resultate der Interviews zusammengefasst und in den Kategorien dargestellt, welche im vorherigen Kapitel beschrieben wurden. Am Ende jeder Kategorie wird versucht, die Ergebnisse in den theoretischen Hintergrund einzubetten bzw. mit diesem zu verknüpfen.

Erfahrungen mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum

Jede der interviewten Lehrerinnen hatte in ihrem Berufsleben schon mindestens einmal eine Schülerin oder einen Schüler mit Autismus in ihrer Klasse unterrichtet. Die Erfahrungen, die sie dabei gemacht haben, fielen sehr unterschiedlich aus. Unterschiede zeigten sich beispielsweise

- in der Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die die Interviewpartnerinnen unterrichtet haben.

„Und von autistischen Kindern kann ich sagen, ich habe sehr, sehr viele betreut.“ (Monika, Abs. 3)

„Zumindest mit einem sehr lange.“ (Marion, Abs. 15)

- darin, wie sich der Autismus zeigt.

„Ich habe jedes Jahr eigentlich 1-2 Kinder gehabt, die Autismus gehabt haben, die unterschiedliche Schweregrade gehabt haben.“ (Ida, Abs. 12);

„Also ich habe Kinder gehabt, die lesen und schreiben haben können, die mathematisch bis 1000 rechnen haben können. Ich habe aber auch Kinder gehabt,

die dem frühkindlichen Autismus zuzuordnen sind im Spektrum, die halt sich nicht einmal selber anziehen haben können.“ (Monika, Abs. 15);

„Also mein erstes Kind im Autismus-Spektrum war ein Vorschüler, da war die Eingewöhnung relativ schwierig, weil ganz viel Schreien dabei war.“ (Sophie, Abs. 13);

„Und mein schwierigstes autistisches Kind war ein Bub, der nicht über die Türschwelle treten hat wollen. Der hat sich vorne hingesetzt und hat sich einfach nicht reingetraut. (Ida, Abs. 12)

„Was ihn interessiert hat, wirklich monatelang, waren die Schleichtiere, Bauernhoftiere und alle Schleichtiere. Und die hat er, da gibt es Fotos, Reih und Glied aufgestellt beim Tisch. Und ohne Schleichtiere ist er nirgends hingegangen mit uns.“ (Anita, Abs. 30)

Genauso wie die Inhalte der Antworten unterschiedlich ausfielen, war auch die Länge der Antworten unterschiedlich. Während Klara beispielsweise lediglich erwähnt hat, wie viele Schülerinnen und Schüler sie mit der Diagnose Autismus hat (*„in meiner letzten Klasse, die haben ich zwei Jahre gehabt, war ein Schüler im Autismus-Spektrum. Und in meiner jetzigen Klasse habe ich zwei Schüler mit der Diagnose Autismus“* (Klara, Abs. 11)), gaben andere Teilnehmerinnen ausführlichere Antworten: *„Ich habe ihn neun Jahre gehabt, alle neun Schuljahre. Wie ich dann nicht mehr da war, ist er nicht mehr in die Schule gegangen. Es ist besser worden, wobei er hat ja dann schon eine Menge gehabt. Und er hat dann auch eine Auswahl gehabt, was zu tun. Und er wollte dann auch schon arbeiten. Also das war auch was. Er wollte auch schon seine Sachen erledigen und machen. Er war dann wirklich ein ganz ein braver Schüler. Das war auch so ein Kind, das sich weder ausziehen noch anziehen können hat.“* (Monika, Abs. 69)

Hervorzuheben ist auch, dass zwei Personen in den Schilderungen ihrer Erfahrungen erwähnten, dass alle autistischen Kinder, mit denen sie bereits gearbeitet haben, anders und nicht vergleichbar sind. *„Sie sind alle anders. Jeder hat so seine Tics und so seine Macken oder Eigenheiten, aber so, dass ich das gleich*

setze mit anderen, das geht in dem Bereich überhaupt nicht. (Monika, Abs. 15) und „Das ist auch für mich genau das Wichtige, dass man, wenn die Diagnose gestellt wird, nicht alle Kinder in einem Topf immer reinwirft, weil das ein riesengroßer Unterschied ist, gerade in dem Bereich.“ (Ida, Abs. 12)

Umgang mit Diagnosen

Bedeutung

Fünf der zehn Interviewpartnerinnen gaben an, dass sie Diagnose Autismus keine spezielle Bedeutung für sie hat. „*Eigentlich nicht anders wie Down-Syndrom oder Kleinwuchs oder Leistungsschwäche. Eigentlich hat sie keine Bedeutung.*“ (Anita, Abs. 18) Sophie gab an, dass es schwer zu sagen ist, welche Bedeutung die Diagnose Autismus für sie hat. „*Das ist schwer zu sagen, weil es eine riesige Bandbreite gibt und weil die Diagnose an sich ist gar nicht so aussagekräftig für mich.*“ (Sophie, Abs. 17) Für Johanna wiederum hat die Diagnose „*die Bedeutung, dass ich weiß, da braucht wer mehr Betreuung als andere Kinder, vielleicht eine Eins-zu-ein-Betreuung. Wie viel Struktur muss ich ihm vorgeben?*“ (Johanna, Abs. 13) und Marion sieht in der Diagnose die Aufforderung, „*auf seine Ebene zu gehen, versuchen, seine Sichtweisen zu erkennen, zu verstehen und eigentlich versuchen, mich in seine Gefühlswelt oder sein Erleben hineinzuversetzen. Zu versuchen, ihm einen Weg zu geben, damit er Erfolgserlebnisse hat, indem er was lernt und indem er auch sozial agieren kann.*“ (Marion, Abs. 25)

Für die Mehrheit der Befragten hat die Diagnose weniger Bedeutung als das Kind selbst. Die Schülerin bzw. der Schüler steht im Vordergrund und die Diagnose ist zweitrangig. „*Kennst du einen Autisten, kennst du einen Autisten. Und das ist ja auch wirklich so. Du musst dir den Schüler oder die Schülerin zuerst einmal wirklich anschauen, was der kann, was der braucht, damit du genau auf den eingehen kannst.*“ (Klara, Abs. 17) und „*Weil eine Diagnose, das ist was Me-*

dizinisches, es ist eigentlich in einer gewissen Art und Weise schon was Pädagogisches, aber da Kinder so unterschiedlich sind, hat eine Diagnose für mich im Vorfeld im Arbeiten mit einem Schüler gar nichts zu tun.“ (Monika, Abs. 31)

Klara sieht in der Diagnose auch ein Hilfsmittel, *„ein gewisses Verhalten von Kindern vielleicht besser zu verstehen.“ (Klara, Abs. 19)*

Vier der zehn Lehrpersonen erwähnten auch, dass die Diagnose zwar nicht für sie als Lehrpersonen von Bedeutung sei, aber für die Eltern und das Umfeld des Kindes. Erstens sei es eine Erleichterung zu wissen, dass es eine Bezeichnung für die Andersartigkeit des Kindes gibt, zweitens ist es auch eine Erlösung für die Eltern, die Gewissheit zu haben, dass nicht der eigene Erziehungsstil schuld daran ist. Auch sei die Diagnose für die Menschen im Umfeld hilfreich, um *„den eigenen Alltag und den Alltag des Kindes anders sehen zu können.“ (Monika, Abs. 73)*

Die Tatsache, dass eine Diagnose Erleichterung und Gewissheit bringen kann, wurde auch in der Literatur beschrieben (s. Kap. 1.4.1).

Zeitpunkt

Hinsichtlich des Zeitpunktes, an dem sie die Unterlagen der Diagnose durchlesen, gaben neun Interviewpartnerinnen an, dass sie dies nicht gleich zu Beginn, wenn sie das Kind erst kennenlernen, und schon gar nicht im Vorfeld machen. Alle Lehrerinnen wollen eine gewisse Zeit verstreichen lassen, in welcher sie zu dem Kind eine Beziehung aufbauen und sich selbst ein Bild von dem Kind machen können. Die Dauer dieser Kennenlernzeit variiert jedoch und reicht von ein paar Tagen oder einer Woche bis zu einem halben Jahr. Klara bildet die Ausnahme und bringt zur Sprache, dass sie die Diagnose bereits liest, bevor sie das Kind kennenlernt, damit sie *„das Verhalten von Schülern vielleicht anders“ (Klara, Abs. 21)* deuten kann.

Sophie merkte auch an, dass sie die Diagnose zwar grundsätzlich erst liest, wenn sie die Schülerin oder den Schüler eine gewisse Zeit lang kennt, wenn sie

jedoch weiß, „*dass es da ganz viele Schwierigkeiten gibt, dann schaue ich es mir immer vorher an und rede auch mit den betroffenen Leuten und lese auch die ganzen Berichte durch.*“ (Sophie, Abs. 21)

Fünf Lehrpersonen betonten nachdrücklich, dass es ihnen wichtig sei, den medizinischen Notfallplan des Kindes vor oder spätestens ab dem ersten Schultag zu kennen. Dieser umfasst Allergien, Nahrungsunverträglichkeiten, Notfallmedikamente, Maßnahmen bei epileptischen Anfällen und körperliche Einschränkungen (beispielsweise, das Kind darf keine schweren Gegenstände heben oder die Beine des Kindes dürfen nicht in Streckung gebracht werden). Diese Informationen werden teilweise schon in Vorbesprechungen mit den Eltern oder gleich zu Beginn des Schuljahres erhoben. Als Beispiel ist hier Monikas Aussage angeführt: „*Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Notfallmedikamente, solche Sachen sind natürlich wichtig, das ist das erste, das ich mache.*“ (Monika, Abs. 33)

Aspekte der Diagnose

Die Lehrpersonen wurden auch dahingehend befragt, welche Aspekte der diagnostischen Unterlagen interessant und welche weniger interessant für sie sind. Die Inhalte der Unterlagen sind nicht immer gleich. Sie enthalten aber meistens die medizinischen Befunde, Entwicklungskontrollberichte, die Biografie und Entwicklung des Kindes in verschiedenen Bereichen und manchmal auch pädagogische Berichte ehemaliger Lehrpersonen oder einer vorangegangenen Bildungsinstitution (z. B. Kindergarten).

Die Antworten auf die Frage, welche Aspekte interessant für die Teilnehmerinnen sind, fielen sehr unterschiedlich aus. Das, was am häufigsten erwähnt wurde, bezog sich auf die Entwicklung des Kindes, bevor es zu ihnen in die Klasse kommt: „*kognitiven Entwicklungsgeschichten*“ (Monika, Abs. 35); „*wenn sie in Therapie sind, so auch die Entwicklungsschritte.*“ (Anita, Abs. 44); „*persönlich was mich interessiert, auf welchem Entwicklungsstand sie sind.*“ (Klara,

Abs. 35); „*Ich schaue mir schon immer die ärztlichen Entwicklungs- und Diagnostiksachen an, das finde ich schon interessant.*“ (Sophie, Abs. 27); „*Einfach der Verlauf, bis ich ihn als Schüler gekriegt habe.*“ (Marion, Abs. 31); „*Oder auch vom Medizinischen her, auf welchem Entwicklungsstand er ist.*“ (Johanna, Abs. 23)

Zwei Lehrerinnen nannten die Vorgeschichte des Kindes, welche auch die Lebensumstände umfasst, als sehr interessant, damit sie wissen, wie das Kind aufgewachsen ist, welches Bindungsmuster das Kind, welche (positiven und negativen) Erfahrungen es bereits gemacht hat, um in ihrer Arbeit sensibel mit eventuellen Traumata des Kindes umgehen zu können. Gerade im Falle von Misshandlungen, „*ist es voll wichtig, dass ich weiß, was der als Kind, als Baby oder Kleinkind schon erlebt hat, damit ich ihn nicht trigger, nur weil ich mir das nicht durchgelesen habe.*“ (Klara, Abs. 35)

Zwei andere Lehrerinnen fügten ihren Aufzählungen hinzu, dass es ihnen auch immer wichtig sei, von welchem Krankenhaus oder Institut die Diagnoseberichte und ärztlichen Befunde ausgestellt sind. Dies ist für sie bedeutsam, „*weil es gibt ja immer wieder Unterschiede in der Ausführlichkeit, wie genau die das schreiben.*“ (Charlotte, Abs. 25) und „*manche sind voll wertvoll, weil gleich Fördermaßnahmen drinnen stehen. Bei manchen ist es eher so, dass es nur so eine Ist-Aufnahme ist.*“ (Sophie, Abs. 27)

Als weitere interessante Aspekte wurden die Beschreibung der sozialen Interaktion, etwaige Frühförderungen, der Geburtsverlauf, die Beschreibung der frühen Kindheit und das Spielverhalten des Kindes genannt.

Auf die Frage, welche Aspekte weniger interessant erscheinen, antworteten die meisten Lehrpersonen, dass sie eigentlich alles interessant finden. Nur eine merkte an, dass sie schriftliche Arbeiten der Schülerin bzw. des Schülers, welche den Diagnoseunterlagen beigelegt werden, als überflüssig sehe, da es hier auf die Tagesverfassung oder Sonstiges ankäme.

Diagnose von verschiedenen Beeinträchtigungen

Im Interview wurde den Lehrpersonen die Frage gestellt, ob sie sich für das Durcharbeiten verschiedener Diagnose ähnlich viel Zeit nehmen oder ob sie einer bestimmten Diagnose den Vorzug geben. Alle Interviewpartnerinnen verneinten dies, sie nehmen sich ähnlich viel Zeit bzw. geben keiner bestimmten Diagnose den Vorzug. Falls das Durchsehen der Diagnose trotzdem unterschiedlich lange dauert, kann Folgendes zugrunde liegen:

- Der Umfang der Unterlagen ist größer und es dauert deshalb länger, alles durchzusehen.
- Wenn eine Störungsbild noch nicht bekannt ist, dauert es länger, da viele Fachbegriffe nicht verstanden werden und recherchiert werden müssen.

Anzumerken sei an dieser Stelle, dass das grundsätzliche Interesse an Diagnosen aber sehr schwankt. Während Tamara und Ida sich eher wenig Zeit für Diagnosen nehmen (*„Ich habe mir noch nie recht viel Zeit genommen.“* (Tamara, Abs. 39) und *„Nein, interessiert mich nicht mehr. Weil für mich eigentlich das Kind, so wie es ist, mir ist das wurscht, was es hat.“* (Ida, Abs. 36)), setzen sich Marion und Charlotte sehr ausführlich mit Diagnosen auseinander: *„Nein, ich finde jede Diagnose und alle Unterlagen sehr wichtig und ich lese mir das immer ganz genau durch. Das interessiert mich schon sehr.“* (Marion, Abs. 35) und *„Ja, mich interessiert das alles! Ich schaue, dass ich für jedes Kind denselben Aufwand betreibe und einlese. Man kann jetzt nicht sagen: Die schaue ich mir jetzt voll genau an. Weil ich es so spannend finde, was es alles gibt“* (Charlotte, Abs. 31)

Gedanken

Die Gedanken, die die Lehrerinnen haben/hatten, wenn sie erfahren/erfuhren, dass sie ein Kind im Autismus-Spektrum neu in die Klasse bekommen/bekamen,

sind unterschiedlicher Natur. Drei der zehn Lehrpersonen haben keine bestimmten Gedanken, entweder weil sie auf alle Kinder gespannt sind, weil sie damit gerechnet haben, dass sie früher oder später einmal ein autistisches Kind haben werden oder weil sie kein bestimmtes Bild des Kindes und somit auch keine bestimmten Gedanken hegen.

Einige haben sich gefreut, fanden es interessant und spannend. Sophie empfand es als etwas *„Besonderes, wo man sich schnell einlesen muss. Wie der Unterricht aufgebaut gehört, was wichtig ist, dass man einen guten Übergang hat.“* (Sophie, Abs. 35) und fühlte sich aufgefordert, *„dass ich mich informieren muss und was tun muss, was ich mit ihren Verhaltensweisen tun soll.“* (Sophie, Abs. 33)

Eine einzelne Lehrperson legte dar, dass sie sich überfordert, ratlos fühlte und *„Panik!“* (Marion, Abs. 39) empfand. *„Das war eigentlich furchtbar. Ich war ratlos und ich habe mir gedacht ‚Oje, oje, was tu ich jetzt?‘“* (Marion, Abs. 37)

Diagnose Autismus

Für vier Gesprächspartnerinnen hat die Diagnose Autismus insofern Bedeutung, dass sie den Unterricht strukturiert aufbauen möchten. Sie konzentrieren sich darauf, *„einen Tag vorausschaubar für das Kind“* (Anna, Abs. 42) zu machen und *„den Unterricht anders aufzubauen, strukturiert.“* (Johanna, Abs. 41)

Für die Hälfte der Teilnehmerinnen hat die Diagnose Autismus im Unterricht vorerst keine Bedeutung bzw. sie benötigen diese im Unterricht vorerst nicht, da sie das Kind zuerst kennenlernen und ohne Vorwissen versuchen möchten, mit dem Kind zu arbeiten.

Sophie benötigt die Diagnose, *„damit man gut vorbereitet ist.“* (Sophie, Abs. 39) und auch damit sie das, was sie gelernt hat, in der Arbeit mit dem Kind anwenden kann.

Auch für Marion spielt die Diagnose eine wesentliche Rolle in ihrer pädagogischen Arbeit. Sie orientiert sich sehr daran, weil *„das haben Fachleute überprüft“* und *„wenn in der Diagnose wirklich Autismus drinnen steht, dann orientiere ich mich schon sehr daran.“* (Marion, Abs. 51)

Für Charlotte ist die Diagnose insofern bedeutsam, *„wenn es um Hilfe von außen geht“*, beispielsweise *„für das Land, für den Antrag, für die Assistenzstunden“* (Charlotte, Abs. 39). Auch benötigt sie die Diagnose bei Gesprächen mit Eltern oder anderen Institutionen als Begründung für ihr pädagogisches Tun.

Auch in Bezug auf die Frage, ob die Diagnose Autismus in der Arbeit hilfreich oder hinderlich sei, fielen die Antworten verschieden aus. Für drei der Befragten ist die Diagnose sowohl hilfreich als auch hinderlich. Hilfreich, *„weil ich mir vielleicht leichter tu, aus meinem Petto zu schöpfen, wenn ich schon öfter die Erfahrung mit Kindern, die Autismus gehabt haben, gemacht habe“* (Anna, Abs. 46) und *„weil man halt verschiedene Sachen ausprobiert hat schon vorher oder von Haus aus schon mehr Struktur reinlegt und die braucht es nachher auch.“* (Klara, Abs. 49). Als Grund, warum die Diagnose hinderlich sein könnte geben Klara und Anna an, dass die Diagnose die Gefahr birgt, voreingenommen zu sein bzw. Erwartungen an das Kind zu stellen, die es gar nicht erfüllen kann. Auch Charlotte empfindet die Diagnose als Fluch und Segen zugleich, jedoch in Bezug auf die Eltern. Einerseits gäbe es Eltern, die sie in ihrem Tun unterstützen und mit ihr an einem Strang zögen, andererseits *„gibt es zum Beispiel auch Familien, wo die Diagnose so in der Mitte steht, dass die das immer als Ausrede nehmen, dass ihr Kind nichts können muss, weil er ist ja Autist.“* (Charlotte, Abs. 61)

Ein Fünftel der Lehrerinnen gab an, dass sie zwar schon die Gefahr sieht, durch die Diagnose dem Kind voreingenommen zu begegnen, sie sich aber trotzdem von der Diagnose nicht behindert fühlt.

Zwei weitere merkten an, dass die Diagnose im eigenen Tun einschränkend wirken kann, aber *„meistens im gemeinsamen Arbeiten gibt es sich dann eh“* (Sophie, Abs. 31) bzw. würde man das *„bemerken und sowieso vielleicht was ändern.“* (Marion, Abs. 53)

Für eine Lehrperson stellt die Diagnose ein Hindernis dar. Sie findet zwar grundsätzlich gut, dass sie gestellt ist für etwaiges Nachlesen, aber im Arbeiten selbst sieht sie die Gefahr, nur einen bestimmten Weg zu sehen, wie man mit dem Kind arbeiten könnte. *„Wenn man gleich am Anfang weiß, dass Kind ist ein autistisches Kind, dann haben viele Leute so ein Schema und das, und das, und das und der braucht das und das und das.“* (Ida, Abs. 44) Des Weiteren glaubt sie, *„dass da oft mehr ginge, wenn man es nicht so ganz strikt ein autistisches Kind und das braucht das und das und das sieht, weil man so in einem Schema drinnen ist.“* (Ida, Abs. 44).

Die Tatsache, dass Personen mit einer psychischen Erkrankung mit Stigmatisierungen und Vorurteilen konfrontiert werden, wurde in zahlreichen Studien und Untersuchungen belegt (s. Kapitel 2.4). Auch ein erheblicher Teil der interviewten Lehrpersonen sieht die Gefahr darin, gegenüber Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum voreingenommen zu sein und einen einseitigen Umgang in der pädagogischen Arbeit mit ihnen zu haben.

Bestimmtes Bild von Autismus

Die Mehrheit (sieben von zehn) der Befragten hat kein bestimmtes Bild von autistischen Menschen bzw. von für sie neuen Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum.

Eine Person gab an, dass sie anfangs, als sie noch keine Erfahrungen mit autistischen Menschen hatte, das Bild eines *„hochbegabten Autisten“* (Tamara, Abs. 43) gehabt, sich dieses aber in das eines *„total beeinträchtigtes Kind“* (Tamara,

Abs. 43) gewandelt habe. Sie fügte hinzu, dass sich mit der Erfahrung, die man mit autistischen Menschen macht, das Bild ändern kann.

Auch Marion legte dar, dass es *„ganz viele Varianten von Autismus“* (Marion, Abs. 49) gäbe, *„weil jedes Kind hat seine Eigenheiten und man wirklich sich herantasten und schauen muss, wie gehe ich mit dem Kind um.“* Jedoch sei *„bei vielen sehr vieles gleich“* (beispielsweise Verhaltensweisen, dass sie eine unheimliche Tagesstruktur brauchen und sie schon von Kleinigkeiten aus der Bahn geworfen werden können). Diese Meinung teilte auch Sophie. Laut ihr ginge es *„90% um den Rahmen“* (beispielsweise die Tagesstruktur), es sei aber trotzdem unabdinglich, *„dass man sich komplett auf das Kind einstellt. Also einordnen kann man sie eh nicht. Wenn man zehn Autisten hat, sind zehn anders.“* (Sophie, Abs. 45)

Die Tatsache, dass die meisten der befragten Lehrpersonen kein bestimmtes Bild von Menschen im Autismus-Spektrum haben, spiegelt sich im Ansatz der Neurodiversität wider (s. Kap. 1.1). Es existieren viele Vorurteile gegenüber Menschen im Autismus-Spektrum, beispielsweise Gefühllosigkeit oder fehlende Empathie (s. Kap. 2.9). Jedoch darf dies nicht für Lehrpersonen angenommen werden, die mit betroffenen Kindern und Jugendlichen arbeiten. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Begegnung zwischen autistischen und nicht-autistischen Menschen zu einer Reduktion der Vorurteile führt (s. Kap. 2.8).

Förderkonzepte

Das Förderprogramm TEACCH ist unter den befragten Gesprächspartnerinnen sehr verbreitet. Alle haben schon einmal davon gehört, entweder in der Ausbildung oder in Fortbildungen. Fast alle arbeiten danach oder nehmen sich Teile aus dem Programm für ihre Arbeit heraus. Nur eine arbeitet nicht damit. Einige der Lehrpersonen haben angemerkt, dass TEACCH *„nicht nur für Kinder mit Autismus, sondern einfach wirklich für alle“* (Anna, Abs. 54) geeignet ist. Ida und

Charlotte verwenden TEACCH auch in ihrer Arbeit, aber man muss *„immer auf das Kind eingehen und immer schauen, was das wirklich auch macht und ob es nicht nur so antrainierte Sachen sind.“* (Ida, Abs. 60) Man kann sich auch *„von überall ein bisschen was raussuchen und sich selbst sein Konzept entwickeln. Und TEACCH hat gute Ansätze und dann haut man das einfach zusammen, dass man dann eine gute Mischung hat.“* (Charlotte, Abs. 85) *„Ich verwende die Sachen, die TEACCH auch verwendet, aber ich sage nicht, dass ich nach TEACCH arbeite, weil das für mich eine durchstrukturierte Geschichte ist.“* (Ida, Abs. 58)

An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass das Konzept nach TEACCH, wie in Kapitel 1.8 beschrieben, nicht unüberlegt auf die Arbeit mit allen Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum gleich angewendet werden darf, sondern individuell angepasst werden muss. Dies merkte auch ein erheblicher Teil der Lehrpersonen in den Gesprächen an.

PECS ist unter den Lehrpersonen weniger bekannt. Obwohl viele den Begriff nicht kannten und nachfragen mussten, wenden das Konzept einige an. Die Hälfte von ihnen arbeitet mit PECS bzw. mit einer abgewandelten Version davon. Auch hier war ihnen allen wichtig, dass man das Konzept PECS nicht strikt auf jedes Kind ummünzt, sondern es dem Niveau des Kindes anpasst.

Unangemessenes Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum

Die Antworten auf die Frage, wie die Lehrerinnen spezielle Verhaltensweisen der Schülerinnen und Schüler im Autismus-Spektrum sehen, lassen sich grob in drei Gruppen einteilen.

1. Das Verhalten ist anerzogen und kann durch entsprechende Maßnahmen wieder abtrainiert werden.
2. Das Verhalten ist Teil ihres Wesens, ihres Autismus und *„da können sie gar nichts dafür“* (Klara, Abs. 71). Hier handelt es sich um stereotype Verhaltensweisen, die die *„Kinder brauchen, weil sonst hätten sie sie*

nicht.“ (Marion, Abs. 63) „Töne, die sie machen, Stereotypen, das Hin- und Herwackeln brauchen die Kinder bis zu einem gewissen Grad, aber es gehört kanalisiert. Sie sind Mitglieder von unserer Gesellschaft und dann gehört es in einer gewissen Weise kanalisiert.“ (Sophie, Abs. 61)

3. Das unangemessene Verhalten ist ihre einzige Ausdrucksform, auf die sie zurückgreifen können, da sie sich verbal oft nicht mitteilen können.

Die Mehrheit der Lehrpersonen sieht das Verhalten autistischer Schüler teilweise als anerzogen und teilweise ihrem Wesen eigen. Laut Klara hänge es auch oft *„von ihren Entwicklungsphasen, wo sie aktuell stehen, ab, dass es halt einfach Sachen sind, die zu ihrem wirklichen Alter passen.“* (Klara, Abs. 73)

Monika sieht als mögliche Gründe für unangebrachtes Verhalten *„Überforderung, Kommunikationsprobleme, es ist irgendwas zuhause gewesen oder es war eine Veränderung.“* (Monika, Abs. 101)

An vorheriger Stelle (s. Kap. 1.7.2) wurde dargelegt, wie Kinder und Jugendliche im Autismus-Spektrum auf Stresssituationen, welche bei den Betroffenen Überforderung auslösen kann, reagieren könnten. Auch hier wurden als mögliche Gründe Reizüberflutung oder eine unerwartete Veränderung im Tagesablauf genannt.

Eine weitere Lehrperson nennt den kulturellen Hintergrund als möglichen Grund für bestimmtes Verhalten, beispielsweise wenn ein Kind einer fremden Frau nicht in die Augen schaut.

Bezüglich des Umgangs mit den stereotypen Verhaltensweisen würde Marion diese nur versuchen zu verändern, *„wenn sie zu massiv werden, wenn sie selbstschädigend sind oder wenn sie den Rahmen sprengen.“* (Marion, Abs. 63)

Einig sind sich die Lehrpersonen darüber, dass, sobald aggressives Verhalten an den Tag gelegt wird, dieses auf jeden Fall abtrainiert werden muss.

An dieser Stelle sei noch zu ergänzen, dass drei Interviewpartnerinnen anmerken, ein anderes Setting (Klasse, Gruppe, Umfeld), kann sich ebenso sowohl positiv als negativ auf das Verhalten des Kindes auswirken. *„Manchmal sind es Systeme, die sich verändern und dann ist das Kind auch wieder ganz anders. Also ein Kind, das in der Regelschule schwierig ist, zeigt sich schon ganz anders, wie wenn es in einer Kleinklasse ist. Das kann sich schon immer wieder verändern.“* (Sophie, Abs. 25)

In der Literatur werden stereotype Verhaltensweisen (z.B. im Kreis drehen, Hin- und Herwackeln, etc.) und selbstverletzendes Verhalten aufgrund der anderen Wahrnehmung als charakteristisch für den Autismus beschrieben (s. Kap. 1.5.1). Einige Lehrpersonen erwähnten in den Interviews, dass sie das Gefühl haben, dass diese Verhaltensweisen den Betroffenen eigen sind und nur geändert werden sollen, wenn sie nicht gesellschaftstauglich bzw. in der Gesellschaft nicht erwünscht sind.

Theorie von Autismus

Fast alle Lehrpersonen gaben an, dass es für sie wichtig sei, zumindest über Grundlegendes zu Autismus Bescheid zu wissen. Unter den Befragten gibt es dafür unterschiedliche Gründe:

- um den Kindern nicht Unrecht zu tun
- um zu erkennen, wenn ein Kind anders ist, und adäquat darauf zu reagieren
- um nicht voreingenommen zu sein
- um den Erwartungen der Eltern gerecht zu werden
- für das eigene professionelle Arbeiten

Zwei Lehrerinnen erwähnten, dass sie es als nicht unbedingt wichtig erachten, sich mit Autismus gut auszukennen. Sie bevorzugten eher einen offenen Umgang mit autistischen Kindern, jedoch *„wenn ich es brauche und wenn ich an meine Grenzen komme, aber das ist ganz selten“* (Ida, Abs. 48), dann lesen sie sich in die Theorie von Autismus ein.

Monika bezeichnete diese Frage als schwierig zu beantworten und äußerte, dass sie *„in den Jahren in das Thema einfach gewachsen“* (Monika, Abs. 83) sei.

Zwei Teilnehmerinnen sehen das Thema Autismus als *„hochgebauscht, aufgebaut.“* (Anita, Abs. 18) an. Genauso wie *„vor paar Jahren das ADHS“* sehr präsent gewesen sei, ist *„es halt momentan wieder der Autismus mehr.“* (Ida, Abs. 48) Anita sieht darin auch die Gefahr, dass man durch die aktuell hohe (mediale) Gegenwärtigkeit falsch mit dem Thema umgehe, indem die Diagnose Autismus beispielsweise das Verhalten oder den Anspruch auf bestimmte Vorzüge (Einzelbetreuung, Einzelraum, etc.) rechtfertigt. Es ist *„keine Normalität. Er muss das in der Gruppe lernen.“* (Anita, Abs. 28)

An dieser Stelle kann man einen Zusammenhang mit vorangegangenem Kapitel *„Normalität und der Anstieg von psychiatrischen Diagnosen“* (s. Kap. 1.4.3) erkennen. Die beiden Teilnehmerinnen, welche die momentan (auch medial) hohe Präsenz des Autismus als kritisch betrachten, setzen sich in ihren Schilderungen ebenfalls mit dem Begriff der Normalität auseinander und sehen einen Umgang mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum, bei welchem ihre Störung im Vordergrund steht, als zweifelhaft an.

Übergabegespräche

Sieben von zehn Lehrkräften machen grundsätzlich Übergabegespräche oder haben schon einmal eines gemacht. Worauf sie in den Gesprächen den Schwerpunkt legen, ist unterschiedlich. Klara und Anna legen Wert darauf, Positives über das Kind weiterzugeben bzw. nachzufragen, beispielsweise *„was hat gut*

bei ihm funktioniert, was ist wichtig für ihn“ (Anna, Abs. 16) oder „was den Eltern wichtig ist, das das Kind im Laufe des nächsten Schuljahres erlernt, was es schon kann, solche Sachen.“ (Klara, Abs. 31).

Für andere Lehrpersonen ist es wesentlich, über das Verhalten einer neuen Schülerin bzw. eines neuen Schülers Bescheid zu wissen und diese Information auch weiterzugeben. Es gehe mehrheitlich *„um das Verhalten. Was sind die Schwierigkeiten, wann treten Schwierigkeiten auf? Wie werden die ausgelöst? Wie kann man sie vermeiden? Was braucht das Kind, dass es nicht in schwierige Verhaltensweisen rutscht?“* (Sophie, Abs. 23) Dabei handelt es sich für Klara aber um *„nichts Negatives“* (Klara, Abs. 33), sondern um *„wichtige Informationen, damit halt einfach der Schulalltag reibungslos ablaufen kann und damit auch das Kind geschützt ist in seinem Rahmen.“* (Klara, Abs. 33)

Auch das Lernniveau des Kindes spielt für eine Person eine Rolle, *„welche Lerninhalte bereite ich auf, wie bereite ich sie auf oder wie sind sie aufbereitet worden?“* (Sophie, Abs. 69)

Auf die Gegenfrage hin, ob man von dem Wissen über das Kind in der Begegnung mit diesem nicht negativ beeinflusst wird, antwortete Monika: *„Es ist natürlich gefährlich, aber dem wirst nie auskommen.“* (Monika, Abs. 37)

Eine Person macht keine Übergabegespräche, weil sie nicht durch Beschreibungen anderer ein falsches Bild des Kindes bekommen möchte. Früher, als sie Übergabegespräche noch gemacht hätte, haben die ehemaligen Lehrpersonen *„oft so viel erzählt und auch wie das Verhalten von dem Kind ist und man ist, wenn das Kind, das sonst sehr aggressiv ist, und man sitzt daneben und es hebt einmal die Hand, reißt es dich. Da reagierst du anders als wie wenn du es nicht wüsstest, weil dann hebt es halt nur die Hand, dann will es nichts tun. Man reagiert anders.“* (Ida, Abs. 28)

Strukturierung

Die Mehrheit der interviewten Lehrerinnen (acht von zehn) erwähnte mindestens einmal im Gespräch, dass Struktur im Unterricht in der Arbeit mit autistischen Schülerinnen und Schülern unentbehrlich sei. Diese Struktur bezieht sich auf den Tagesablauf, auf den Ablauf von Lernstunden oder Lernphasen, auf den Arbeitsplatz, aber auch auf soziale Interaktionen. Es sei nicht unerwähnt, dass auch ein erheblicher Teil der befragten Lehrerinnen Struktur als grundlegendes Prinzip im sonderpädagogischen Feld, insbesondere im EFB-Bereich sieht.

„Ich habe rausgefunden, der Rahmen ist für die Kinder so wichtig, zum Beispiel die Tagesstruktur.“ (Sophie, Abs. 45)

„Struktur tut ihnen allen sehr, sehr gut.“ (Monika, Abs. 61)

Ungefähr die Hälfte der Teilnehmerinnen vertritt die Position, dass man Strukturierung auch antrainieren kann bzw. *„dass man es mit der Strukturierung übertreiben kann.“* (Charlotte, Abs. 87). Das bedeutet, man strukturiert als Lehrperson Handlungen, obwohl die Schülerin oder der Schüler das gar nicht bräuchte. Sie oder er wird aber trotzdem im Laufe der Zeit von dieser Strukturierung abhängig. Eine Lehrperson, die sich selbst als strukturierten Menschen bezeichnet und ihren Unterricht dementsprechend gestaltet, baut ab und zu Unterrichtssequenzen ein, in denen sie das autistische Kind ein *„bisschen aus der Bahn“* wirft, dass *„einmal was nicht so ist, wie ich es geplant habe. Das heißt, dass Kinder auch lernen können, wie ist es mal anders.“* (Monika, Abs. 61) Dies erscheint notwendig, denn *„es ist nicht das ganze Leben so, dass du im Vorfeld sagen kannst: Das passiert dann und das passiert dann.“* (Monika, Abs. 61) und *„später im Berufsleben muss man das dann ihnen wieder abgewöhnen.“* (Charlotte, Abs. 87)

Auch Sophie bezeichnet das Wählen des richtigen Maßes an Struktur als *„Gradwanderung“*, wobei sie der Ansicht ist, dass man *„zuerst einmal zu wenig tut, weil es ja viel Arbeit ist, die Strukturierung ist ja ganz viel Arbeit und das Durchdenken jeder Handlung ist ja unheimlich viel Aufwand.“* (Sophie, Abs. 55)

Dass Struktur autistischen Menschen dabei hilft, ihre Umwelt besser zu verstehen und so leichter in Interaktion mit ihr zu treten, wurde bereits im theoretischen Teil erwähnt (s. Kap. 1.8).

6 Schlussfolgerungen

In dieser Arbeit wurde die Frage behandelt, inwiefern die Diagnose Autismus Lehrerinnen und Lehrer in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum beeinflusst. Diese Frage wurde anhand von Leitfadeninterviews, welche mit zehn Lehrpersonen geführt wurden, beantwortet. Anschließend wurden die Interviews mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) ausgewertet.

Die zentralen Ergebnisse der Befragungen lauten:

1. Die Erfahrungen mit autistischen Kindern und Jugendlichen sind sehr unterschiedlich.
2. Die Diagnose eines Kindes, egal welche, ist für die Lehrpersonen weniger bedeutsam, da nicht die Diagnose, sondern das Kind im Vordergrund steht. Bevor sie sich mit der Diagnose auseinandersetzen, wollen sie zuerst eine Beziehung zu der Schülerin bzw. dem Schüler aufbauen. Dies zeigt sich darin, dass sich die Lehrpersonen die Diagnoseunterlagen erst dann durchlesen, wenn sie die Schülerin bzw. den Schüler bereits einige Wochen oder Monate kennen bzw. dass für Lehrpersonen eine autistische Störung nicht mehr oder weniger interessant als andere Krankheitsbilder ist. Es ist jedoch unabdinglich, den medizinischen Hintergrund des Kindes und etwaige Maßnahmen in medizinischen Notfällen (Allergien, Nahrungsunverträglichkeiten, Notfallmedikamente, etc.) spätestens ab dem ersten Tag zu kennen.
3. Die Diagnose Autismus hat zu Beginn keine Bedeutung für Lehrpersonen, da sie die Schülerin bzw. den Schüler zuerst kennenlernen möchten. Nach der Anfangszeit kann die Diagnose förderlich und hinderlich

zugleich sein, da man zum einen von der Vorerfahrungen mit anderen autistischen Kindern und Jugendlichen profitiert (z. B. bei der Vorbereitung eines strukturierten Aufbaus des Unterrichts), zum anderen jedoch die Gefahr besteht, dass man durch das Wissen der Diagnose der Schülerin bzw. dem Schüler nicht unvoreingenommen begegnet.

4. Fast alle befragten Lehrpersonen haben kein bestimmtes Bild von Menschen im Autismus-Spektrum. Jeder ist anders, genauso wie bei nicht-autistischen Menschen.
5. Strukturierung stellt in der Arbeit mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum ein zentrales Element dar.
6. Das Konzept TEACCH bzw. einzelne Aspekte des Konzeptes sind in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sehr verbreitet und haben sich auch bewährt. PECS ist von der Begrifflichkeit her weniger bekannt, wird aber als Form der Unterstützen Kommunikation sehr oft verwendet.
7. Spezielle Verhaltensweisen der Schülerin bzw. des Schülers sind teilweise anerzogen und teilweise ihrem Wesen eigen. Hier ist es wichtig, die Verhaltensweisen zu kanalisieren, das heißt, ihnen zu bestimmten Zeiten an bestimmten Orten Raum zu geben, beispielsweise stereotype Verhaltensweisen wie Hin- und Herwackeln mit dem Körper oder Echolalien. Aggressives Verhalten muss abtrainiert werden.
8. Es ist wichtig, über die Grundlagen von Autismus Bescheid zu wissen, wenn man mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum arbeitet, da dies sowohl in der Elternarbeit, für die eigene Professionalität als auch für eine adäquate Förderung der Schülerin bzw. des Schülers notwendig ist.
9. Gespräche über die Schülerin bzw. den Schüler, in welchen Informationen über das Verhalten, das Lernniveau an andere weitergegeben werden, bilden einen wesentlichen Teil bei der Übergabe ebendieser Schülerin bzw. ebendieses Schülers.

Einordnung der Resultate in bestehende Forschung

Zahlreiche Studien belegen, dass in der Gesellschaft Stigmata gegenüber Menschen mit psychiatrischen Krankheiten existieren und auch Menschen mit Autismus nicht vor Vorurteilen gefeit sind. Deshalb wurde angenommen, dass auch Lehrpersonen in der pädagogischen Arbeit den Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum nicht unvoreingenommen begegnen. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass das Gegenteil der Fall ist: Fast alle befragten Lehrpersonen haben kein bestimmtes Bild von einem für sie fremden Kind im Autismus-Spektrum. Auch spielt für sie die Diagnose keine oder nur wenig Rolle, solange sie nicht selbst das Kind kennengelernt und sich selbst ein Bild von ihm gemacht haben.

Auch kann aus den Resultaten der Interviews geschlossen werden, dass TEACCH ein unter Lehrpersonen sehr verbreitetes Konzept und von großem Nutzen ist. Die Anwendungsmöglichkeiten und der förderliche Einsatz von TEACCH, welche in der Literatur beschrieben wird, werden damit bestätigt.

Implikationen für die Praxis

Es hat sich herausgestellt, dass die Lehrpersonen der Diagnose weniger Bedeutung zuschreiben, als zu Beginn der Arbeit angenommen wurde. Sie lesen die Diagnoseunterlagen erst, nachdem sie das Kind kennengelernt haben, haben kein bestimmtes Bild von autistischen Personen und lassen sich von der Diagnose Autismus in ihrer pädagogischen Arbeit wenig bis gar nicht beeinflussen. Es stellt sich die Frage, was der Grund dafür ist, da Studien (z. B. Peter et al., 2019) belegen, dass es Vorurteile gegenüber Personen mit einer psychischen Erkrankung gibt. Mögliche Gründe für diese Tatsachen könnten die Erfahrungen (Kontakte, s. Kap. 2.7) sein, die die Lehrpersonen mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum machen und das Wissen (Aufklärung, s. Kap. 2.7) über das Störungsbild Autismus, welches die Lehrpersonen in ihrer Ausbildung oder in Fortbildungen erworben haben.

Demzufolge war die Annahme zu Beginn dieser Arbeit, dass Lehrpersonen Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum voreingenommen begegnen und sie schon in eine bestimmte Schublade stecken, falsch oder zumindest nur teilweise richtig. Dies ist sehr erfreulich. Bei der gesellschaftlichen Aufklärung gibt es hingegen noch großen Aufholbedarf. In Filmen, Büchern und Dokumentationen, von denen sehr viele auf dem Markt existieren, wird ein einseitiges Bild von Autismus vermittelt. Menschen mit Autismus werden als hochintelligent, gefühlslos, unkontrollierbar und unselbstständig dargestellt (s. Kap. 2.8). Die Autorin selbst merkt, wie sich diese Vorurteile in ihrem Verwandten- und Freundeskreis widerspiegeln. In solchen Situationen gilt es, das Gegenüber über Autismus aufzuklären und vor Medien zu warnen, die Autismus falsch oder nur einseitig darstellen. Andererseits sind natürlich die Medien selbst dafür zuständig, der breiten Bevölkerung ein richtiges Bild von Autismus zu vermitteln. Hier gilt jedoch darauf aufzupassen, dass durch eine zu hohe mediale Präsenz von Autismus das Thema nicht zu hochgebauscht wird und eventuell zu einer Modekrankheit und einer Steigerung in der Anzahl der Diagnosen von Autismus führt. Aufklärung ist gut, aber nur in Maßen, da es noch zahllose andere Erkrankungen und Störungen gibt und eine Autismus-Spektrum-Störung nichts Besonderes darstellen soll und darf.

Als Nächstes wird auf die Verankerung des Themas Autismus in der Ausbildung von Lehrkräften eingegangen. Einige der interviewten Lehrerinnen merkten an, dass sie in ihrem Studium nur wenig zu Autismus gelernt haben. Eine Gesprächspartnerin erwähnte sogar, dass die Lehrpersonen ihrer Meinung nach viel zu wenig Know-how haben. Demnach wäre es gut, in der Ausbildung mehr Fachwissen an die Studierenden weiterzugeben. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob dies zielführend in der Bekämpfung von Vorurteilen und Stereotypen von Autismus ist, da so dem Autismus wieder zu viel Aufmerksamkeit gegeben wird. Wie bereits erwähnt, gibt es noch zahlreiche andere Diagnosen und es wäre eine nie enden wollende Aufgabe, in der Ausbildung das gesamte Fachwissen zu allen Krankheits- und Störungsbildern zu lehren. Lehrkräfte sind keine

Ärztinnen und Ärzte und haben nicht den Anspruch, das gesamte medizinische Fachwissen zu haben. Es liegt zu Teil auch an den Auszubildenden und den Lehrpersonen selbst, sich Wissen anzueignen, wenn sie dieses brauchen.

Zuletzt ist anmerken, dass es in der pädagogischen Arbeit notwendig ist, sich nicht zu sehr auf die Diagnose zu konzentrieren. Eine Aufgabe von Lehrpersonen liegt darin, ihre Schülerinnen und Schüler zu begleiten und ihnen einen Raum anzubieten, in dem sie sich entfalten können. Stellt man die Diagnose in der Vordergrund, hat man möglicherweise schon ein bestimmtes Bild von dem Kind und es wird in seiner Entfaltung eingeschränkt.

Limitationen und offene Fragen

Für diese Arbeit wurden zehn Lehrpersonen in Oberösterreich interviewt, die bereits Erfahrungen in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Autismus-Spektrum haben. Alle zehn Lehrerinnen arbeiten im Sonderschulbereich und hier insbesondere in EFB-Klassen. In der Arbeit wurde somit nicht untersucht, ob Befragungen in den anderen Bundesländern Österreichs zu ähnlichen Ergebnissen geführt hätten. Für eine derartige Untersuchung würde sich eventuell eine quantitative Forschung mittels eines Fragebogens besser eignen.

Des Weiteren stellt sich die Frage, welche Resultate Gespräche mit Pädagoginnen und Pädagogen in Regelschulklassen, die keine Ausbildung im Sonderschulbereich absolviert und noch keine unterrichtliche Erfahrung mit autistischen Kindern und Jugendlichen haben, ergeben hätten. Insbesondere in Integrationsklassen besteht jedoch die Chance, dass sie eine Schülerin oder einen Schüler mit Autismus haben. Würden diese Lehrpersonen die typischen Vorurteile gegenüber autistischen Personen haben? Um diese Frage eindeutig zu beantworten, bedarf es weiterer Untersuchungen.

Im Rahmen der Interviews, die ich geführt habe, habe ich festgestellt, dass sich die Persönlichkeit der Lehrpersonen in der Art des Unterrichtens und in Vorbereitung des Unterrichts widerspiegelt. Ein strukturierter Unterricht kann nicht nur darauf zurückgeführt werden, dass die Lehrpersonen glauben, die Schülerin bzw. der Schüler im Autismus-Spektrum braucht diese enorme Struktur, sondern auch darauf, dass die Lehrpersonen selbst sehr strukturiert sind und arbeiten, unabhängig davon, ob die Schülerin bzw. der Schüler Struktur benötigt oder nicht. Demnach wäre es falsch zu schlussfolgern, bei einer strukturierten Person werden autistische Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung eingeschränkt bzw. bei einer weniger strukturierten Person würde diese durch fehlende Gliederung im Alltag orientierungslos sein und keine Selbstständigkeit erwerben.

Durch die Resultate der vorliegenden Arbeit konnte verdeutlicht werden, dass Lehrkräfte in der pädagogischen Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen versuchen, sich auf die ihnen Anvertrauten einzulassen, eine Beziehung mit ihnen einzugehen und die Diagnose Autismus vorerst als zweitrangig zu betrachten. Damit wurde meine Annahme zu Beginn der Arbeit, dass auch jene Lehrpersonen, die Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum unterrichten, diesen mit Vorurteilen und Stigmata begegnen, widerlegt.

7 Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.

Ärzteblatt. (2012). *Überdiagnose von ADHS und Autismus*. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49712/Ueberdiagnose-von-ADHS-und-Autismus> (Zugriff: 28. Jänner 2023)

Autismus-Kultur. (2022). *ICD-11: Autismus-Diagnosekriterien*. Verfügbar unter: <https://autismus-kultur.de/icd-diagnosekriterien/> (Zugriff: 22. Jänner 2023)

Biscaldi-Schäfer, M. (o. J.). *Autismus-Spektrum-Störungen*. Verfügbar unter: https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/07_kliniken/psy_psykuj/pdf/lehre/script_med/ASSMBSWS1314.pdf (Zugriff: 2. August 2021)

Breuß, R. (2010). *Autismus-Spektrum-Störung und die Methode der Gestützten Kommunikation*. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/breuss-autismus-dipl.html> (Zugriff: 4. August 2021)

Buadze, A. (2022). *ICD-11: „neuronale Entwicklungsstörungen“ mit Fokus auf ADHS und ASS*. Verfügbar unter: https://www.pukzh.ch/sites/default/assets/File/Veranstaltungen/Psychiatrisches%20Kolloquium/20221007_Slides_Dr_%20med_%20Ana%20Buadze.pdf (Zugriff: 22. Jänner 2023)

Dachverband Österreichische Autistenhilfe. (o. J.). *TEACCH*. Verfügbar unter: <https://www.autistenhilfe.at/leistungen/therapie/teacch/?cn-reloaded=1> (Zugriff: 11. November 2022)

Debelt, C. (2007). *Wahrnehmungsverarbeitungsstörung als Ursache des Autismus*. Verfügbar unter: <https://www.grin.com/document/76211> (Zugriff: 4. August 2021)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Verfügbar unter: Bundeinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/> (Zugriff: 2. August 2021)

Dorsch. Lexikon der Psychologie. (o. J.). *Primäre Emotionen*. Verfügbar unter: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/emotionen-primaere> (Zugriff: 28. Jänner 2023)

Egger, J. W. (2015). „Psychosomatische Krankheiten“ per se gibt es nicht – Folgerungen aus dem erweiterten biopsychosozialen Modell für das Verständnis von Leib-Seele-Zusammenhängen. *Psychologie in Österreich* 3/4, 230–241. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/318654568_Psychosomatische_Krankheiten_per_se_gibt_es_nicht_-_Folgerungen_aus_dem_erweiterten_biopsychosozialen_Modell_fur_das_Verstandnis_von_Leib-Seele-Zusammenhangen_There_Is_No_Such_Thing_as_a_Psychosomatic (Zugriff: 19. Juli 2022)

Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Girsberger, T. (2020). *Die vielen Farben des Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnose, Therapie und Beratung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Gundelfinger, R. (2019). „Frühe Therapie erhöht die Chancen auf Teilhabe“. *Zeitschrift imago*, 3.2019, 6-10. Verfügbar unter: https://www.visoparents.ch/fileadmin/medien/Imago_Magazin/imago-Lesetipp/imago_3.19_Lesetipp_Autismus.pdf (Zugriff: 22. Jänner 2023)

IKUD Seminare. (o. J.). *Stereotyp und Vorurteil. Definition und Begrifflichkeit*. Verfügbar unter: <https://www.ikud.de/glossar/stereotyp-und-vorurteil.html> (Zugriff: 18. Juli 2022)

Häußler, A. (2000). Strukturierung als Hilfe zum Verstehen und Handeln: Die Förderung von Menschen mit Autismus nach dem Vorbild des TEACCH-Ansatzes. *Lernen konkret*, (4). Verfügbar unter: <http://www.autismus-in-berlin.de/Teacch-AnneHaeussler.pdf> (Zugriff: 22. Jänner 2023)

Häußler, A. (2016). *Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis* (5. Aufl.). Dortmund: verlag modernes lernen.

Hess, P. (2022). DSM-5 revision tweaks autism entry for clarity. *Spectrum*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.53053/JALY5388> (Zugriff: 22. Jänner 2023)

Hohmeier, J. (1975). *Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß*. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/hohmeier-stigmatisierung.html> (Zugriff: 18. Juli 2022)

Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (13. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews*. (2. Aufl.). Oldenbourg: De Gruyter.

Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. (o. J.a). *Ursachen von Autismus-Spektrum-Störungen* Verfügbar unter: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/erkrankungen/autismus-spektrum-stoerung-ass/ursachen/> (Zugriff: 27.Juli 2021)

Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. (o. J.b). *Diagnostik: Diagnosen*. Verfügbar unter: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/diagnostik> (Zugriff: 21. Juli 2022)

Peter, O., Lang, J., Stein, K., Wirth, K., & Jungbauer, J. (2019). „Ich bin nicht die Diagnose – aber sie ist auch ein Teil von mir“ – Eine qualitative Interviewstudie

zu Sichtweisen von psychisch erkrankten Menschen. *Psychiatrische Praxis*, 46 (01), 27-33. doi: 10.1055/s-0043-100026 (Zugriff: 22. Jänner 2023)

Pyramid Educational Consultants of Germany GmbH. (o. J.). *PECS – Kommunikationshilfe für Autismus und vieles mehr*. Verfügbar unter: <https://pecs-germany.com/autismus-kommunikationshilfe-pecs/> (Zugriff: 11. November 2022)

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32 (5), 221-232, doi: 10.1055/s-2004-834566 (Zugriff: 22. Jänner 2023)

Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A., & Angermeyer M. C. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen. Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. Elektronisches Zusatzkapitel Stigma. (2. Aufl.). München: Elsevier Urban & Fischer.

Russ, E. M. (2019). Das Stigmatisierungserleben der Eltern von Personen mit Autismus-Spektrum-Störung. Verfügbar unter Universität Graz: <https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/4795327?originalFilename=true> (Zugriff: 21. Juli 2022)

Schirmer, B. (2016). *Schulratgeber Autismus-Spektrum. Ein Leitfaden für LehrerInnen*. München: Ernst Reinhardt-Verlag.

Sinzig, J. (2011). *Frühkindlicher Autismus*. Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Theunissen, G. (2016). *Autismus verstehen. Außen- und Innenansichten*. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.

Torchetti, L. (2005). Die Kontakthypothese. *Reduktion von Vorurteilen durch direkten Kontakt am Beispiel des Schulprojekts ABQ, Bern*. Verfügbar unter: https://days4future.eu/wp-content/uploads/2022/06/torchetti_2005.pdf (Zugriff: 22. Jänner 2023)

Tröster, H., & Lange, S. (2019). *Eltern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. Anforderungen, Belastungen und Ressourcen*. Wiesbaden: Springer-Verlag.

Troyer, D. (2015). *ADHS – im Spannungsfeld von Psychiatrie und Pädagogik. Die Notwendigkeit eines biopsychosozialen Modells und dessen Bedeutung für die Pädagogik*. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/troyer-adhs-ma.html#idm750> (Zugriff: 20. Juli 2022)

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden. (2023). *Was ist Autismus?* Verfügbar unter: <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/kjp/behandlung/behandlungsschwerpunkte/autismus/was-ist-autismus> (Zugriff: 27. Jänner 2023)

Werner, L. C. (2021). *Wenn Verhalten herausfordert*. Verfügbar unter FH Campus Wien: <https://pub.fh-campuswien.ac.at/obvfcwhsacc/content/titelinfo/6194119/full.pdf> (Zugriff: 19. Juli 2022)

Wiegard, A. (2021). *Reproduzieren deutschsprachige Kinderbücher eine defizit-orientierte und stigmatisierende Sicht auf Autismus?* Abgerufen von https://opus.bsz-bw.de/msh/frontdoor/deliver/index/docId/27/file/MA_Anna-LeaWiegard.pdf (Zugriff: 9. November 2022)

Wissenswertes über XXY und Klinefelter-Syndrom. (2015). *Allen Frances: Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Verfügbar unter: <https://factsaboutklinefelter.com/2015/01/13/allen-frances-normal-gegen-die-inflation-psychiatrischer-diagnosen/> (Zugriff: 20. Juli 2022)

Wyss, K. (2018). *Die Studie „Stigma“ von Erving Goffman. Eine kritische Nachzeichnung*. Verfügbar unter: http://www.wyss-sozialforschung.ch/aufsaetze/pdf_aufsatz/wyss_zu_goffman_stigma.pdf (Zugriff: 18. Juli 2022)

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 4 Biografische Daten der Teilnehmerinnen.....	63
---	----

9 Anhang

Interviewleitfaden

Biografische Daten:

- Alter und Geschlecht der Lehrperson
- Seit wann arbeiten Sie im sonderpädagogischen Feld?
- Haben Sie bereits Erfahrungen mit Schülern im Autismus-Spektrum? Welche?
- Haben Sie eine spezielle Ausbildung im Bereich Autismus?

Umgang mit der Diagnose:

- Welche Bedeutung hat die Diagnose der Schülerin bzw. des Schülers für Sie?
- Beim Durchsehen der Diagnose (ärztliche Gutachten, medizinische Befunde,...), was interessiert Sie mehr und was weniger? Welche Aspekte der Diagnose sind für Sie und Ihre Arbeit wichtiger, welche weniger?
- Zu welchem Zeitpunkt schauen Sie sich die Unterlagen zur Diagnose der Schülerin bzw. des Schülers an?
- Angenommen in Ihrer Klasse sitzen Kinder und Jugendliche mit verschiedenen Beeinträchtigungen. Nehmen Sie sich für das Durchsehen der Unterlagen ähnlich viel Zeit oder ist das von Beeinträchtigung zu Beeinträchtigung unterschiedlich?
 - Können Sie mir ein Beispiel nennen?
- Machen Sie Übergabegespräche? Wenn ja, was sind die Inhalte dieser Gespräche? Was ist Ihnen wichtig zu erfahren bzw. weiterzugeben?

Autismus:

- Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie erfahren haben, dass in Ihrer Klasse ein oder mehrere Kinder und Jugendliche im Autismus-Spektrum ist bzw. sind?

- Inwiefern benötigen Sie die Diagnose Autismus für Ihre Arbeit in der Schule?
- Ist die Diagnose Autismus Ihrer Meinung nach hilfreich in der Arbeit mit Schülerinnen und Schülern oder eher hinderlich? Inwiefern?
- Wenn Sie erfahren, dass ein Kind mit einer Autismus-Spektrum-Störung zu Ihnen in die Klasse kommt, haben Sie ein bestimmtes Bild von dem Kind und wenn ja, welches?
- Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie sich mit Autismus auskennen?
- Haben Sie schon mal von den TEACCH, PECS oder anderen Konzepten gehört, die in der pädagogischen Arbeit mit Schülerinnen und Schülern im Autismus-Spektrum angewendet werden, gehört bzw. gearbeitet? Wenn ja, wie und wie oft setzen Sie diese Förderkonzepte ein? Inwiefern empfinden Sie diese als förderlich? Haben Sie auch manchmal das Gefühl, dass die Konzepte hinderlich bzw. einschränkend wirken können?
- Kinder im Autismus-Spektrum haben oft sehr spezielle Verhaltensweisen. Wie gehen Sie mit diesen um?

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbst verfasst habe und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe. Außerdem habe ich ein Belegexemplar verwahrt.“

Ort, Datum

Laura Kaltenbrunner