

19.11.2023

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis	3
1. Einleitung	4
2. Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Ressourcenorientierte Beratung	5
2.1.1 Definition von Ressourcen im Rahmen von Beratung	5
2.1.2 Zusammenhang zwischen Stress und Ressourcen in der Ressourcenorientierten Beratung	8
2.1.3 Methoden der Ressourcenorientierten Beratung	12
2.2 Autismus-Spektrum-Störung	16
2.2.1 Historie und Begrifflichkeiten	16
2.2.2 Diagnosekriterien und Merkmale	17
2.2.3 Stress bei Menschen im Autismus-Spektrum	21
2.2.4 Zusammenhang von Stress und Ressourcen bei Menschen im Autismus-Spektrum	23
3. Projektevaluation	26
3.1 Projektdesign	26
3.1.1 Situationsanalyse und Rahmenbedingungen	27
3.1.2 Organisation des Projekts und Beschreibung der Teilnehmer*innen	30
3.1.3 Projektziele, mögliche Hindernisse und Abgrenzung zur Autismustherapie	33
3.1.4 Angewandte Methoden	37
3.2 Evaluationsdesign	41
3.2.1 Fragebogenkonstruktion	43
3.2.2 Legitimation und Erläuterungen der Fragebogenitems	45
3.3 Darstellung der Ergebnisse	50
3.3.1 Quantitative Auswertung	50
3.3.2 Qualitative Auswertung	57
3.4 Interpretation und Diskussion	59
4. Fazit und Ausblick	64
Literaturverzeichnis	66
Anhangsverzeichnis	70

Abbildungsverzeichnis

1 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus, erstellt von Philipp Guttman (2016).....	9
2 Diagnostische Kriterien für die Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-V (gekürzt und sinngemäß) nach Kamp-Becker und Bölte (2021).....	18
3 Adaptive und maladaptive Coping-Modelle bei Autismus nach Groden et al. (1994)	24
4 Altersverteilung der Teilnehmer*innen	31
5 Geschlechterverteilung der Teilnehmer*innen	31
6 Diagnoseverteilung der Teilnehmer*innen	32
7 Anzahl der Monate zwischen Diagnose und Anmeldung	32
8 Wartezeit zwischen Anmeldung und Projektstart	33
9 Stressfaktoren mit Wasserhahn (HelloBetter 2020).....	38
10 Stressfaktoren mit unterschiedlichen Pegelständen (Lamber und Bäuml 2014).....	39
11 Diagramm: Nutzung sonstiger Angebote des ATZs	50
12 Arithmetische Mittelwerte des Gesamtscores.....	51
13 Summe Fragebogen gesamt	52
14 Veränderung in Prozent (Fragebogen gesamt).....	52
15 Arithmetische Mittelwerte Subskalen	53
16 Summen der Subskala Stress (TN einzeln).....	53
17 Veränderung in Prozent der Subskala Stress	54
18 Summen der Subskala Ressourcen (TN einzeln)	54
19 Veränderung in Prozent (Subskala Ressourcen)	55
20 Arithmetisches Mittelwerte der Frage 7.....	55
21 Arithmetische Mittelwerte der Items der Subskala Stress	56
22 Arithmetische Mittelwerte der Items der Subskala Ressourcen.....	56
23 Darstellung der Ergebnisse aus der Kategorie „Positiv“.....	57
24 Darstellung der Ergebnisse aus der Kategorie „Negativ“	58

Abkürzungsverzeichnis

ASS..... Autismus-Spektrum-Störung, Autismus-Spektrum-Störung
DSM..... Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
ICD..... International Classification of Diseases and Related Health Problems,



SGB..... Sozialgesetzbuch
TN..... Teilnehmer*in
TPP..... Theorie-Praxis-Projekt
WfbM..... Werkstatt für behinderte Menschen

1. Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit ist die Evaluation des Theorie-Praxis-Projektes „Ressourcenorientierte Kurzzeitberatung für Erwachsene im Autismusspektrum“ das im Rahmen des Masterstudiengangs „Beratung Mediation Coaching“ an der Fachhochschule Münster entstand.

Das Projekt entstand aus der Idee, für Menschen mit Autismus in der Zeit zwischen Diagnosestellung und Therapiebeginn ein erstes Beratungsangebot zu schaffen, denn häufig entstehen von der Terminvergabe für die Diagnosestellung bis zum Beginn der Autismustherapie lange Wartezeiten von mehreren Monaten oder sogar Jahren. Das Problem ist in Fachkreisen bekannt und wird nach und nach auch in die Öffentlichkeit getragen. Das Deutsche Ärzteblatt veröffentlichte im März 2023 einen Artikel mit dem Titel „Autismus: Kritik an langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz“ (Hillienhof 31.03.2023) und an der Universität Freiburg entstand 2022 unter der Leitung von Prof. Dr. Ludger van Elst ein neues Forschungsprojekt, das sich zum Ziel setzt, mehr evidenzbasierte Therapiemöglichkeiten explizit für Erwachsene mit Autismus zu schaffen (Informationsdienst Wissenschaft e.V. 11.11.2022).

Um dieser Versorgungslücke und den damit entstehenden Problemen zu begegnen, wurde im Rahmen der Projektentwicklung eine genaue Situationsanalyse durchgeführt, in der mögliche Gründe für die langen Wartezeiten herausgearbeitet und die Bedarfe der Adressat*innen des Projekts ermittelt wurden. Darauf basierend wurden zum einen Ziele festgelegt, die abhängig von den bestehenden Faktoren, am sinnvollsten im Rahmen einer Kurzzeitberatung anvisiert werden können und zum anderen wurden Methoden zur Erreichung dieser Ziele zusammengestellt. Inhaltlich legt das Projekt den Schwerpunkt auf zwei Zielbereiche: Das Erkennen von individuellen Auslösern für (autismusbedingten) Stress und das Erkennen und Nutzen von persönlichen Ressourcen in der Zeit bis zum Beginn der Autismustherapie.

Aufgrund dieser Zielsetzungen werden im Theorieteil dieser Arbeit in Kapitel 2.1 die Ressourcenorientierte Beratung mit den dazugehörigen Definitionen, theoretischen Grundlagen und gängigen Methoden und in Kapitel 2.2 das Thema Autismusspektrum thematisiert. Dabei wird auf historische Hintergründe und Begrifflichkeiten, Diagnosekriterien und typische Merkmale des Autismusspektrums, sowie die Themen

Stress bei Autismus und der Zusammenhang von Ressourcen und Stress bei dieser Personengruppe Bezug genommen

Kapitel 3 beschäftigt sich mit der Evaluation des Projekts. Dabei werden in Kapitel 3.1 die einzelnen Schritte der Projektplanung genauer beschrieben. Es wird Einblick in die Situationsanalyse gegeben und in die bestehenden Rahmenbedingungen, in denen das Projekt stattgefunden hat. Weiterhin werden in Kapitel 3.2 organisatorische Aspekte und die Teilnehmer*innen beschrieben. In Kapitel 3.3 folgt die Erläuterung der Projektziele, die Darstellung möglicher Hindernisse bei der Erreichung dieser, sowie die Abgrenzung des Projekts zur Autismustherapie. In Kapitel 3.1.4 werden letztendlich die angewandten Methoden dargestellt.

In Kapitel 3.2 erfolgt die Erläuterung des Evaluationsdesigns. Hierfür werden nötige Schritte und Entscheidungen, sowie die Konstruktion eines Erhebungsinstruments in Form eines selbst erstellten Fragebogens dargelegt. In Kapitel 3.3 werden die aus der Erhebung ermittelten Ergebnisse dargestellt und in Kapitel 3.4 interpretiert und diskutiert.

Im vierten Kapitel wird letztendlich ein abschließendes Fazit gezogen und ein möglicher Ausblick in Bezug auf das Thema gegeben.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Ressourcenorientierte Beratung

2.1.1 Definition von Ressourcen im Rahmen von Beratung

In der Recherche zum Thema Beratung fällt auf, dass der Begriff vielfältig besetzt und aufgrund der Breite möglicher Bedeutungen sowohl in der Vergangenheit, als auch in der Gegenwart nicht eindeutig definiert ist (Engel et al. 2013, S. 33). Ein gesteigerter Beratungsbedarf in den letzten Jahrzehnten führte zudem zu einer weiten Konzeptentwicklung und damit zu einer Vielzahl von Beratungsansätzen (Gregusch 2013, S. 194).

Auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Beratung lässt sich zum Beispiel folgende Definition finden:

"Beratung kann sich sowohl auf Personen und Gruppen in ihren lebens- und arbeitsweltlichen Bezügen als auch auf Organisationen beziehen. Sie befasst sich auf einer theoriegeleiteten Grundlage mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben und multifaktoriell bestimmten Problem- und Konfliktsituationen. Sie stellt sich Anforderungen aus den Bereichen von Erziehung und Bildung, Sozial- und Gemeinwesen, Arbeit und Beruf, Wohnen und Freizeit, Gesundheit und Wohlbefinden, Ökologie und Technik, Pflege und Rehabilitation, Ökonomie und Politik sowie des Rechts, wie sie in den unterschiedlichen Sozialgesetzen, vor allem im KJHG und BSHG formuliert sind [...]" (Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V. (DGfB) 2003, S. 3)

Wo die Definition der Deutschen Gesellschaft für Beratung in ihrer Definition den Fokus eher auf verschiedene Anwendungsfelder legt, zeigt die Definition von Nestmann und Sickendiek, wann Beratung initiiert ist und welche Bedeutung sie für das Individuum haben kann:

"Beratung leistet Beistand bei der kognitiven und emotionalen Orientierung in widersprüchlichen und unübersehbaren Situationen und Lebenslagen. Sie unterstützt Ratsuchende dabei, Wahlmöglichkeiten abzuwägen, sich zwischen Alternativen zu entscheiden oder aber Optionen bewusst offenzuhalten. Beratung fördert Zukunftsüberlegungen und Pläne, die aus neu gewonnenen Zielrichtungen und Entscheidungen resultieren, sie hilft Ratsuchenden die Planungsschritte zu realisieren und begleitet erste Handlungsversuche mit Reflexionsangeboten" (Nestmann und Sickendiek 2018, S. 110)

Zudem erfülle die Beratung drei wesentliche Aufgaben: Sie sei präventiv, akut problembewältigend und rehabilitativ, bzw. wieder normalisierend (Nestmann und Sickendiek 2018, S. 110). Sie betonen außerdem, dass es die Kernaufgabe der Beratung sei, die Bewältigungskompetenzen der Klient*innen (wieder-)herzustellen, ohne ihnen dabei die Problemlösung abzunehmen (Nestmann und Sickendiek 2018, S. 111). Durch die Betonung der Kompetenzen der Klient*innen wird in dieser Definition bereits die Wichtigkeit von Ressourcenorientierung und -aktivierung in der Beratung deutlich.

Das Wort „Ressource“ stammt aus dem Französischen und bedeutet „Mittel“ oder „Quelle“ und stammt in seinem Ursprung von dem lateinischen Wort „resurgere“, also „hervorquellen“ (Eremit und Weber 2016, S. 136).

Nach der Begriffsbestimmung von Schubert werden Ressourcen wie folgt definiert:

„Ressourcen sind alle Mittel, Gegebenheiten oder Merkmale bzw. Eigenschaften, die Personen nutzen können, um alltägliche oder spezifische Lebensanforderungen und psychosoziale Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, um Bedürfnisse, Wünsche und (Lebens)-Ziele zu verfolgen und zu erfüllen und um Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Ressourcen werden auch benötigt, um andere Ressourcen zu erhalten, zu erweitern oder um Ressourcen mit anderen Personen zu tauschen“ (Schubert 2021b, S. 118).

Grundsätzlich könne jedes Personenmerkmal, auch jedes Verhalten oder jede Kognition, als Ressource wahrgenommen werden. Somit verfüge bereits jede Person per se über Ressourcen. Diese vorhandenen Ressourcen könnten z.B. mithilfe von Beratung aktiviert oder durch weitere Ressourcen erweitert werden (Brunner 2004, S. 1–2).

Es hat sich im Beratungskontext als hilfreich erwiesen, Ressourcen in verschiedene Kategorien zu unterteilen. In der Literatur findet sich meist die Unterscheidung zwischen personalen und sozialen- bzw. Umweltressourcen. Personale Ressourcen dienen laut Brunner demnach der handlungsregulierenden und handlungssteuernden Funktion bei der Bewältigung von Anforderungen und Belastungen. Sie beeinflussen die Stressbewertung positiv und fördern die Bewältigung stressreicher Situationen. Soziale Ressourcen bezögen sich hingegen auf die Aspekte soziale Integration, soziale Unterstützung und qualitativer Beziehungen. Brunner nimmt an, dass soziale Ressourcen vor allem in Krisensituationen eine Rolle spielen, während personale Ressourcen auch im stressfreien Alltag einen Einfluss auf das individuelle Befinden haben (Brunner 2004, S. 3–6).

Auch Schubert teilt Ressourcen in dieses zweigliedrige Kategoriensystem ein, definiert dieses jedoch etwas anders als Brunner. Demnach zählten zu der Kategorie „Personell“ alle physischen, psychischen, interaktionellen oder ökonomischen Ressourcen und zu der Kategorie „Umwelt“ sämtliche sozialen, sozialökologischen, sozialstaatlichen und soziokulturellen Ressourcen (Schubert 2021b, 118–120).

Ein Beispiel für eine dreigliedrige Unterscheidung von Ressourcenkategorien lässt sich bei Hobfoll finden. Er teilt diese in primäre, sekundäre und tertiäre Ressourcen ein. Primäre Ressourcen seien z.B. Essen, Gesundheit, Unterkunft und Kleidung und könnten auch als „Überlebensressourcen“ bezeichnet werden. Sekundäre Ressourcen seien z.B. soziale Unterstützung, Arbeit und ein soziales Umfeld, diese könnten jedoch nur erreicht werden, wenn die primären Ressourcen bereits vorhanden sind. Tertiäre Ressourcen wiederum seien z.B. die persönliche Erfüllung, finanzielles Vermögen oder sozialer Status. Hobfoll bezeichnet sie als kulturell konstruierte Ressourcen, die nur erreicht werden können, wenn primäre und sekundäre Ressourcen vorhanden sind (Hobfoll et al. 2017, S. 444).

2.1.2 Zusammenhang zwischen Stress und Ressourcen in der Ressourcenorientierten Beratung

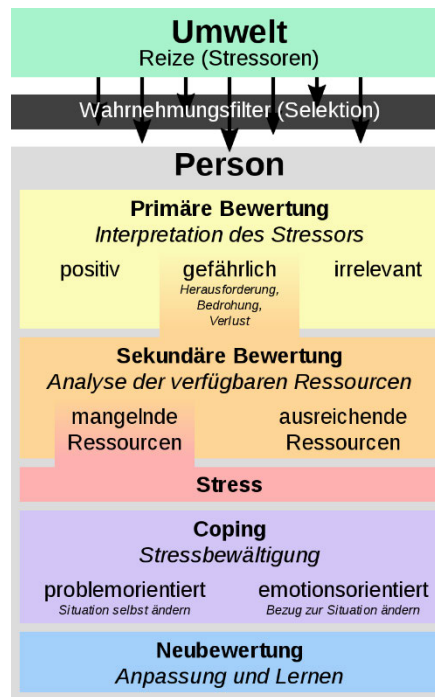
Spätestens nach der Etablierung der Ressourcenorientierung als einer von fünf Wirkfaktoren in Beratung und Psychotherapie (Grawe und Braun 1994), wurden die Ressourcen von Klient*innen in den beiden Professionen stärker in den Fokus gerückt. Um die Bedeutsamkeit und Notwendigkeit von Ressourcenorientierter Beratung noch deutlicher darzustellen, soll an dieser Stelle zunächst der Zusammenhang zwischen Ressourcen und Stress beschrieben werden, der sich auch vielfach in der Literatur wiederfinden lässt.

Unter anderem bezeichnen Schröder und Schwarzer (1997) hinsichtlich dieser Perspektive zunächst einmal alles als Ressource, das hilft, Stress zu bewältigen (Brunner 2004, S. 1).

Nach Gregusch sind Probleme eine Folge von fehlenden, verloren gegangenen oder nicht zielführend eingesetzten Ressourcen. In solchen Situationen erlebten Menschen Stress. Ressourcen müssten demnach eingesetzt werden, um sich von Verlusten zu erholen, vor Weiteren zu schützen und um neue Ressourcen dazuzugewinnen (Gregusch 2013, S. 236).

Die Nutzung von vorhandenen Ressourcen, um Stress zu verhindern oder entgegenzuwirken und um eine als belastend empfundenen Situation zu bewältigen, wird auch als „Coping“ bezeichnet. Die vorhandenen Ressourcen sind demnach ausschlaggebend für die Bewältigung jener Situationen (Eremit und Weber 2016, S. 136).

Auch das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1999) setzt Ressourcen, Stress und Coping in Verbindung miteinander. In dem unten gezeigten Schaubild werden die Zusammenhänge deutlich.



1 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus, erstellt von Philipp Guttman (2016)

Nimmt eine Person Reize aus ihrer Umwelt wahr, werden diese als erstes durch einen Wahrnehmungsfilter im Gehirn selektiert. Erst danach werden die Reize bewusst wahrgenommen und es erfolgt zunächst die primäre Bewertung, bei dem der Reiz bzw. Stressor entweder als positiv, irrelevant oder gefährlich eingestuft wird. Dabei wird bei der Kategorie „gefährlich“ noch weitergehend zwischen den drei möglichen Gründen „Herausforderung“, „Bedrohung“, oder „Verlust“ unterschieden. In der sekundären Bewertung, wird dann analysiert, ob genügend Ressourcen vorhanden sind, um mit der Situation zurecht zu kommen. Sind nicht genügend Ressourcen vorhanden, wird die Situation als Stress wahrgenommen und versucht, diese zu bewältigen („Coping“). Dabei kann die Situation entweder problemorientiert oder emotionsorientiert bewältigt werden. Im ersten Fall wird die Situation selbst geändert, also kann das Problem, dass die stressbringende Situation verursacht hat, zum Beispiel gelöst oder vermieden werden. Im zweiten Fall wird der eigene Bezug zur Situation verändert, also die Einstellung oder die persönliche Denkweise über die Situation. Aus der Bewältigung folgt im letzten Schritt die Neubewertung, also ein Anpassungs- und/oder Lerneffekt, der Einfluss auf die nächste potentiell stressauslösende Situation einnimmt.

Eine weitere Theorie, die Ressourcen und Stress in Bezug zueinander setzt ist die „Conservation of Ressources“-Theorie nach Hobfoll, die er 1989 veröffentlichte.

Gemäß dieser Theorie streben Menschen danach, Ressourcen zu erwerben, zu schützen und zu erweitern. Stress entstehe als Folge von Situationen, in denen Ressourcen bedroht seien oder tatsächlich verloren gehen. Dieser Stress führe daraufhin wiederum zum Versuch, den Ressourcenverlust zu limitieren und gleichzeitig Ressourcen zu gewinnen, bzw. die bestehenden Ressourcen zu erhalten. (Hobfoll et al. 2017, S. 443). Hobfoll entwickelte in seiner Theorie Grundsätze („Principles“), und Schlussfolgerungen („Corollaries“), von denen die Wichtigsten an dieser Stelle kurz dargestellt werden sollen.

Der erste Grundsatz lautet: "Resource loss is disproportionately more salient than is resource gain in both degree and speed of impact" (Hobfoll et al. 2017, S. 446), der Ressourcenverlust hat also immer sowohl eine stärkere, als auch schneller eintretende Auswirkung als der Ressourcengewinn. Der zweite Grundsatz lautet: "People must invest resources to protect against resource loss, recover from losses, and gain resources" (Hobfoll et al. 20), was bedeutet, dass um den Verlust weiterer Ressourcen zu verhindern, um sich von Ressourcenverlust zu erholen und um neue Ressourcen zu gewinnen, Menschen wiederum Ressourcen einsetzen bzw. investieren müssen.

Eine der wichtigsten Schlussfolgerungen von Hobfoll's Theorie ist, dass Menschen mit mehr Ressourcen weniger anfällig sind für Ressourcenverlust und leichter Ressourcen wiedergewinnen können, da sie entweder aus ihrem persönlichen Ressourcenpool schöpfen können oder Zugang zu sozialen Ressourcen haben, um Stress zu verhindern.

Auch Schubert (2021b) kommt zu dem Schluss: Ressourcen begünstigen sich gegenseitig: Hat eine Person z.B. viele psychische und interaktionelle Ressourcen, dann begünstigt dies die Gestaltung und den Umgang mit sozialen Umweltressourcen. Umgekehrt fördern soziale Umweltressourcen (wie z.B. soziokulturelle Teilhabemöglichkeiten) die Entwicklung von psychischen und interaktionellen Ressourcen (ebd. S.120).

Dies funktioniert aber auch umgekehrt: Menschen mit weniger Ressourcen sind entsprechend anfälliger für Ressourcenverlust und haben weniger Möglichkeiten, neue Ressourcen zu gewinnen (Hobfoll et al. 2017, S. 447). Zudem erzeugt der Verlust auch weitere Verluste in der Zukunft. Sogenannte Ressourcenverlustspiralen entstehen dadurch, dass, wie in Grundsatz 2 erläutert wurde, Ressourcen investiert werden

müssen, um den Verlust auszugleichen und/oder sich vor neuen Verlusten zu schützen. Übersteigt dabei jedoch die Investition das Ziel, resultiert dies in weiteren Ressourcenverlusten (Hobfoll et al. 2017, S. 448).

Die letzte Schlussfolgerung Hobfolls hinsichtlich der Auswirkung von mangelnden Ressourcen, lautet, dass Menschen dazu neigen, eine defensive Haltung zu entwickeln, um ihre (wenigen) Ressourcen zu schützen. Das kann in psychologischen Zusammenhängen z.B. eine Verweigerungshaltung sein, die auf kurzer Dauer zwar hilfreich erscheint, auf langer Sicht aber zu einem verringerten Engagement und/oder Bereitschaft zum Finden potentieller neuer Ressourcen führt (Hobfoll et al. 2017, S. 449).

Schubert betont, dass die beschriebenen Gefahren der Ressourcenverluste die Betonung der Fähigkeiten und Kompetenzen von Klient*innen in der Beratung so bedeutsam macht (Schubert 2021b, S. 120). Aufgrund der allgemein gültigen Wirkweise von Ressourcenorientierung könne diese zudem störungs-, (therapie)schulen und verfahrensübergreifend eingesetzt werden (Schubert 2021a, S. 202).

Grawe belegte im Rahmen der Konsistenztheorie, dass die Betonung von Fähigkeiten und Fertigkeiten durch den Berater oder die Beraterin, Klient*innen eine hohe Selbstwerterfahrung ermöglicht (Grawe und Braun 1994). Durch einen erhöhten Selbstwert sei es den Klient*innen möglich, sich an Schwierigkeiten heran zu wagen und eine Verringerung der Diskrepanz zwischen seinen Zielen und der noch bestehenden Realität zu erreichen. Die Wahrnehmung dieser Verringerung verbessert schließlich das Wohlbefinden der Klient*innen (Härter et al. 2015, S. 11–15; Schubert 2021a, S. 200).

Brunner fasst diesen Effekt mit folgendem Zitat zusammen:

„Bei einer erfolgreichen Ressourcenorientierung erkennt sich der Patient von seiner positiven Seite und macht Wahrnehmungen hinsichtlich seiner Ziele und Grundbedürfnisse. Dieser Aspekt führt gleichzeitig zu einer Steigerung des Wohlbefindens. Durch eine Verbesserung des Wohlbefindens wird die Aufnahmebereitschaft des Patienten z.B. hinsichtlich Problembearbeitung verstärkt und der Patient arbeitet aktiver mit. [...] Dieser durch Ressourcenaktivierung in Gang gebrachte Prozess ist ein sich selbst aufrechterhaltender positiver Rückkopplungsprozess, der die Grundlage für weitere Interventionsmöglichkeiten schafft. Nur durch Aktivierung dieses Prozesses gelingt es dem Therapeuten positive Veränderungen beim Patienten zu erzielen“ (Brunner 2004, S. 14).

Auch wenn der Anlass von Beratung zwar immer ein in irgendeiner Form bestehendes Problem ist, so ist nun jedoch deutlich geworden, dass es im Wesentlichen die Ressourcen sind, die zur Lösung des Problems beitragen und somit die Problemlösung deutlich erleichtern können (Härter et al. 2015, S. 14).

2.1.3 Methoden der Ressourcenorientierten Beratung

Doch wie funktioniert Ressourcenorientierung in der Beratungspraxis genau? Zunächst einmal kann Ressourcenorientierung laut Härter auf zwei Weisen verstanden werden: Einerseits sei es die bewusste Aktivierung von Ressourcen beim Klienten durch bestimmte Interventionen, andererseits aber auch eine ressourcenvolle Haltung des Beraters bzw. der Beraterin, der oder die versucht, das Augenmerk seiner oder ihrer Klient*innen immer wieder auf deren Kompetenzen und Fähigkeiten zu lenken (Härter et al. 2015, S. 10).

Laut Schubert ist Ressourcenorientierung die grundlegende Haltung des Beraters oder der Beraterin. Den spezifischen Arbeitsprozess, der Ressourcen für die Bewältigung von Problemen erfasst und nutzt, nennt Schubert „Ressourcenaktivierung“ (Schubert 2021b, S. 117). Auch wenn diese Unterscheidung sinnvoll erscheint, so werden in dieser Arbeit die Begriffe „Ressourcenorientierung“ und „Ressourcenaktivierung“ als Synonyme verwendet. Dies liegt darin begründet, dass zum einen die Begriffe in der Literatur nicht eindeutig voneinander unterschieden werden, und mit einer Umformulierung die jeweiligen Aussagen der Autoren im Zweifel verfälscht werden könnten. Zum anderen meint der im Titel des Projekts und damit auch in dieser Arbeit genutzte Begriff „Ressourcenorientierte Beratung“ sowohl Ressourcenorientierung, als auch Ressourcenaktivierung.

Ressourcenaktivierende Interventionen haben immer das Ziel, die Hoffnungslosigkeit von Klient*innen zu überwinden und den Blick auf Stärken und Potentiale zur Bewältigung von Problemen zur Lebensgestaltung zu öffnen (Schubert 2021a, S. 203). Dabei bestehe die Ressourcenaktivierung aus drei Komponenten: (1) vorhandene Ressourcen stärken, (2) brachliegende Ressourcen fördern und (3) neue Ressourcen schaffen (Härter et al. 2015, S. 15). Ressourcenorientierung bedeute zudem auch immer gegenwartsorientiert zu arbeiten, also mit dem was aktuell im Hier und Jetzt da ist (Langosch 2015, S. 15).

„Ressourcenorientierung“ und „Ressourcenaktivierung“ tauchen in der Literatur zu Beratung zwar immer wieder als Begriffe auf, dennoch gibt es keine einheitliche Methode hierfür. Vielmehr können verschiedene Vorgehensweisen, Ansätze und Methoden darunter verstanden werden. Langosch versteht als Unterkategorien von ressourcenorientierter Beratung z.B. folgende Ansätze und Schwerpunkte in der Beratung (Langosch 2015, S. 23–24):

1. Lösungsfokussierte Kurztherapie und lösungsfokussierter Ansatz (Lösungsfokussierung, Zukunftsorientierung, Realisierungsorientierung)
2. Resilienz (Fokussierung auf Stärken und Fähigkeiten, Fokussierung auf bereits bestehende Bewältigungsstrategien)
3. Motivierende Gesprächsführung (Ausrichtung auf Motivationslagen der Klient*innen, Klient*innenzentrierung)
4. Case Management (Systematisierung des Ablaufs der Hilfe und Unterstützung, Einbindung externer Ressourcen (Vernetzung))

In der praktischen Arbeit unterscheidet Schubert zwischen dem Ein- und dem Zweiprozessmodell der Ressourcenaktivierung. Beim Ein-Prozessmodell stehe die Arbeit mit Ressourcen und Veränderungszielen im absoluten Vordergrund, das Problem spiele hierbei keine Rolle (Schubert 2021a, S. 201–202). Einer der bekanntesten Ansätze mit dieser Vorgehensweise ist z.B. die Lösungsorientierte Kurzzeittherapie nach Steve de Shazer.

Beim Zwei-Prozessmodell, werden zunächst die Ressourcen des Klienten oder der Klientin identifiziert und aktiviert, dann jedoch auch das Problem miterfasst und erschlossen. Es werden Ressourcenschädigungen erfasst und weitere Interventionen zur Problembewältigung umgesetzt (Schubert 2021a, S. 201–202).

Schubert (2021a, S. 203–211) unterscheidet außerdem noch zwischen der Arbeit mit personellen Ressourcen und der Arbeit mit sozialen Ressourcen, analog der in Kapitel 2.1.1 beschriebenen Kategorisierung.

Arbeit mit personellen Ressourcen

1. Ressourcenaktivierung über die Beziehungs- und Prozessgestaltung

Im Sinne der oben beschriebenen Ergebnisse der Konsistenztheorie nach Grawe sollen mithilfe der Ressourcenaktivierung über die Beziehungs- und Prozessgestaltung vor

allem der Selbstwert, die Selbstwirksamkeit und das Wohlbefindens von Klient*innen aktiviert werden. Das geschieht, indem persönliche Fähigkeiten in den Fokus gerückt werden. Der Berater/die Beraterin benutzt verschiedene Techniken, um die Klient*innen auf Fähigkeiten aufmerksam zu machen, wie z.B. Spiegeln, bestimmte Fragetechniken, Reframeing etc. Er oder sie kann dabei auch die Interessen und Motive der Klient*innen berücksichtigen.

2. Aktivierung konkreter Potentiale und Ressourcen

Hierbei fragt der Berater bzw. die Beraterin nach Situationen, in denen sich die Klient*innen als kompetent erlebt haben bzw. welche Bewältigungsstrategien in früheren Belastungssituation schon einmal geholfen haben (Frage nach früheren Erfolgen). Dies ermöglicht die Entwicklung von Wissen und Ideen für die Bewältigung aktueller Herausforderungen.

3. Systemisch-lösungsorientierte Strategien zur Ressourcenaktivierung

Bei diesem Ansatz werden positiv formulierte Veränderungsziele verfasst, welche dann über drei Hauptstrategien entwickelt werden können:

- a) Herausarbeiten von Ausnahmen
- b) Aktivieren von hypothetischen Lösungen und/oder Vorstellung einer positiven Zukunftsgestaltung ("Wunderfrage")
- c) Erarbeiten von Zielvorstellungen, als brauchbare Alternativen zum erlebten Problem

Hierfür eignen sich unter anderem systemische Frageformen, wie z.B. zirkuläres Fragen und Skalenfragen, Reframing und Statt-dessen-Fragen. Kreativen Fragetechniken wie z.B. Verschlimmerungsfragen können den Klient*innen auf humorvolle Weise helfen, Ressourcen abzuleiten.

Arbeit mit sozialen Ressourcen

1. Aktivierung sozialer Netzwerk- und Unterstützungsressourcen

Das Ziel bei dieser Herangehensweise ist es (wo es sinnvoll und möglich ist) vorhandene Beziehungen und Netzwerke zu stärken und wiederzubeleben, um das Problem zu bewältigen. Hierbei helfen verschiedene grafische Darstellungen, um das

aktuelle Netzwerk im Detail darzustellen und/oder eventuelle brachliegende Ressourcen zu aktivieren (z.B. Netzwerkkarte, Ressourcenkarte, etc.).

2. Aktivierung interaktioneller Ressourcen

Das Ziel hierbei ist es, die Fähigkeiten der Klient*innen zu verbessern, Unterstützung und Hilfe aus ihrem Umfeld/Netzwerk zu erfragen und anzunehmen und dabei auch die Bereitschaft und die dafür nötigen kommunikativen Kompetenzen aufzubauen. Es sollen zudem die Fähigkeit gestärkt werden, eine Ausgeglichenheit zwischen Nehmen und Geben herzustellen.

3. Ressourcentransfer

Bei dieser Herangehensweise sollen Ressourcen entwickeln werden, die es ermöglichen, die erlernten Ressourcen zu transferieren und auf andere Probleme und Kontexte zu beziehen. Ein erster Schritt kann dabei sein, Problemlösungsverhalten zunächst im Beratungskontext, und dann schrittweise in realen Situationen auszuprobieren. Dabei können Symbole als Erinnerungen und Transferverstärkung genutzt werden.

Schubert betont während des gesamten Beratungsprozesses zu bedenken, dass Ressourcen vom Individuum nicht immer als solche wahrgenommen werden. Häufig bestünde eine Diskrepanz zwischen von außen wahrgenommenen Ressourcen und der Wahrnehmung der Klient*innen. Ihre Funktionalität erhalten Ressourcen erst, wenn sie von diesen für den bestimmten Kontext als sinnvoll und brauchbar bewertet werden (Schubert 2021b, S. 120).

Die in Kapitel 2.1 beschriebenen Grundlagen zeigen, weswegen die Betonung von und die Arbeit mit Ressourcen eine große Rolle spielen, um Probleme von Klient*innen zu lösen und Stress zu vermeiden oder zu reduzieren. Gemeinsam mit den erläuterten Herangehensweisen bilden sie einen wichtigen Teil des Fundaments für das durchgeführte Evaluationsprojekt.

2.2 Autismus-Spektrum-Störung

2.2.1 Historie und Begrifflichkeiten

Die erste Verwendung des Begriffs „Autismus“ tauchte 1911 bei Eugen Bleuler auf, der Autismus als ein Grundsymptom der „Gruppe der Schizophrenien“ beschreibt. Aus diesem Grund zählte Autismus bis in die 1970er Jahre offiziell zur Überkategorie „Schizophrenie“ (Riedel und Clausen 2016, S. 12). Erst ca. 30 Jahre später veröffentlichten der Kinderpsychiater Leo Kanner und der Kinderarzt Hans Asperger fast zeitgleich (1943 und 1944) aber unabhängig voneinander ihre Fallbeschreibungen über Kinder mit auffälligen Verhaltensweisen. Beide fassen diese Auffälligkeiten unter dem Begriff „Autismus“ zusammen (Dziobek und Stoll 2019b, S. 21; Theunissen und Paetz 2011, S. 13; Riedel und Clausen 2016, S. 13).

Während sich die Forschungen von Kanner verbreiteten und 1978 in den DSM III aufgenommen wurden, blieb Aspergers Arbeit bis in die 1980er Jahre unbekannt. Erst 1981 bezog sich Lorna Wing in ihrer Arbeit auf Aspergers Forschungen, welche dann von Uta Frith ins Englische übersetzt wurde (Dziobek und Stoll 2019b, S. 21). Dabei stammt das Wort „Autismus“ ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet „selbst“. Asperger und Kanner benutzten dieses Wort um zu zeigen, dass die Kinder aus ihren Beobachtungen sehr auf sich selbst bezogen waren (Dziobek und Stoll 2019b, S. 21).

Bis vor einigen Jahren wurden sowohl im amerikanischen DSM, als auch im ICD, das überwiegend in Europa genutzt wird, die „Autistische Störung“ (nach Kanner) und das „Asperger-Syndrom“ (nach Asperger) als sogenannte „Tiefgreifende Entwicklungsstörung“ klassifiziert. (Dziobek und Stoll 2019b, S. 21). Unter dieser Klassifizierung etablierten sich viele verschiedene Diagnoseformen und -bezeichnungen (u.a. „Autistische Störung“, Frühkindlicher Autismus“, und „Atypischer Autismus“). Erst mit der Erscheinung des DSM-V 2013 wurden diese vielen Subkategorien zu der einheitlichen Bezeichnung „Autism Spectrum Disorder“ zusammengefasst, welche sich mittlerweile auch in der 2019 verabschiedeten und im Januar 2022 in Kraft getretenen ICD-11 als „Autismus-Spektrum-Störung“ finden lässt (Dziobek und Stoll 2019b, S. 22).

Über die korrekte Bezeichnung von Autismus und Autist*innen wird sowohl in der Autismus-Community, als auch unter Fachkräften viel diskutiert. Eine vollständig

einheitliche aktuelle Bezeichnung hat sich dabei noch nicht etabliert. Die Begriffe „Autisten“, respektive „Autistinnen“ und „Menschen im Autismusspektrum“ werden verwendet, um den pathologischen Beiklang von *Autismus-Spektrum-Störung* zu vermeiden (Riedel und Clausen 2016, S. 17). Dziobek und Stoll schlagen zudem statt „Autismus-Spektrum-Störung“ den Begriff „Autismus-Spektrum-Spezifik“ vor, der sich praktischerweise ebenfalls mit dem geläufigen Kürzel „ASS“ abkürzen lässt (Dziobek und Stoll 2019b, S. 25).

2.2.2 Diagnosekriterien und Merkmale

Im vorherigen Kapitel wurde bereits beschrieben, dass in dem im Mai 2013 erschienenen DSM-V erstmals alle unterschiedlichen Autismusformen als sogenannte „Autismus-Spektrum-Störung“ zusammengefasst und die Unterscheidung in verschiedene Subgruppen aufgegeben wurde (Kamp-Becker und Bölte 2021, S. 16). Grund hierfür ist, dass die Forschung der letzten zwei Jahrzehnte wenig Evidenz für qualitative Unterschiede in den verschiedenen Formen gebracht hat und sie sich zudem nicht ausreichend voneinander abgrenzen ließen (Riedel und Clausen 2016, S. 13; Kamp-Becker und Bölte 2021, 8 und 16; Dziobek und Stoll 2019b, S. 22).

In Abbildung 2 von Kamp-Becker und Bölte (2021) sind die Diagnosekriterien entsprechend des DSM-V gekürzt und sinngemäß zusammengefasst dargestellt. Neben den im Schaubild beschriebenen Diagnosekriterien versucht das DSM-V zudem die Heterogenität des Spektrums zu berücksichtigen, in dem es die Möglichkeit offen lässt, zwischen verschiedenen Schweregraden zu unterscheiden, da einzelne Symptome weniger oder stärker ausgeprägt sein können (Kamp-Becker und Bölte 2021, S. 19). Durch eine Bezifferung wird zudem noch unterschieden, ob eine begleitende intellektuelle oder sprachliche Beeinträchtigung vorliegt (ebd.).

Kamp-Becker und Bölte empfehlen sowohl für Diagnostik, als auch für die Forschung das DSM-V, auch wenn die offizielle Diagnose dann nach ICD-11 erfolgt (Kamp-Becker und Bölte 2021, S. 21). Auch diese Arbeit orientiert sich am DSM-V, weswegen aus Platzgründen an dieser Stelle auf eine genaue Darstellung und Erläuterung der Diagnosekriterien nach ICD-11 verzichtet wird. Im Folgenden sollen die Merkmale der ASS, die sich in den Diagnosekriterien des DSM-V wiederfinden lassen, genauer beschrieben werden.

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

2 Diagnostische Kriterien für die Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-V (gekürzt und sinngemäß) nach Kamp-Becker und Bölte (2021)

In Abschnitt A der Abbildung 2 wird als erstes Diagnosekriterium „Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion“ beschrieben. Darunter fallen vor allem Schwierigkeiten im Verstehen und Ausdrücken nonverbaler Kommunikationsweisen, wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Gestik und Körpersprache.

Der Blickkontakt kostet Menschen mit ASS meist große Anstrengung und führt häufig dazu, dass sie dem gesprochenen Wort schlechter folgen können, da ein Großteil der Aufmerksamkeit und Konzentration in das Aufrechterhalten des Blickkontakt investiert wird (Dziobek und Stoll 2019b, S. 28). Die Schwierigkeit, Mimik bei anderen Menschen zu lesen führt bei Menschen mit ASS häufig zu Problemen, die Gefühle oder Absichten anderer zu erkennen (Dziobek und Stoll 2019b, 29f.). Zudem ist das Ausdrücken eigener Emotionen, sowohl verbal, als auch nonverbal, häufig eingeschränkt (Kamp-Becker und Bölte 2021, S. 13 und Theunissen und Paetz 2011, S. 18), woraus Menschen mit ASS in der positiven Gestaltung sozialer Interaktionen

ein deutlicher Nachteil entsteht (Dziobek und Stoll 2019b, 30f). Personen mit ASS seien in Gesprächen schnell überfordert. Vor allem im Small Talk, in dem es nicht um faktische Informationen, sondern eher um oberflächliche oder belanglosere Gesprächsinhalte geht und der eher zur Kontaktaufnahme oder zum Herstellen einer positiven Atmosphäre dient, löst in Personen mit ASS häufig Stress aus (ebd.).

Das wiederum wirke sich auf die Fähigkeit aus, altersentsprechende Beziehungen und Freundschaften zu entwickeln und führt häufig zu sozial und emotional unangepasstem Verhalten oder fehlender sozialer und emotionaler Gegenseitigkeit (Theunissen und Paetz 2011, 16f.; Kamp-Becker und Bölte 2021, S. 13).

Unter Theory of Mind wird die Fähigkeit verstanden „sich selbst und anderen mentale Zustände wie Emotionen, Gedanken oder Absichten zuzuschreiben“ (Dziobek und Stoll 2019b, S. 31). Sie ist Voraussetzung, um zu bemerken, was den anderen interessieren oder auch langweilen könnte und stellt demnach eine wichtige Fähigkeit im Gespräch dar (Riedel und Clausen 2016, S. 27). Perspektivübernahme und Theory of Mind, als Möglichkeiten mentale Zustände des Gegenübers zu erkennen, sind zwar bei Menschen mit ASS erschwert, jedoch helfen die intellektuellen Fähigkeiten dieses Personenkreises manchmal, diese Schwächen zu kompensieren. Dies funktioniert z.B. mithilfe expliziter Regeln, die auswendig gelernt und angewandt werden können. Allerdings, wenn viele Personen gleichzeitig im Gespräch sind und es kein klar definiertes Thema gibt (z.B. beim Smalltalk), können die Regeln weniger zuverlässig angewendet werden und generell braucht es mehr kognitive Ressourcen, um dem Gespräch zu folgen und den Inhalt zu verstehen. Neurotypische Personen können sich hier mehr auf ihre Intuition verlassen, die Personen mit ASS meistens fehlt (Dziobek und Stoll 2019b, 32f).

Ein weiterer Aspekt in Bezug auf die soziale Interaktion und Kommunikation bei Menschen im Autismus-Spektrum sind Besonderheiten in der Sprache. Dazu gehören zum Beispiel die Schwierigkeit, Gespräche zu initiieren und diese aufrecht erhalten zu können, das Missachten von Regeln der Konversation und die Neigung zum Monologisieren, Probleme damit, kontextabhängige und nichtwörtliche Bedeutung der Sprache zu verstehen, sowie Auffälligkeiten in Intonation, Pragmatik, Sprachmelodie und Sprachrhythmus (Theunissen und Paetz 2011, S. 17; Kamp-Becker und Bölte 2021, 14f; Riedel und Clausen 2016, 40f)

In Abschnitt B der Abbildung 2 werden eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten als zweites wichtiges Diagnosekriterium für ASS genannt.

Hierzu zählen sogenannte Stereotypien, die sich auf motorischer oder sprachlicher Ebene zeigen, oder zum Beispiel im repetitiven Gebrauch von Objekten. Oft werde dieses Verhalten zur Selbststimulation der Sinne gebraucht (Kamp-Becker und Bölte 2021, S. 14). Menschen mit ASS zeigen zudem häufig eine ausgeprägte Abwehrhaltung gegenüber jeglicher Veränderung, z.B. beim täglichen Ablauf, bei zurückgelegten Wegen oder der Ordnung in der eigenen Wohnung. Sie bevorzugen hingegen ritualisierte, vorhersehbare Abläufe (Riedel und Clausen 2016, S. 25). Die Folge bei Veränderungen oder nicht Einhaltung der Abläufe können u.a. Panikzustände sein (Kamp-Becker und Bölte 2021, S. 15).

Zu diesem Diagnosekriterium ebenfalls zugehörig sind ungewöhnliche Interessen und Verhaltensmuster. Häufig weichen die sogenannten Spezialinteressen vor allem im Umfang der Beschäftigung von Interessen oder Hobbys von neurotypischen Personen ab (Dziobek und Stoll 2019b, S. 37; Kamp-Becker und Bölte 2021, S. 15). Im Schnitt beschäftigen sich Menschen aus dem Autismus-Spektrum 26 Stunden pro Woche mit ihrem Spezialinteresse. Dies kann ggf. zwanghaft wirken, tatsächlich ist jedoch das Gegenteil der Fall: Die intensive Beschäftigung mit dem Spezialinteresse kann zum Flow-Erleben und zu vielen positiven Affekten führen und damit auch Stress reduzieren (Dziobek und Stoll 2019b, S. 38).

Ein ganz bedeutsames Diagnosemerkmal sind die Wahrnehmungsbesonderheiten von Menschen im Autismus-Spektrum. Obwohl diese schon seit Mitte der 80er Jahre in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert werden, wurde dieser Aspekt in der klinischen Diagnostik lange vernachlässigt (Theunissen und Paetz 2011, S. 18). Die besondere Wahrnehmung zeigt sich in einer anderen Verarbeitung von Umgebungsreizen, die sich sowohl in Hyper- als auch Hyposensitivitäten auf allen Sinneskanälen ausdrücken kann (Riedel und Clausen 2016, S. 25; Kamp-Becker und Bölte 2021, S. 16; Dziobek und Stoll 2019b, S. 41). Beispiele hierfür sind zum einen eine Überempfindlichkeit auf (laute) Geräusche, Berührungen, Gerüche oder Licht. (Dziobek und Stoll 2019b, 41f.).

Beispiele für Unterempfindlichkeiten wiederum sind z.B. die vermeintliche Taubheit von Autist*innen oder der Versuch, sich selbst durch visuelle Reize zu stimulieren,

indem sie zum Beispiel das Licht häufig ein- und ausschalten. Unterempfindlichkeiten im olfaktorisch-gustatorischen Bereich führen häufig dazu, dass Menschen dazu neigen, die Welt riechend und schmeckend zu erkunden wohingegen ein vermindertes Schmerzempfinden häufig eine Folge von Unempfindlichkeiten im taktilen Wahrnehmungsempfinden sein kann (Theunissen und Paetz 2011, S. 19).

Es sind jedoch auch Auffälligkeiten in der propriozeptiven und vestibulären Wahrnehmung zu beobachten: Hierzu gehören bei Unterempfindlichkeit z.B. die Tendenz, Reize zu suchen, die Druck auf den Körper ausüben, den Körper mit drehen, hüpfen und hin- und herschaukeln zu stimulieren oder genau diese Reize bei einer Überempfindlichkeit entsprechend zu vermeiden (ebd.).

Neben den Hyper- und Hyposensibilitäten wird als Grund für die sensorischen Besonderheiten von Menschen mit ASS als wichtiger Faktor auch die so genannte Filterschwäche gesehen. Die Reize werden vom Gehirn also nicht nach für den Kontext und die jeweilige Situation passende Wichtigkeit priorisiert und unwichtige Reize quasi ausgeblendet, wie es bei neurotypischen Menschen der Fall ist, sondern viele Menschen mit ASS nehmen sensorische Reize gleichbedeutend und gleich stark wahr. Dadurch kann es schnell zu einer Reizüberflutung kommen, die auch als Overload bezeichnet wird (Dziobek und Stoll 2019b, S. 42); (Theunissen und Paetz 2011, S. 20), auf welche im folgenden Kapitel genauer eingegangen werden soll.

2.2.3 Stress bei Menschen im Autismus-Spektrum

Viele der im vorherigen Kapitel beschriebenen Defizite und Schwächen führen im Alltag von Menschen mit ASS vor allem im Umgang mit ihren Mitmenschen zu enormen Stress (Attwood 2006, S. 351–355; Groden et al. 2006, S. 16–18). Um Wiederholungen zu vermeiden, soll an dieser Stelle nur stichwortartig die besonders typischen Ursachen für Stress nach Janzen et al. (Janice E. Janzen et al. 2006, 329f) genannt werden:

1. physische Probleme (z.B. Schmerzen)
2. Reizüberflutung
3. fehlen von wichtigen Informationen (und Unfähigkeit dies zu kommunizieren oder danach zu fragen)
4. Menschen (bzw. soziale Interaktion mit diesen)
5. Veränderungen
6. Unterbrechungen und Übergänge

7. Langeweile und Wartesituationen

Sind Menschen, egal ob mit oder ohne ASS, zu vielen Stress auslösenden Faktoren ausgesetzt, kann es zu so genannten „Overloads“ kommen. Reaktionen auf den Stress können dann Rückzug aus der Kommunikation, Mutismus, Einengung des Bewusstseins und der Handlungsmöglichkeiten, sensorisches Rückzugsverhalten (z.B. Weglaufen oder Ohrenzuhalten), bis hin zu Wutanfällen und Selbst- oder Fremdverletzungen sein (Riedel und Clausen 2016, S. 119). Diese Reaktionen treten jedoch bei Menschen mit ASS aufgrund der oben genannten Defizite und der besonderen Empfindlichkeit für Stress eher und häufiger auf (Riedel und Clausen 2016, S. 118; Groden et al. 2006, S. 15).

Es wird zwischen zwei Arten von Overloads unterschieden: Overloads erster Art treten plötzlich auf, wenn Personen z.B. unerwartet einer sehr reizüberfüllten Umgebung ausgesetzt sind. Die andere Art tritt eher schleichend auf, hier summiert sich die Belastung auf, bis das sprichwörtliche Fass zum Überlaufen gebracht wird (Dziobek und Stoll 2019b, S. 34). Menschen mit ASS müssen vor allem in einer angespannten oder herausfordernden sozialen Interaktion ihre Energie und Ressourcen darauf verwenden, ihr eigenes Stressniveau zu regulieren. Das führt dazu, dass sie weniger Kapazitäten haben, adäquat auf die Bedürfnisse anderer zu reagieren (Dziobek und Stoll 2019b, S. 48), woraufhin es wiederum zu weiteren Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion kommen kann.

Ein weiterer Begriff, der in der Autismus-Literatur in Zusammenhang mit Stress häufig auftaucht, ist „Meltdown“. Dziobek und Stoll schreiben hierzu folgendes:

„Kann man einem Overload-Zustand nicht entfliehen oder diesen ausreichend ausgleichen, dann kann es unter Umständen zu einem sog. Meltdown kommen. Zu Meltdowns (Kernschmelze) werden konventionell jene Zustände gezählt, die einen gewissen Kontrollverlust mit sich bringen: Wutausbrüche, Weinkrämpfe, Desorientierung, Wahrnehmungsverzerrungen etc. Ein Overload ist ein Zuviel an Umgebungsvariablen - ein Meltdown dann das Zuviel vom vorherrschenden Overload“ (Dziobek und Stoll 2019b, S. 34).

Attwood beschreibt kurzzeitige und langzeitige Effekte, die bei Menschen im Autismus-Spektrum durch Stress ausgelöst werden: Auf lange Sicht könnten sich demnach die Schwere der Merkmale von Autismus und die Zeit, die Menschen alleine, für sich z.B. mit ihren Spezialinteressen verbringen, erhöhen. Kurzzeitige Effekte könnten ein Anstieg in Rigidität z.B. in der Durchführung von Routinen sein oder der Wunsch nach mehr Kontrolle in der Bewältigung des Alltags. Des Weiteren beobachte

Attwood, dass sich oppositionelles und hyperaktives Verhalten verstärken und Personen mit Autismus unter Stress kritischer mit sich selbst und anderen umgehen. Letztendlich sei die Intensität der erlebten Emotionen bei Stress erhöht, inklusiver starker Episoden von Panik und Wut (Attwood 2006, S. 356).

2.2.4 Zusammenhang von Stress und Ressourcen bei Menschen im Autismus-Spektrum

Menschen mit ASS versuchen auf ganz unterschiedliche Weise mit dem oben beschriebenen Stress umzugehen. Wie in Kapitel 2.1. beschrieben, ist auch hier in der Regel der Einsatz von Ressourcen nötig.

Ein mögliches Verhalten, um z.B. die vielen einströmenden Reize zu kompensieren, ist das „Ausschalten“ („shutting down“) der Sinneskanäle als Schutzmechanismus oder das so genannte „monoprocessing“, also sich nur noch auf einen Sinneskanal zu fokussieren (Janice E. Janzen et al. 2006, S. 326).

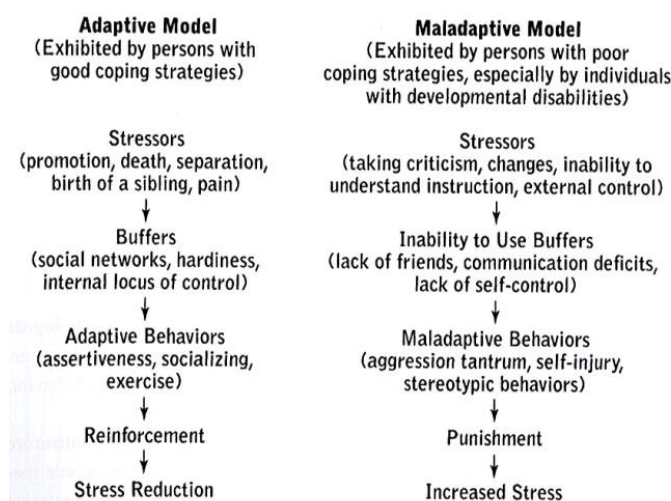
Mithilfe der starken intellektuellen Fähigkeiten können sich viele Autist*innen zudem die Regeln des sozialen Miteinanders erschließen bzw. sie erlernen, statt sie sich intuitiv anzueignen, wie es neurotypische Menschen tun. Mit dieser Strategie sind manche Betroffene so erfolgreich, dass selbst erfahrene Kliniker das Sozialverhalten nicht auffällig finden (Dziobek und Stoll 2019, S. 45; Riedel und Clausen 2016, 30f.). Um die Strategien auf diesem Niveau anwenden zu können, verbrauchen Personen mit ASS jedoch sehr viel mehr interne Ressourcen, was in der Folge zu einer chronischen Überlastung und zu komorbiden psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen führen kann (Dziobek und Stoll 2019, S. 45). Erwachsene unterdrücken Stereotypen (z.B. bestimmte Bewegungen, Echolalie, das Wiederholen von bestimmten Wörtern, Selbstgespräche, Routineorientierung) um nicht sozial aufzufallen (Riedel und Clausen 2016, S. 30). Durch das Unterdrücken und kompensieren wirken Menschen mit ASS zwar nach außen sehr normal, der oder die Betroffene büßt dies jedoch auf der innerpsychischen Ebene häufig mit schweren Erschöpfungssymptomen ein (ebd. S. 32).

Groden et al. (2006, S. 19) unterscheiden bei den eingesetzten Coping-Strategien zwischen einem adaptiven und einem maladaptiven Modell. Das adaptive Modell wird vor allem bei Personen mit guten bzw. vielen Coping-Strategien beobachtet, das

maladaptive Modell hingegen bei Personen mit wenig bzw. schlechten Coping-Strategien und insbesondere bei Personen mit Entwicklungsstörungen, da diese Personen aufgrund des fehlenden Intellekts nicht auf oben beschriebene Kompensationsmöglichkeiten zurückgreifen können. Als Reaktion auf unterschiedliche Stressoren stehen Personen mit guten und vielen Coping-Strategien Ressourcen („buffers“) und Verhaltensweisen zur Verfügung, die sie befähigen, sich an eine neue Situation anzupassen und einen Umgang damit zu finden. Dadurch erleben diese Personen eine Stärkung und in Folge die Reduktion von Stress.

Personen, die dem maladaptiven Modell zugehörig eingeschätzt werden, haben keine Ressourcen oder keine Möglichkeit, Ressourcen als Puffer einzusetzen. Dies führt zu Verhalten, das nicht zur Anpassung bzw. zum Umgang mit dem Stress dient. Dieser Personenkreis erlebt für sein Verhalten im Alltag häufig Bestrafung, was zu einer Verstärkung bzw. Erhöhung des erlebten Stresses führt.

Somit sind Personen im maladaptiven Modell, die also weniger Ressourcen zur Verfügung haben, doppelt bestraft: Sie haben keinen Zugang zu dem Puffer und ihr autistisches Verhalten macht, dass sie aufgrund der Reaktion ihrer Umwelt noch mehr Stress erfahren. Dies kann zu einer regelrechten Stressspirale führen.



3 Adaptive und maladaptive Coping-Modelle bei Autismus nach Groden et al. (1994)

Groden et al. betonen die Wichtigkeit von Ressourcen für den gelingenden Umgang mit Stress. Diese müssen zudem für die einzelne Person hilfreich und passend sein. Haben Personen zum Beispiel das Gefühl ihr Leben selbstbestimmt zu führen und können sie auch ihre positiven Eigenschaften sehen, haben sie eher die Möglichkeit, Selbstkontrolle, positive Verstärkung und Gedanken zu nutzen, um insgesamt

glücklicher zu sein. Wenn das Individuum Stressoren erkennen lernt und die Erfahrung macht, dass es fähig ist, eine gute Lösung zu finden, mit dem Stressor umzugehen, dann ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Stress reduzierende Maßnahmen genutzt werden (Grodén et al. 2006, S. 27–32).

Daher sei es wichtig, die Fähigkeiten und Kompetenzen von Menschen mit Autismus in diesem Bereich zu erhöhen. Ein sehr wichtiges Element ist nach Grodén et. al. dabei die Fähigkeit Selbstkontrolle und somit Kontrolle über die Stress erzeugende Situation zu erlangen - vor, während und nach der Situation. Hierfür eignen sich vor allem Entspannungsübungen (wie z.B. tief ein- und auszuatmen), der Aufbau von Kommunikationsfähigkeiten, um Bedürfnisse in herausfordernden Situationen artikulieren zu können oder das Nutzen von selbstbegründigenden Sätzen. Gleichzeitig können negative Strategien, wie z.B. Aggressionen und Wut, so abgebaut bzw. ersetzt werden. Entspannungsübungen können zudem in die tägliche Routine aufgenommen werden und bieten somit eine starke präventive Strategie, um Stress abzubauen (ebd.).

Attwood empfiehlt verschiedene Strategien in einer Art „Toolbox“, also Werkzeugkasten zu sammeln, wobei diese Strategien sich idealerweise für verschiedene Situationen eignen. Attwood unterscheidet hier zwischen den Bereichen „physical tools“ (z.B. Bewegung und Sport), „relaxation tools“ (z.B. malen, lesen, Musik hören, Atemübungen), „social tools“ (z.B. ein Treffen mit einer Person oder einem Gespräch via Telefon oder Internet, Zeit mit Tieren verbringen), „thinking tools“ (z.B. Selbstgespräche, stärkende Sätze) und „special interest tools“, also die Beschäftigung mit dem eigenen Spezialinteresse (Attwood 2006, S. 358–368).

Ein neuer Blick auf Autismus, der das Verstehen und die Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten von Menschen mit ASS in den Fokus rückt, statt sich wie in der Vergangenheit nur mit den Defiziten und den pathologischen Symptomen von Autismus zu beschäftigen, zeigt sich unter anderen im Begriff der „Neurodiversität“ (Dziobek und Stoll 2019b, S. 24). Hierbei wird Autismus als ein Ausdruck menschlicher Vielfalt verstanden (Dziobek und Stoll 2019b, S. 42; Theunissen und Paetz 2011, S. 8). In diesem Zusammenhang wird aktuell auch viel über das Wort „Behinderung“ diskutiert. Der Begriff mache deutlich, dass Menschen mit ASS in bestimmten Bereichen Unterstützung benötigen, allerdings bildet er lediglich den Aspekt fehlender Kompetenzen ab, nicht jedoch die Autismus typischen Stärken und

Ressourcen (Riedel und Clausen 2016, S. 34), wie z.B. Ehrlichkeit, Loyalität, Gerechtigkeitssinn, Genauigkeit, Sachlichkeit, Zähigkeit, ein guter Blick auf Probleme, ungewöhnliche Perspektivnahmen und ungewöhnliche Formen von Kreativität (ebd. S. 44).

Wenn man sich statt der Defizitorientierung auf Ressourcen, Kompetenzen und Potentiale von Menschen mit Autismus konzentrieren würde, hätte dies auch positive Effekte auf die Inklusion aller Menschen (Theunissen und Paetz 2011, S. 24). Wichtig ist jedoch in der aktuellen Debatte eine Balance zu finden. Mithilfe der Stärken-Perspektive soll eine moderne Betrachtung des Autismus vermittelt werden, ohne dabei die Herausforderungen, die Autismus mit sich bringt, zu vernachlässigen (Theunissen und Paetz 2011, S. 9).

3. Projektevaluation

3.1 Projektdesign

Im folgenden Kapitel soll das Theorie-Praxis-Projekt und dessen Planung genauer beschrieben werden. Dazu gehört zunächst eine Analyse der aktuellen Situation, aus der die Idee für das Projekt entstand, sowie eine Beschreibung der Rahmenbedingungen, in denen das Projekt schließlich durchgeführt wurde. Außerdem wird in diesem Kapitel die Auswahl der Teilnehmer*innen, die Voraussetzungen für die Teilnahme am Projekt und die Organisation der Akquise erläutert. Es folgt ein Abschnitt über die organisatorischen Aspekte des Projekts. Es werden anschließend Ziele des Projekts festgelegt, mögliche Hindernisse zur Zielerreichung beschrieben und erläutert, worin sich das Projekt von der Autismus-Therapie unterscheidet. Im letzten Teil des Kapitels werden die wesentlichen Methoden des Projekts, sowie die Haltung der Autorin und Durchführerin beschrieben.

Hinweis: Im Kapitel 2.1.3 wurde im Rahmen der Methoden der ressourcenorientierten Beratung auf die Lösungsorientierte Kurzzeittherapie nach Steve de Shazer Bezug genommen. Dies geschieht ebenfalls in Kapitel 3.1.4 bei der Beschreibung der Methodik und der Haltung. Es soll jedoch an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass das Wort „Kurzzeitberatung“ im Titel dieser Arbeit und des Projekts sich nicht direkt auf de Shazers Methodik bezieht und nicht ausschließlich danach gearbeitet wurde. „Kurzzeitberatung“ soll in diesem Zusammenhang den

Teilnehmer*innen verdeutlichen, dass es sich um eine kurze Beratung (drei bis fünf Sitzungen á 90min) handelt, im Gegensatz zur oft jahrelang andauernden Begleitung im Rahmen der Autismus-Therapie. Der gewählte Titel des Projekts sollte somit direkt eine eindeutige und für die Teilnehmer*innen klar zu erkennbare Abgrenzung zur Therapie schaffen.

3.1.1 Situationsanalyse und Rahmenbedingungen

Das TPP hat zwischen September und Dezember 2022 im Autismus-Therapie-Zentrum [REDACTED] stattgefunden, in dem die Autorin [REDACTED] als staatlich anerkannte Sozialarbeiterin (B.A.) und Autismustherapeutin tätig war.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Hauptaufgabe und Ziel des ATZs¹ sind die Förderung, Begleitung und Beratung von Menschen im Autismus-Spektrum jeglichen Alters, sowie ihrer Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld. Hierfür finden die Therapien entweder in den Räumlichkeiten des ATZs oder in anderen Orten der Lebensbereiche der Menschen statt (z.B. zu Hause, in der Schule, im Kindergarten, in der WfbM, etc.). Die Therapie ist grundsätzlich systemisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, in ihrer Methodik jedoch offen für verschiedene Methoden und Ansätze aus Psychologie, Sozialer Arbeit, Heilpädagogik, Rehabilitationspädagogik und weiterer Fachbereiche.

Das ATZ ist eine Einrichtung der Eingliederungshilfe und bietet den Klient*innen somit Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach §113 SGB IX bzw. §35a SGB VIII.

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

Das ATZ führt keine Diagnostik durch. Diese finden in Sozialpädiatrischen Zentren, sowie in psychiatrischen Praxen und Kliniken statt.

Für die Planung des TPPs fand eine Orientierung an der Vorgehensweise von Spiegel (2018) statt. Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit erfordert zunächst eine genaue Untersuchung des Problems. Erst dann können mögliche Lösungen erarbeitet werden. Hierzu muss Klarheit über die verschiedenen Dimensionen eines Problems bestehen und was in Zusammenhang eines Projekts daran getan werden soll (Spiegel 2018, S. 215). Gleichzeitig bedarf es für die Festlegung einer Evaluationsfragestellung im Anschluss des Projekts einer „expliziten Offenlegung und Diskussion verschiedener Probleminterpretationen und Hypothesen zu möglichen ‚Ursachen‘ des Problems“ (Merchel 2015, S. 64).

Im ATZ wurden zu Beginn des Jahres 2022 knapp 500 Klient*innen begleitet. Auf der Warteliste standen ca. 150 Personen, wovon ca. ein Drittel über 18 Jahre alt ist. Im Schnitt mussten die Menschen auf der Warteliste zu diesem Zeitpunkt mit ca. einem halben Jahr Wartezeit auf einen Therapieplatz rechnen. Bis heute ist eher ein Anstieg der Wartezeit zu verzeichnen. Von allen beteiligten Fachkräften und der Leitung des ATZs wird die derzeit lange Wartezeit als großes Problem wahrgenommen, welches in Teamsitzungen und internen Fachgesprächen vielfach thematisiert wird.

Ein wesentlicher Faktor für die lange Warteliste könnten unter anderem fehlende Fachkräfte im sozialen Bereich sein. Eine Studie der „akquinet business consulting GmbH“ kommt bereits 2012 zu der Erkenntnis, dass in der Sozialwirtschaft ein hoher Fachkräftemangel besteht. In den drei größten Handlungsfeldern Pflege, Behindertenhilfe und Kinder-, Jugend- und Familienhilfe haben 81 % der befragten Unternehmen offene Stellen, die sie seit mehr als drei Monaten nicht besetzen können. Als Hauptgrund geben die Unternehmen eine mangelnde Anzahl an Bewerbungen an. Als wichtigster Akteur gegen den Fachkräftemangel wird die Politik gesehen, die vor allem für eine höhere Refinanzierung der Löhne und die gesellschaftliche Akzeptanz des Berufsfeldes sorgen soll (akquinet business consulting GmbH 2012).

„Statista“, eine deutsche Online-Plattform für statistische Daten aus Markt- und Meinungsforschung, sowie aus Wirtschaft und amtlicher Statistik beschreibt die Fachkräftesituation in der Sozialen Arbeit folgendermaßen:

„Die Fachkräftelücke beschreibt die Anzahl der offenen Stellen, die aus Mangel an qualifiziertem Personal rechnerisch nicht besetzt werden konnten. Im Jahr 2022 fehlten in Berufen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik rund 23.100 Fachkräfte. [...] Damit klafft im Bereich der Sozialberufe die größte Fachkräftelücke des deutschen Arbeitsmarkts“ (Statista GmbH 2022).

Allerdings entstehen für Menschen mit Autismus bereits bei der Diagnostik Wartezeiten, die in den fachlichen Kliniken sehr unterschiedlich sein können. Auf der Homepage des Universitätsklinikums Freiburg wurde die Wartezeit Ende 2021 beispielsweise mit ca. sechs Monaten angegeben, nach dem letzten, auf der Website des Klinikums angegebenen Stand von April 2023, beträgt sie 12 bis 14 Monate (Universitätsklinikum Freiburg o.D.). In der Uniklinik Köln betrug sie Ende 2021 bereits 12 bis 14 und aktuell 18-20 Monate (Uniklinik Köln o.D.). So können vom ersten Verdacht einer Betroffenheit bis zur tatsächlichen Therapie rasch Jahre vergehen. Obwohl für viele Erwachsene mit ASS die erhaltene Diagnose eine Erklärung für vielerlei Probleme und Schwierigkeiten im Laufe ihrer Biographie darstellt und somit zunächst entlastend wirkt, stellt sich jedoch häufig kurz nach Diagnosestellung (erneut) eine gewisse Orientierungslosigkeit und der Bedarf nach Unterstützung und Beratung ein. Dieser Umstand wird sowohl von den Klient*innen im ATZ beschrieben, als auch in Biographien von Menschen mit ASS, z.B. von Daniela Schreiter (Schreiter 2017), Gee Vero (Vero 2014) oder Christiane Preißmann (Preißmann 2020). Den praktischen Erfahrungen der Autorin nach, ist die subjektive Belastung bei Therapiebeginn zwar bei den Klient*innen unterschiedlich hoch, jedoch stehen meistens ähnliche Themen, wie der Umgang mit der Diagnose, Reduktion von (autismusbedingtem) Stress, sowie berufliche und soziale Integration im Vordergrund.

Ein weiterer Grund für lange Wartezeiten könnte die natürliche Fluktuation im ATZ sein. Diese liegt unter anderem darin begründet, dass ein Großteil der Mitarbeiter*innen weiblich ist und durch Mutterschaft für längere Zeit in Elternzeit gehen. Außerdem werden ausgeschriebene Stellen häufig von Berufsanfänger*innen angetreten, die, um ihre praktischen Kenntnisse zu erweitern, nach einer gewissen Zeit den Arbeitgeber wechseln, oder sich durch das Studium auf die anspruchsvolle praktische Arbeit nicht vorbereitet fühlen. Diesem Problem versucht das ATZ durch intensive Einarbeitung zu begegnen, in welcher die neuen Mitarbeiter*innen jedoch noch keine Klient*innen von der Warteliste aufnehmen können.

Die strukturellen Bedingungen auf gesellschaftlicher, politischer und wirtschaftlicher Ebene, mit Faktoren wie dem Fachkräftemangel als vermutlich einer der Hauptursachen für die lange Wartezeit auf einen Therapieplatz, kann durch Einzelpersonen quasi nicht verändert werden. Durch das Theorie-Praxis-Projekt im ATZ wurde daher versucht, für die Betroffenen diesen Umstand so erträglich wie möglich zu machen und sie dabei zu unterstützen, die Wartezeit positiv für sich zu nutzen.

Als bereits bestehende mögliche Lösungen auf die oben beschriebene Situation und als zusätzliche Unterstützungsangebote, bietet das ATZ ein Beratungstelefon und seit Ende 2021 auch eine persönliche Beratung vor Ort an, für die zwar keine Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers vorliegen muss, die jedoch nur auf organisatorischer, nicht auf inhaltlicher Ebene unterstützt (z.B. Antragsstellung etc.) Zusätzlich gibt es Selbsthilfegruppen für Menschen mit ASS, die Selbsthilfegruppe für Eltern von autistischen Kindern, sowie eine Gruppe für die Geschwisterkinder von Klient*innen im ATZ.

3.1.2 Organisation des Projekts und Beschreibung der Teilnehmer*innen

Das TPP stellte primär ein Angebot für Menschen dar, die zwischen Diagnosestellung und Therapiebeginn standen und eine individuelle Beratung wünschten.

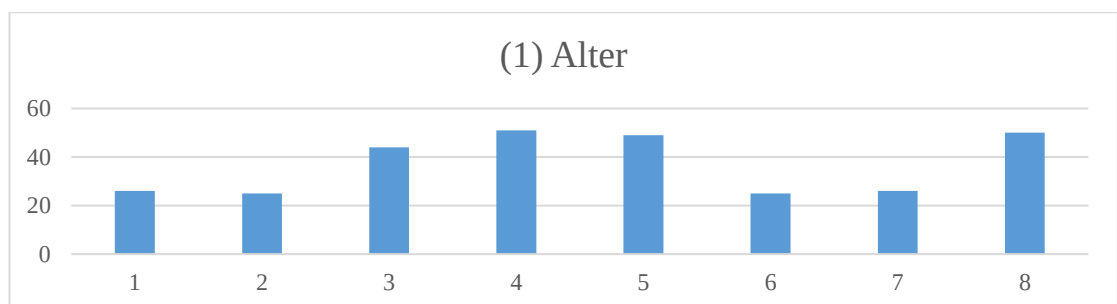
Die Zielgruppe wurde über die elektronische Datenbank des ATZs ermittelt. Hierin sind alle Klient*innen des ATZs mit ihren persönlichen Daten, sowie dem aktuellen Status (z.B. Antragsstellung, Warteliste, Therapie aktiv, Therapie beendet) erfasst. Potentielle Teilnehmer*innen für das Projekt mussten folgende Voraussetzungen erfüllen: a) sie mussten mindestens 18 Jahre sein, da sich das Projekt an Erwachsene richtet, b) sich zum Zeitpunkt des Projektstarts (September 2022) auf der Warteliste des ATZs befunden haben, c) eine der Diagnosen „Asperger-Syndrom“, „High-functioning Autismus“, „Atypischer Autismus“ oder „Autismus-Spektrum-Störung“ haben und d) musste eine aktuelle Zusage über die Übernahme der Kosten von Leistungen des ATZ des jeweiligen Kostenträgers vorliegen. Personen mit frühkindlichem Autismus und/oder einer Intelligenzminderung konnten im Projekt nicht berücksichtigt werden, da davon ausgegangen werden musste, dass die nötige Reflexionsfähigkeit bei diesem Personenkreis nicht vorhanden ist.

Im Sommer 2022 wurden aus der Warteliste zunächst 82 Personen, die mindestens 18 Jahre alt sind, ermittelt. Von diesen lag in einigen Fällen die offizielle Diagnose noch nicht vor und/oder gab es Schwierigkeiten mit der Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers. Für die zunächst geplante erste Akquiserunde wurden daher 25 Personen, die alle Zugangsvoraussetzungen erfüllten, kontaktiert.

Die Akquise der Teilnehmer*innen erfolgte mithilfe eines Informationsschreibens, das den Projektinhalt und dessen Ziele, sowie den möglichen Nutzen für die Teilnehmer*innen beschreibt. Das Informationsschreiben über das Projekt wurde den Teilnehmer*innen per Post zugestellt und enthielt für die Zusage zum Projekt Kontaktmöglichkeiten via Telefon oder E-Mail.

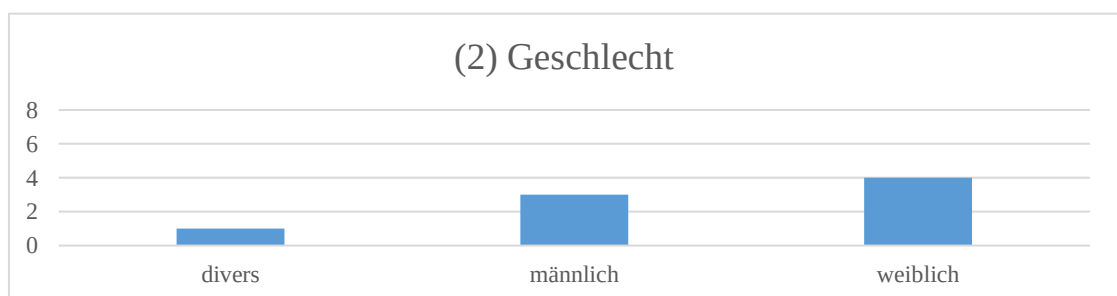
Von den beschriebenen 25 kontaktierten Personen, haben sich insgesamt acht verbindlich für das TPP angemeldet, sodass auf eine zweite Akquiserunde verzichtet werden konnte, da deutlich mehr Teilnehmer*innen den zeitlichen Aufwand und Rahmen des Projekts überschritten hätten.

Im Folgenden sollen die Teilnehmer*innen anhand der in der Erhebung gewonnen Daten genauer beschrieben werden. Das Alter der Teilnehmer*innen lag zwischen 25 und 51 mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren.



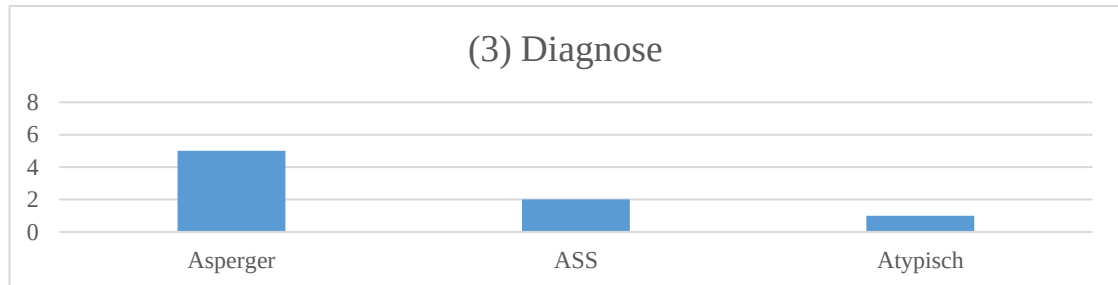
4 Altersverteilung der Teilnehmer*innen

Vier der acht Personen waren männlich, drei weiblich und eine divers.



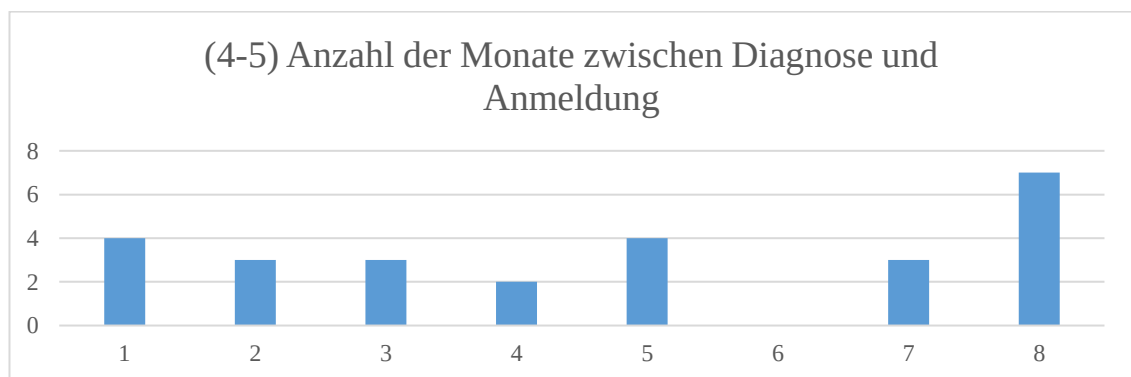
5 Geschlechterverteilung der Teilnehmer*innen

Die Verteilung der Diagnose gliederte sich in insgesamt fünf Personen mit der Diagnose „Asperger-Syndrom“, zwei Personen mit der Diagnose „Autismus-Spektrum-Störung“ und eine Person mit der Diagnose „Atypischer Autismus“



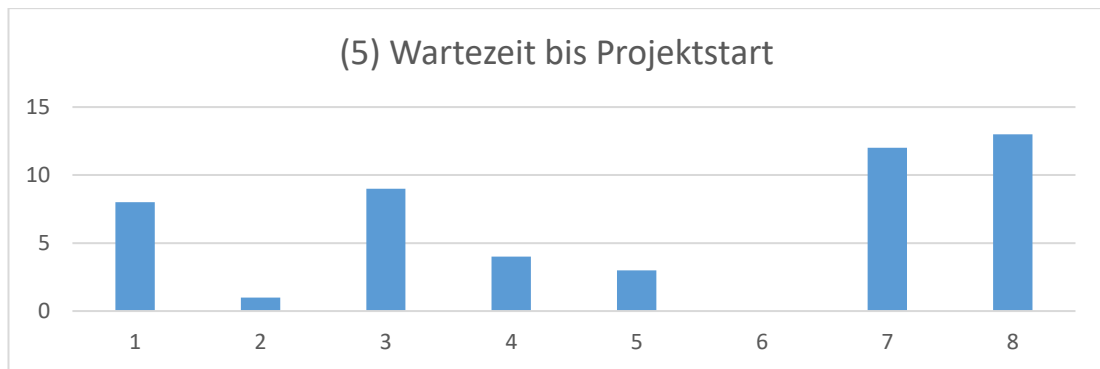
6 Diagnoseverteilung der Teilnehmer*innen

Die Anzahl der Monate zwischen Diagnosestellung und Anmeldung zur Autismustherapie lag zwischen einem und sieben Monaten mit einem Mittelwert von 3,71 Monaten. Die Zeit von Teilnehmer*in (TN) 6 beträgt nicht 0 Monate, sondern die angegebenen Daten konnten in der Auswertung nicht berücksichtigt werden, da sie nicht genau genug angegeben worden waren. Die Zeit zwischen Diagnosestellung und Anmeldung im ATZ dieses Teilnehmers oder dieser Teilnehmerin beträgt jedoch mindestens 6 Jahre.



7 Anzahl der Monate zwischen Diagnose und Anmeldung

Die bisherige Wartezeit, also die Zeit zwischen Anmeldung im ATZ und Projektstart (siehe Abb. 8) ist ebenfalls mit Werten zwischen einem und 13 Monaten sehr unterschiedlich. Im Schnitt haben die Teilnehmer*innen bisher 7,14 Monate auf einen Therapieplatz gewartet. Auch hier konnten die Angaben von TN6 leider nicht berücksichtigt werden.



8 Wartezeit zwischen Anmeldung und Projektstart

3.1.3 Projektziele, mögliche Hindernisse und Abgrenzung zur Autismustherapie

Zur Überprüfung der Wirksamkeit eines Projektes ist eine genaue Zieldefinition unabdingbar. Dabei sollen sich Ziele grundsätzlich nach den Bedürfnissen und Anliegen der Adressat*innen richten und deshalb nicht von den Fachkräften allein festgelegt, sondern mit den Klient*innen gemeinsam erarbeitet werden (Spiegel 2018, S. 118). Als Ausnahme hierfür erläutert Spiegel jedoch die Zielsetzung bei Projektplanung und Konzeptionsentwicklung. Hierbei entfällt die Erarbeitung der Ziele mit den Adressat*innen, da diese im Vorfeld geplant werden müssen. Dennoch sind Bedürfnisse und Interessen der Adressat*innen in die Zielplanung miteinzubeziehen (Spiegel 2018, S. 119). Da das TPP ein als solches von Spiegel definiertes Projekt ist, wurden im Vorfeld sowohl Wirkungs- als auch Handlungsziele erarbeitet.

Die Festlegung von Wirkungszielen ist für die Projektplanung und Konzeptionsentwicklung besonders entscheidend, da sie jene übergeordneten bzw. konzeptionellen Ziele darstellen, die bei einem Projekt erreicht werden sollen. Bei der Festlegung ist zu beachten, dass Aspekte wie Wichtigkeit und Dringlichkeit mitberücksichtigt werden und sie zum Angebot der Einrichtung passen, in der das Projekt stattfindet. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass sich einzelne Ziele weder gegenseitig ausschließen, noch den geplanten Projektumfang übersteigen und somit die Fachkräfte sowie die Adressat*innen überfordern könnten. Wirkungsziele werden als zu erwerbende Kompetenzen der Adressat*innen formuliert (Spiegel 2018, S. 198–199). Sie beschreiben also die Fähigkeiten, die die Adressat*innen nach Abschluss des Projekts möglichst erworben haben sollen.

Die im Folgenden beschriebenen Wirkungsziele leiten sich aus der Situationsanalyse, der Projektidee, der Erfahrung der Autorin als Autismustherapeutin und dem in Kapitel 2 beschriebenem theoretischen Hintergrund ab.

Viele Klient*innen, die eine autismusspezifische Therapie beginnen, berichten von Symptomen wie Stress, hoher Nervosität, Unruhe und einem Gefühl der Überforderung. Gründe hierfür sind die bereits in Kapitel 2.2.2 beschriebenen Merkmale der ASS und dem häufig daraus resultierenden Stress, der in Kapitel 2.2.3 erläutert wurde.

Folglich liegt es nahe, sich im Rahmen des Projekts der Reduktion von Stress zu widmen. Das Bewusstsein über Stressoren und Maßnahmen zur Stressreduktion kann ein erster Schritt sein, der im Rahmen des Projekts erreicht werden kann. Eine langfristige Umsetzung und Etablierung dieser Maßnahmen in den Alltag der Teilnehmer*innen, sowie der Aufbau weiterer stresshemmender Strategien würde den Projektrahmen jedoch übersteigen und ist somit ein Ziel für die anschließende Autismustherapie. Demnach wurde das erste Wirkungsziel wie folgt definiert: Wirkungsziel 1: Die Teilnehmer*innen kennen ihre individuellen Auslöser für (autismubedingtem) Stress und Maßnahmen zu Stressreduktion.

Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, können der Zugang zu Ressourcen ein wichtiger Bestandteil zur Lösung eines Problems und zur Stressbewältigung sein. Ein weiterer wichtiger Aspekt des Projekts soll daher das Erkennen und der Aufbau persönlicher Ressourcen zur Überbrückung der Wartezeit sein. Wann immer Menschen sich in Beratung begeben, kann davon ausgegangen werden, dass die eigenen persönlichen Ressourcen nicht ausreichen, um ein bestehendes Problem oder eine Herausforderung zu bewältigen (vgl. Kapitel 2.1.3).

Im Rahmen des TPPs wurde das Element der Ressourcenaktivierung wie folgt als Wirkungsziel definiert: Wirkungsziel 2: Die Teilnehmer*innen erkennen persönliche Ressourcen und können diese zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz nutzen.²

² In der ursprünglichen Version der Projektplanung, die vor Beginn des Projekts entstand, wurde als drittes Wirkungsziel der Bereich „Motivation auf die Autismus-Therapie“ definiert und diente der Projektoptimierung. Dieses Ziel wurde in der Evaluation mit erhoben, ist jedoch für die vorliegende Masterarbeit irrelevant und wird daher hier nicht erwähnt.

Der nächste Schritt der Zielplanung ist laut Spiegel die Festlegung von Handlungszielen. Dabei werden diese den Wirkungszielen zugeordnet und beschreiben diejenigen Zustände oder Arrangements, für die die Fachkräfte konkret zuständig und verantwortlich sind (Spiegel 2018, S. 200). Handlungsziele müssen so formuliert sein, dass sie durch die Fachkräfte in einem für das Projekt angemessenen, verabredeten Zeitraum erreichbar sind (Spiegel 2018, S. 122). Um Handlungsziele zu definieren, kann demnach die Frage gestellt werden: Was kann ich als zuständige und verantwortliche Fachkraft tun, um die Wirkungsziele des Projektes zu erreichen?

Für die jeweiligen Wirkungsziele wurden folgende Handlungsziele³ definiert:

Wirkungsziel 1
Die Teilnehmer*innen kennen ihre individuellen Auslöser für (autismusbedingtem) Stress und Maßnahmen zu Stressreduktion.
Handlungsziele
1. Ich unterstütze die Teilnehmer*innen darin, individuelle, typische Stressoren aus ihrem Alltag zu erkennen. 2. Ich erläutere den Teilnehmer*innen den Zusammenhang zwischen subjektiv erlebtem Stressempfinden und Reaktionen, die zusammenfassend als „Overload“ beschrieben werden können. 3. Gemeinsam mit den Teilnehmer*innen decke ich bereits vorhandene Maßnahmen zur Stressreduktion auf.

Wirkungsziel 2
Die Teilnehmer*innen erkennen persönliche Ressourcen und können diese zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz nutzen.
Handlungsziele
1. Ich lade die Teilnehmer*innen ein, von früheren Erfolgen und positiven Situationen zu berichten. 2. Ich unterstütze die Teilnehmer*innen aus bisherigen Erfolgen und positiven Situationen persönliche Ressourcen abzuleiten. 3. Gemeinsam mit den Teilnehmer*innen erarbeite ich, wie sie die entdeckten Ressourcen zur Überbrückung der Wartezeit nutzen können.

³ Die hier aufgeführten Handlungsziele wurden bereits im Theorie-Praxis-Bericht, einer auf die Masterarbeit vorbereitenden Arbeit, erläutert. Daher erfolgt hier keine Herleitung mehr.

Bei der Ausgestaltung von Wirkungs- und Handlungszielen und der Planung des Projekts wurden mögliche Hindernisse, die einer Zielerreichung ggf. im Wege stehen, sichtbar. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden sollen:

1. Trotz einer genauen Projektbeschreibung im Informationsanschreiben an die Teilnehmer*innen, inklusive des Umfangs und der Grenzen, können die Erwartungen der Teilnehmer*innen mit den Zielen des Projekts divergieren, was verschiedener Gründe haben kann. Zum einen kann durch fehlende Beratungs- und Therapieerfahrung bei den Teilnehmer*innen eine generelle Unsicherheit über den Prozess einer Beratung bestehen. Zum anderen ist es möglich, dass die Teilnehmer*innen andere Themen, als die für das Projekt Vorgesehenen besprechen möchten und die Abgrenzung zur Therapie eventuell nicht deutlich genug ist. Dieser Möglichkeit ist vor allem durch eindeutige Klarheit, Transparenz und genauem strukturellen Vorgehen sowohl in der Projektbeschreibung als auch in den Beratungssitzungen selbst zu begegnen. Abweichungen von Themen werden selbstverständlich wertschätzend und verständnisvoll, aber auch mit der Intention der Rückführung auf die Projektthemen behandelt.
2. Die Themen Stress und Stressreaktionen/Overloads sind für die Teilnehmer*innen eventuell zu persönlich. Trotz des Anspruchs der Beraterin in der kurzen Zeit eine möglichst tragfähige und vertrauensvolle Beziehung zu den Teilnehmer*innen herzustellen reicht diese ggf. nicht aus, um über derartige Themen zu sprechen.
3. Eventuell können trotz methodischem Vorgehens die festgelegten Ziele zu hoch, sowie die gewählten Gesprächstechniken und Methoden unpassend zur Zielerreichung sein. Dies gilt es im Rahmen der Evaluation herauszufinden.

An dieser Stelle soll zur besseren Verständlichkeit auch noch einmal der Blick auf die Unterschiede des Projekts zur Autismustherapie geworfen werden: Das Projekt stellt eine konzeptionelle Reaktion auf das bestehende Problem der langen Wartezeit auf einen Therapieplatz dar. Es nimmt dabei den Umgang mit Stress als eines der wichtigsten Themen in den Fokus, die Menschen mit ASS vor einer Therapie haben (Dziobek und Stoll 2019a, S. 95). Gleichzeitig sollen Ressourcen erarbeitet werden, die die Teilnehmer*innen gut durch die Wartezeit bringen.

Eine umfängliche Autismustherapie widmet sich darüber hinaus zunächst der Psychoedukation über das Störungsbild, insbesondere autismusbedingter Stärken und Schwächen. Zudem ist vor allem die Frage der (neuen) Identität mit der Diagnose und der damit einhergehende Selbstwert der Klient*innen Thema der Therapie. Ein sehr wichtiger und häufig großer und zeitaufwendiger Themenkomplex stellt die sozio-emotionalen Kompetenzen dar, inklusive der Bereiche Verstehen und Ausdrücken von Gefühlen, soziale Interaktion und Kommunikation. Besonders für Erwachsene mit ASS sind nicht zuletzt auch die Themen Partnerschaft und Sexualität oftmals eine Herausforderung, die im Rahmen der Autismustherapie besprochen werden können (Dziobek und Stoll 2019a). Als Einrichtung der Eingliederungshilfe zählt zudem die Integration von Menschen mit ASS in den Beruf zu eine der Hauptaufgaben des ATZs. Die Komplexität dieser Themen verdeutlicht, dass die Autismustherapie deutlich über die im Projekt behandelten Themen hinausgeht und der Fokus des Projekts lediglich auf die oben beschriebenen Ziele gelegt wird.

3.1.4 Angewandte Methoden

Als generelle Grundhaltung nimmt sich die Beraterin der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers an. Als die drei wichtigsten Bestandteile des Ansatzes sieht Rogers Kongruenz, Empathie und bedingungslose positive Zuwendung. Sie ermöglichen den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, in der die Beraterin den Teilnehmer*innen einfühlsam, wertschätzend und mit einer positiv, akzeptierenden Einstellung begegnet (Rogers 2015, S. 67–68).

Als weiteren Leitfaden zur Haltung dienen der Beraterin die Grundsätze der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie nach de Shazer, bzw. de Jong/Berg. Einer der Grundsätze dieses Ansatzes lautet „KlientInnen sind ExpertInnen für ihre Lösungen“ (Jong und Berg 2014, S. 18). Dabei liegt der Fokus des Ansatzes auf den Ressourcen und Stärken der Klient*innen und gibt den Wahrnehmungen der Klient*innen ebenso viel Gewicht wie der Expertise der Berater*innen (Jong und Berg 2014, S. 39).

Zur Erreichung der Wirkungs- und Handlungsziele und zur anschließenden Evaluation des Projekts ist der Einsatz ausgewählter Methoden von sehr wichtiger Bedeutung.

Die Teilnehmer*innen wurden in der ersten Sitzung zunächst offen zu ihrem Alltag befragt. Aus den Erzählungen wurden dann Stressoren ermittelt, Stressreaktionen nachvollziehbar gemacht und anschließend mögliche Stress reduzierende Maßnahmen erarbeitet. Dabei nutzte die Beraterin das Vulnerabilitäts-Stress-Modell.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist im Ursprung ein Modell, das versucht, das Auftreten von psychischen Erkrankungen zu erklären. Es besagt, dass bestimmte genetische Faktoren Indikatoren für eine erhöhte Anfälligkeit für das Erleiden einer psychischen Erkrankung sind. Jedoch sind die genetischen Faktoren nicht alleine die Ursache, sondern erst durch das Hinzukommen weiterer Einflüsse aus der Umwelt, wie zum Beispiel Stress, bricht eine psychische Erkrankung aus (Wittchen 2011, S. 23–24).

Theunissen (2016, S. 49) findet in aktuellen Erklärungsansätzen zu Autismus eine Parallele zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell, da in allen Forschungsbefunden eine übersteigerte neuronale Empfindlichkeit und Reaktion auf sensorische Reize oder Emotionen beschrieben wird. So lasse sich eine von Natur aus hohe Vulnerabilität auf Stress bei Menschen mit ASS feststellen, die in der veränderten neuronalen Verknüpfung begründet liegt.

Bei der Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells an Laien hat sich in der Praxis die Metapher eines Fasses etabliert, z.B. bei Klein und Klein (2021) oder in Informationsportalen wie zum Beispiel www.hellobetter.de⁴.



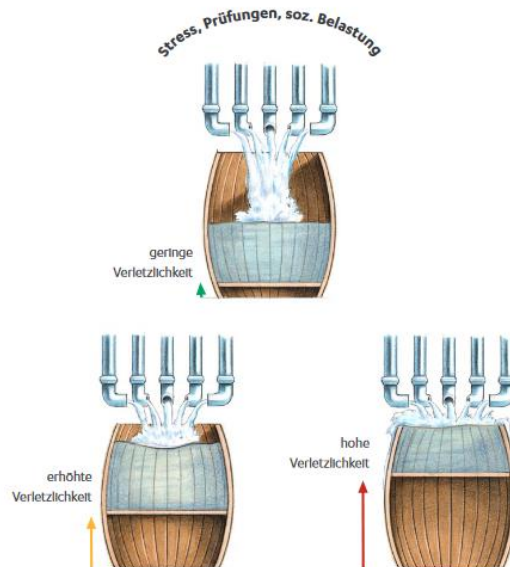
9 Stressfass mit Wasserhahn (HelloBetter 2020)

Das Fass stellt in Abbildung 9 die Person dar, in dessen Organismus sinnbildlich der Stress hineinfließt. Die Rohre stehen dabei für die äußeren Stressfaktoren, welche auf das Individuum einwirken. Mit steigendem Wasserpegel erhöht sich die Vulnerabilität

⁴ www.hellobetter.de ist ein vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gefördertes Informationsportal und gehört zu den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA).

der Person, bis das Fass letztendlich überläuft und es im ursprünglichen Erklärungsmodell zum Ausbruch einer psychischen Erkrankung, in diesem Zusammenhang bei Menschen mit ASS, zu starken Stressreaktionen und/oder einem Overload kommt. In der Abbildung taucht zudem der Wasserhahn auf, der in diesem Schaubild für die Ressourcen steht. Mithilfe verschiedener Ressourcen, wie z.B. Kenntnisse und praktische Erfahrungen in Stress senkenden Maßnahmen kann sinnbildlich das Wasser abgelassen werden – der Stress wird gesenkt.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell



10 Stressfass mit unterschiedlichen Pegelständen (Lamber und Bäuml 2014)

In der oben abgebildeten Variante des Stressfasses (Abb.10) wird verdeutlicht, dass unterschiedliche Personen, unterschiedliche (genetisch bedingte) Veranlagungen zu Vulnerabilität haben, der Pegelstand also bildlich gesprochen unterschiedlich hoch sein kann, was infolgedessen dazu führt, dass das Fass schneller überläuft. Die Metapher des Fasses mit ihren unterschiedlichen Komponenten eignet sich hervorragend, um die Wirkungsweisen und das Zusammenspiel von Stressoren, Vulnerabilität, Stressreaktionen und Ressourcen zu verdeutlichen und wurde daher auch im Projekt genutzt.

Einer der Leitsätze der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie lautet „Mehr von dem tun, was klappt“⁵ (Shazer 2018). Zur Erreichung der Wirkungsziele wurde der Fokus entsprechend diesen Prinzipis auf den bereits vorhandenen Fähigkeiten der

⁵ Auch bekannt unter dem Kürzel „WOWW“ für „Work on what works“

Teilnehmer*innen gelegt, sodass diese bewusster angewandt werden können. Dabei hat es sich im Projekt als hilfreich erwiesen, sowohl Ressourcen zu explorieren, die für eine Akutsituation, also im Fall eines Overloads genutzt werden können, als auch Ressourcen, die im Alltag präventiv einsetzbar sind, sodass ein Overload möglichst gar nicht erst entsteht. Hierfür wurden vor allem auch Routinen und das Spezialinteresse des Teilnehmers oder der Teilnehmerin berücksichtigt (Preißmann 2018, S. 34), die wie in Kapitel 2.2.2 bereits erläutert, dazu dienen können, positive Gefühle wieder herzustellen.

Doch auch methodisch bietet der Ansatz der lösungsorientierten Kurzzeittherapie hilfreiche Handlungsweisen, z.B. für das Wirkungsziel 2. Darunter zählt unter anderem das explizite Fragen nach den Ausnahmen von Problemen oder herausfordernden Situation (Jong und Berg 2014, S. 185), da hieraus Erfolge und Stärken der Teilnehmer*innen abgeleitet werden konnten.

Die Frage nach Ausnahmen findet sich zudem bei Bamberger wieder. Er bezeichnet Ausnahmen als „unbewusst funktionierende Lösungen“ (Bamberger 2015, S. 107) und stellt die Wichtigkeit folgender Unterscheidung heraus: Die Aufmerksamkeit sollte vom Berater oder von der Beraterin zum einen auf die externalen oder internalen Bedingungen einer bestimmten Situation gerichtet werden, zum anderen aber auch auf das konkrete Verhalten des Klienten/der Klientin in dieser Ausnahmesituation. Aus diesen Beobachtungen können dann weitere Ressourcen abgeleitet werden, die zur Lösungsfindung beitragen (Bamberger 2015, S. 107–108).

Zur Herausarbeitung der hilfreichen Ressourcen dienten unterschiedliche Gesprächstechniken wie z.B. Markieren, Verstärken und Reframing. Zudem wurde die Vier-Felder-Tafel nach Lüttringhaus genutzt, um die bestehende Ressourcen sichtbar zu machen. Die Vier-Felder-Tafel unterscheidet zwischen persönlichen Ressourcen und Kompetenzen, sozialen Ressourcen, materiellen Ressourcen und infrastrukturellen/institutionellen Ressourcen. Sie dient somit zum einen der Visualisierung und gibt durch die Unterscheidung Anregung, sich differenzierter mit den eigenen Ressourcen auseinanderzusetzen (Lüttringhaus und Streich 2008).

3.2 Evaluationsdesign

Im folgendem Kapitel sollen verschiedene Möglichkeiten des Evaluationsdesigns vorgestellt und der Entscheidungsprozess für das Projekt erläutert werden.

Für die Planung der Evaluation sind die beiden Aspekte „Funktion“ und „Form“ sehr bedeutend (Merchel 2015, S. 34). Nach Merchel kann Evaluation in der Sozialen Arbeit vier verschiedene Funktionen erfüllen: 1. Erkenntnisgewinn für Steuerungsentscheidungen, 2. Kontrolle, 3. Förderung von Entwicklungen und 4. Legitimation durchgeführter Maßnahmen. Bei der Planung eines Projekts ist zu entscheiden, welche dieser Funktionen die Evaluation vorrangig erfüllen soll (Merchel 2015, S. 34). Für das hier beschriebene Projekt liegt primär die Legitimation durchgeführter Maßnahmen zugrunde, da mithilfe der Evaluation die Frage beantwortet werden soll, welchen Effekt die Maßnahme auf die Teilnehmer*innen hatte, bzw. ob die aufgestellten Wirkungsziele mit ihren jeweiligen Indikatoren erreicht wurden.

Des Weiteren ist die Form der Evaluation zu bestimmen, die sich in Zweck, Art und inhaltliche Schwerpunkte differenzieren lässt. Beim Zweck der Evaluation wird zwischen „summativ“ und „formativ“ unterschieden. Der wesentliche Unterschied dieser Evaluationsarten ist der Evaluationszeitpunkt. Die summativ Evaluation wird zum Ende des Projekts durchgeführt und nimmt daher eine bilanzierende Perspektive ein. Die formative Evaluation hingegen findet bereits während des Projekts statt und ermöglicht damit die Anpassung des Projekts auf Basis von gewonnen Zwischenergebnissen (Merchel 2015, S. 42–44).

Für das Projekt fiel die Entscheidung auf die summativ Evaluation, da vor allem die Wirksamkeit der Maßnahme untersucht wird und die formative Variante aufgrund des kurzen Projektzeitraums pro Teilnehmer ungeeignet ist.

In Bezug auf die Art der Evaluation ist außerdem zwischen einer internen und einer externen Evaluation zu entscheiden und ob diese durch eine fremde Person oder durch Selbstevaluation erfolgen soll (Merchel 2015, S. 44). In dem Kontext, in dem das Projekt stattfand, konnte nur eine interne Selbstevaluation durchgeführt werden, da weder für eine externe, noch für eine interne Fremdevaluation genügend Zeit, personale und finanzielle Ressourcen vorhanden waren. Zudem ist es Teil der Studienleistung, die Evaluation selbst durchzuführen. Vorteile der Selbstevaluation

sind der Zugewinn von Reflexion des eigenen praktischen Handelns, mithilfe gezielter Verfahren und Instrumenten, sowie die hohe Nähe zwischen Praxis und Evaluation (Merchel 2015, S. 49). Ein großer Nachteil der Selbstevaluation ist die fehlende Distanz zwischen Durchführung und Evaluation eines Projekts. Wenn beides von der gleichen Person durchgeführt wird, besteht die Gefahr, dass durch fehlende Kenntnis der Konstruktion von Untersuchungsinstrumenten und der Verarbeitung der Ergebnisse Fehler entstehen und die Daten verzerrt werden (Merchel 2015, S. 49–50). Diese Nachteile müssen jedoch bei dem vorliegenden Projekt in Kauf genommen werden, mit dem Versuch, eine größtmögliche Distanz zu wahren.

Zuletzt war in Bezug auf den inhaltlichen Schwerpunkt der Evaluation eine Entscheidung zwischen folgenden Möglichkeiten zu treffen: Konzeptevaluation, Strukturevaluation, Prozessevaluation und Ergebnisevaluation (Merchel 2015, S. 56–57). Für das Projekt wurde die Ergebnisevaluation verwendet, da sie die Folgen (und Nebenfolgen) sowie die Wirkungen eines Programms oder einer Maßnahme thematisiert (Merchel 2015, S. 57).

Ein weiterer wichtiger Schritt bei der Planung der Evaluation war die Wahl bzgl. der Stichprobe. Die Zielgruppe des Projekts wurde im Kapitel 3.1.2 bereits beschrieben. Bezeichnend für die Zielgruppe ist, dass sie relativ klein und vergleichsweise homogen ist, da sie verschiedene Merkmale teilen, wie die ASS-Diagnose und auf einen Autismus-Therapie-Platz wartend. Laut Döring/Bortz ist somit die Möglichkeit einer Vollerhebung nicht nur gegeben, sondern sogar notwendig (Döring und Bortz 2016, S. 293). Ein weiteres Kriterium für die Vollerhebung ist laut Döring und Bortz (ebd.) die gute Erreichbarkeit dieses Personenkreises. Auch dieses Kriterium ist erfüllt, da im Laufe des Projekts persönlicher Kontakt zu den Teilnehmer*innen bestand.

Als nächsten Schritt folgte die Festlegung auf eine Methode der Datenerhebung, die sowohl der Forschungsfrage und somit auch dem Evaluationsdesign, wie auch der Zielgruppe entspricht. Hier fiel die Entscheidung auf eine Pre-Post-Befragung mithilfe eines schriftlichen Fragebogens. Längsschnittstudien mit Pre-Post-Befragungen sind vor allem geeignet, um Veränderungen nachvollziehen zu können (Döring und Bortz 2016, S. 1023). Noch bessere Ergebnisse könnten laut Döring und Bortz (ebd.) mithilfe eines Follow-Ups, also mit einem dritten Befragungszeitpunkt, und/oder einer Kontrollgruppe erzielt werden. Dies ließ sich im Rahmen des Forschungsprojektes

leider nicht realisieren, da beide Möglichkeiten die zeitlichen und personellen Ressourcen der Masterarbeit deutlich überstiegen hätte.

Auch wenn die Zielgruppe klein ist und eine Evaluation mithilfe qualitativer Interviews theoretisch auch möglich gewesen wäre, so erschien der Fragebogen als Methode für die Datenerhebung am besten für die Zielgruppe geeignet. Es muss davon ausgegangen werden, dass eine Interviewsituation die Teilnehmer*innen aufgrund der in Kapitel 2.2.2 beschriebenen Defizite in Kommunikation und Sozialer Interaktion unter Druck setzen und stark hätte beeinflussen können. Für die Erhebung der Daten bestand zudem der Anspruch eine möglichst angenehme Situation für die Teilnehmer*innen zu schaffen.

Döring und Bortz (2016) empfehlen an vielfacher Stelle, die Nutzung bereits etablierter wissenschaftlich-standardisierter Fragebögen zur quantitativen Forschung (siehe z.B. Döring und Bortz 2016, S. 266). Aufgrund der Autismus spezifischen Wirkungsziele des Projekts wurde davon abweichend entschieden, einen eigenen Fragebogen zu entwickeln und zu verwenden. Ein bereits etablierter Fragebogen hätte die Effektivität bzw. die Wirkung des Projekts nach Einschätzung der Autorin nicht so darstellen können, wie ein spezifisch dafür erstellter Fragebogen.

Zu guter Letzt soll im Rahmen des Evaluationsdesigns auf die Evaluationsstandards, die von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) definiert wurden, hingewiesen werden. Diese teilen sich in die vier Gruppierungen Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit. Innerhalb dieser Gruppierungen lassen sich wiederum konkret ausformulierte Standards finden (Gesellschaft für Evaluation e.V. 2016b). Im Rahmen der Evaluation des Projektes wurde geprüft, ob die Evaluationsstandards eingehalten wurden. Dies geschah mit einer von der DeGEval zur Verfügung gestellten Checkliste (Gesellschaft für Evaluation e.V. 2016a), die im Anhang dieser Arbeit zu finden ist.

3.2.1 Fragebogenkonstruktion

Dieses Kapitel beschreibt die bei der Konstruktion der Fragebögen zu beachtenden Faktoren. Unter Berücksichtigung der Zielgruppe, der Forschungsfrage und der zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen, entstanden zwei quantitative Fragebögen (prä/post) mit geschlossenen Fragen, bzw. Statements und Antwortvorgaben zum

Ankreuzen (vgl. (Döring und Bortz 2016, 399ff). Die Befragung verlief via „paper-pencil“, d.h. die Fragebögen wurden auf Papier ausgedruckt, von den Teilnehmer*innen vor Ort direkt ausgefüllt, und in einem versiegelten Umschlag wieder eingesammelt. Dadurch kann ein zusätzlicher Aufwand durch das Versenden der Fragebögen per Post vermieden und die Rücklaufquote vermutlich erhöht werden. Die Stichprobenziehung erfolgt aktiv, d.h. die gesamte Stichprobe, also alle Teilnehmer*innen erhalten die Fragebögen.

Döring und Bortz (2016, 405ff.) empfehlen bei der Konstruktion eines Fragebogens zunächst ein Grob- und dann ein Feinkonzept zu erstellen. Im Grobkonzept wurde entschieden, welche Daten mithilfe von Einzelitems, und welche mit psychometrischen Skalen erhoben werden sollten. Im Feinkonzept wiederum wurden unter anderem die Antwortformate, die Reihenfolge der Items, sowie das Layout festgelegt. Anschließend wurden die Fragebögen gemäß Döring und Bortz einem Pretest unterzogen und der Fragebogenrücklauf dokumentiert, um bei der Auswertung der Daten berücksichtigt werden zu können.

In Kapitel 3.1.3 wurden die Wirkungs- und Handlungsziele des Forschungsprojektes beschrieben. Um diese und damit die Wirksamkeit des Projektes überprüfen zu können, ist bei der Erstellung des Fragebogens berücksichtigt worden, dass die jeweiligen Items dazu dienen, die Erreichung des jeweiligen Wirkungsziels zu messen. Dies erfolgte durch die Verwendung von sowohl Einzelitems, als auch psychometrischer Skalen. Einzelitems werden laut Döring und Bortz (2016, S. 265) genutzt, um manifeste Variablen zu messen, wie zum Beispiel soziodemographische Daten. Dies hält den Aufwand für die Teilnehmer*innen gering und den Fragebogen kurz.

Im Hauptteil der Fragebögen wurden die Daten mithilfe einer psychometrischen Skala erhoben. Diese kann genutzt werden, wenn mit verschiedenen Items ein bestimmtes Merkmal gemessen werden soll. Sie eignet sich besonders für komplexere Konstrukte, die mithilfe eines Einzelitems nicht fein genug erhoben werden können (Döring und Bortz 2016, S. 267f./S. 407). Bei der Erstellung des Fragebogens wurde sich an den Gütekriterien zur Verwendung von psychometrischen Skalen in Fragebögen (ebd., S. 268) orientiert.

3.2.2 Legitimation und Erläuterungen der Fragebogenitems

Beide Fragebögen – sowohl der Prä- als auch der Postfragebogen - lassen sich in ihrer ursprünglichen Form in insgesamt vier Abschnitte unterteilen. Im Präfragebogen besteht der erste Teil aus einer Abfrage der demografischen und sonstigen, für das Projekt relevanten Daten. Die weiteren drei Abschnitte sind jeweils einem Wirkungsziel zugeordnet, wobei wie oben angemerkt, das ursprüngliche dritte Wirkungsziel nicht ausgewertet wird und daher in diesem Kapitel keinerlei Beachtung mehr erhält. Im Postfragebogen wird zu Beginn noch einmal die Nutzung weiterer Angebote des ATZs abgefragt, nicht jedoch noch einmal die demographischen Daten, da diese bereits durch den Präfragebogen erhoben wurden. Die weiteren Abschnitte sind mit dem Präfragebogen identisch, wurden jedoch um einen vierten Abschnitt mit offenen Fragen ergänzt, welche im weiteren Verlauf dieses Kapitels erläutert werden.

Bei allen die Wirkungsziele betreffenden Fragen, ist immer der Vorher-Nachher-Vergleich zu berücksichtigen, das heißt es soll in der Auswertung des Fragebogens beurteilt werden, ob und in welcher Weise sich der erhobene Wert verändert hat. Zur Orientierung und Mitverfolgung im Fragebogendokument, entsprechen die Zahlen in Klammern der Frage- bzw. Itemnummer im Prä-Fragebogen bzw. bei den offenen Fragen im Post-Fragebogen.

Abschnitt 1: Demografische und sonstige Daten

Bei der Auswertung des Forschungsprojektes ist es wichtig, die Stichprobe, bzw. die Gruppe der Teilnehmer*innen demografisch beschreiben zu können (Döring und Bortz 2016, 398ff.). Im ersten Abschnitt des Fragebogens wurden, wie in Kapitel 3.1.2 ersichtlich, daher zunächst Alter (1) und Geschlecht (2) der Teilnehmer*innen erhoben. Des Weiteren ist relevant, wie die genaue Diagnose der Teilnehmenden lautet (3), wann diese gestellt wurde (4) und wann sich die Teilnehmer*innen im ATZ für die Therapie angemeldet haben (5). Aus diesen Daten können sowohl Rückschlüsse über die Dauer der bisherigen Wartezeit auf einen Therapieplatz, als auch über die Dauer zwischen Diagnosestellung und Anmeldung zur Therapie gezogen werden. Mithilfe der genauen Diagnosebezeichnung, kann zudem herausgefunden werden, ob die Ergebnisse hinsichtlich Diagnoseart variieren.

Die letzte Frage im ersten Abschnitt des Fragebogens bezieht sich auf die bisher wahrgenommenen Angebote des ATZs (6), die auch ohne einen Therapieplatz zur Verfügung stehen (z.B. Beratungstelefon, Selbsthilfegruppe, etc.)

Abschnitt 2: Wirkungsziel 1: „Die Teilnehmer*innen kennen ihre individuellen Auslöser für Stress und Maßnahmen zu Stressreduktion.“

Um die Erreichung dieses Wirkungsziels evaluieren zu können wurden insgesamt sieben Items in Bezug auf das Thema „Stress“ im Fragebogen erhoben.

(7) „Denken Sie an die letzten zwei Wochen: Wie hoch war Ihr maximaler Stresslevel?“

Dieses Item wurde als Skalenfrage mit ankreuzbaren Werten zwischen 0 und 10 erhoben, wobei die Skalenenden mit den jeweilig passenden wörtlichen Erläuterungen „gar kein Stress“ oder „maximaler Stress“ versehen wurden. Die Skalenfrage dient dem Zweck, ein grundsätzliches Maß an Stress der Teilnehmer*innen zu erheben und im Vorher-Nachher-Vergleich zu beurteilen, ob dieser gesunken oder gestiegen ist. Auch wenn „Stress senken“ nicht explizit Teil des Wirkungsziels ist, so ist es jedoch ein übergeordneter Anspruch der Forschenden langfristig die Teilnehmer*innen dazu zu befähigen, ihr persönliches Maß an Stress zu senken. Mithilfe der Skalenfrage kann ggf. beurteilt werden, ob die Kurzzeitberatung hierzu eventuell schon eine kleine Wirkung erzielen konnte.

Die folgenden sechs Aussagen wurden in Form einer Tabelle dargestellt. Die Antwortmöglichkeiten lauteten: „Stimme überhaupt nicht zu“, „Stimme nicht zu“, „Teils/Teils“, „Stimme zu“ und „Stimme deutlich zu“. Sie werden für die Evaluation anschließend mit den Werten 1-5 beziffert, wobei sich der jeweils kleinere Zahlenwert auf eine Ablehnung, und der größere Wert auf eine Zustimmung zur Aussage bezieht.

(8) „Wenn ich unter Stress leide, weiß ich in der Regel was diesen ausgelöst hat.“

Wie in den Kapiteln 2.2.4 und 3.1.4 bereits beschrieben, ist ein wichtiger Schritt der Stressbewältigung, Stressauslöser zu kennen. Mithilfe von Item 8 kann erhoben werden, ob der oder die Teilnehmer*in die persönlichen Auslöser für Stress bereits kennt, respektive nach Beendigung des Projekts kennt.

(9) „In meinem Alltag versuche ich bewusst Situationen, die Stress auslösen, zu vermeiden.“

Dieses Item soll ebenfalls evaluieren, ob der oder die Teilnehmer*in seine bzw. ihre persönlichen Auslöser für Stress kennt. Dem Item liegt die Hypothese zu Grunde, dass man potentiell Stress erzeugenden Situationen nur bewusst vermeiden kann, wenn man die Auslöser kennt.⁶

(10) „Ich kenne Maßnahmen um Stress zu reduzieren.“

Mithilfe dieses Items soll erhoben werden, ob die Teilnehmer*innen bereits Maßnahmen kennen, mit denen sie Stress reduzieren können. Bei diesem Item geht es zunächst nur um das Wissen über Stress reduzierende Maßnahmen, nicht um die Anwendung.

(11) „Ich nutze regelmäßig aktiv Maßnahmen, um Stress zu reduzieren“

Mit diesem Item wird erhoben, ob die Teilnehmer*innen die Maßnahmen bereits aktiv und regelmäßig nutzen, also in ihrem Alltag auch anwenden. Dieses Item gibt eventuell auch Rückschluss, ob die Maßnahmen, die sie eventuell kennen (Item 10) für sie persönlich hilfreich sind. Als nicht hilfreich eingeschätzte Maßnahmen werden logischerweise nicht genutzt.

(12) „Wenn ich Stress verspüre, fühle ich mich überfordert.“

Mit diesem Item soll ebenfalls evaluiert werden, ob Stress reduzierende Maßnahmen bereits bekannt sind und genutzt werden. Denn wenn keine Strategien für den Umgang mit Stress vorhanden sind, ist eine häufige Reaktion Überforderung (vgl. Kapitel 2.2.3).

(13) „Ich weiß meist schon vorher, dass eine bestimmte Situation Stress in mir auslöst.“

Auch mit diesem Item soll erhoben werden, ob die Teilnehmer*innen sich bereits über die persönlichen Auslöser für Stress bewusst sind. Denn wenn sie bereits bevor eine bestimmte Situation eintritt, wissen, dass diese Situation Stress auslösen wird, kann vermutet werden, dass Auslöser bewusst sind.

⁶ Eine kritische Auseinandersetzung mit dieser und weiteren Items des Fragebogens befindet sich in Kapitel 3.4.

Abschnitt 3: Wirkungsziel 2: „Die Teilnehmer*innen erkennen persönliche Ressourcen und können diese zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz nutzen“.

Um die Erreichung des zweiten Wirkungsziels evaluieren zu können wurden insgesamt acht Items zum Thema „Ressourcen“ im Fragebogen erhoben.

(14) „Ich kenne meine persönlichen Ressourcen.“

Dieses Item zielt auf den Vorher-Nachher-Vergleich der beiden Fragebögen ab. Es soll evaluieren, ob die Teilnehmer*innen ihre persönlichen Ressourcen kennen, bzw. ob und inwiefern sich dies nach dem Projekt verändert hat.

(15) „Im Alltag komme ich grundsätzlich gut zurecht.“

Mit diesem Item soll erhoben werden, ob die Teilnehmer*innen ihre Ressourcen im Alltag nutzen (können).

(16) „Ich kenne meine Stärken und Schwächen.“

Auch dieses Item dient der Erhebung des aktuellen Ressourcenstandes. Wie gut kennen die Teilnehmer*innen sich? Kennen sie ihre Stärken?

Die folgenden drei Items (17, 18 und 19) sind angelehnt an den Wittener Ressourcenfragebogen (WIRF) (Victor et al., 2019). In diesem werden zur Verfügung stehende Ressourcen in der alltäglichen Lebensbewältigung, bei der Bewältigung schwieriger Situationen und in Zusammenhang mit aktuellen Krisen erhoben. Dabei unterscheiden Victor et al. zwischen den Dimensionen „Handlungsregulation“, „Entspannung“ und „Soziale Unterstützung“. Da für die Evaluation des Forschungsprojektes die Nutzung des gesamten WIRFs zu umfangreich gewesen wäre, wurden für die Erhebung der Ressourcen stellvertretend für jede Dimension ein Item ausgewählt, nämlich

(17) „Es fällt mir schwer, Probleme aus eigener Kraft heraus zu lösen.“

für die Dimension „Handlungsregulation“,

(18) „Wenn ich nicht weiterweiß, frage ich mir nahestehende Personen um Rat“

für die Dimension „Soziale Unterstützung“ und

(19) „Ich weiß, was ich brauche, um mich erholen zu können“

für die Dimension „Entspannung“.

(20) „Ich sehe in meinem Alltag eher das Schlechte als das Gute“

Dieses Item wurde gewählt, um zu erheben, ob die Teilnehmer*innen eher eine positive oder eine negative Einstellung zu ihrem Alltag haben. Diesem Item liegt die Hypothese zugrunde, dass durch ein höheres Bewusstsein über Ressourcen, Personen auch eher das Gute im Alltag sehen.

(21) „Es fällt mir leicht, die Zeit bis zum Beginn der Therapie zu überbrücken.“

Dieses Item bezieht sich vor allem auf den letzten Teil des zweiten Wirkungsziels, nämlich ob die Teilnehmer*innen das Gefühl haben, die Wartezeit gut überbrücken zu können. Sollten sich die Antworten im zweiten Fragebogen hier verbessern, gäbe das Anhaltspunkte darauf, dass die Ihnen zur Verfügung gestellten Methoden und die daraus gewonnenen persönlichen Erkenntnisse, zur Bewältigung bzw. Überbrückung hilfreich sind.

Abschnitt 4: Offene Fragen

Wie zu Beginn dieses Kapitel beschrieben, wurde der Post-Fragebogen durch vier offene Fragen ergänzt. Die offenen Fragen tragen dort die Nummern 23-26.

Offene Fragen in den Post-Fragebogen zu implementieren, entstand aus der Idee, getätigte Aussagen über die Qualität der Kurzzeitberatung, über die Arbeitsweise der Beraterin und über den Nutzen für die Teilnehmer*innen für die Evaluation des Forschungsprojekts festzuhalten und auswertbar zu machen. Sie teilen sich in die Fragen

(23) „Was hat Ihnen an der Kurzzeitberatung gut gefallen?“

(24) „Was hat Ihnen an der Kurzzeitberatung nicht gut gefallen?“

(25) „Was hat Ihnen an der Kurzzeitberatung am meisten geholfen?“

(26) „Was könnte Ihrer Meinung nach an der Kurzzeitberatung noch verbessert werden?“

Diese Fragen sollen von den Teilnehmer*innen assoziativ und frei beantwortet werden. Die Antworten können mithilfe einer qualitativen Datenanalyse ausgewertet werden. Sie geben eventuell nur bedingt Rückschlüsse zur Erreichung der

Wirkungsziele, können aber wichtige Hinweise für die eventuelle langfristige Gestaltung einer Kurzzeitberatung für Menschen auf der Warteliste beinhalten.

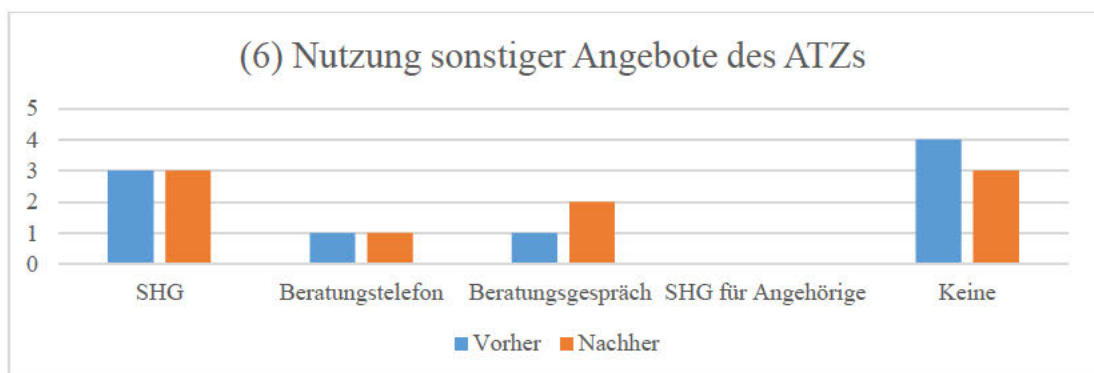
3.3 Darstellung der Ergebnisse

3.3.1 Quantitative Auswertung

Mithilfe der Quantitativen Datenanalyse wurden die erhobenen Daten aus den Fragebögen mithilfe der Software „Microsoft Excel“ deskriptiv ausgewertet. Dies liegt in der kleinen Stichprobengröße begründet und darin, dass eine tiefere Analyse den Rahmen dieser Arbeit und den Nutzen für das Projekt übersteigen würde.

Durch das direkte Ausfüllen der Fragebögen via Stift und Papier vor Ort konnte eine Rücklaufquote von 100% erreicht werden, sodass die Gesamtmenge bei allen Daten 8 beträgt. Es wurde von allen Teilnehmer*innen zudem in dem hier ausgewerteten Teil jede Frage beantwortet, sodass sämtliche Daten in die Auswertung miteinbezogen werden können.

Die Ergebnisse aus dem ersten Teil des Fragebogens, der die demographischen Daten beinhaltet, wurden bereits in Kapitel 3.1.2 aufgezeigt. Bevor im folgenden Teil die Auswertung der verschiedenen Daten hinsichtlich der Wirkungsziele dargestellt werden, soll an dieser Stelle noch auf die Nutzung sonstiger Angebote des ATZs, für die kein Therapieplatz benötigt wird, eingegangen werden.



11 Diagramm: Nutzung sonstiger Angebote des ATZs

Die obenstehende Grafik zeigt, dass die Selbsthilfegruppe von insgesamt drei der acht Teilnehmer*innen genutzt wurde und das Beratungstelefon mindestens von einem Teilnehmer oder einer Teilnehmerin. Diese Angebote wurden vor dem Projekt genauso häufig genutzt wie nach dem Projekt. Ein Teilnehmer oder eine Teilnehmerin

hat während des Projekts das Angebot eines persönlichen Beratungsgesprächs in Anspruch genommen. Diese Person hatte wahrscheinlich vor dem Projekt keins der Angebote genutzt. Keine der Angehörigen der Teilnehmer*innen nutzten die Angebote für diesen Personenkreis und drei von acht der Teilnehmer*innen hatten auch beim zweiten Messzeitpunkt direkt nach dem Projekt keines der sonstigen Angebote des ATZs genutzt.

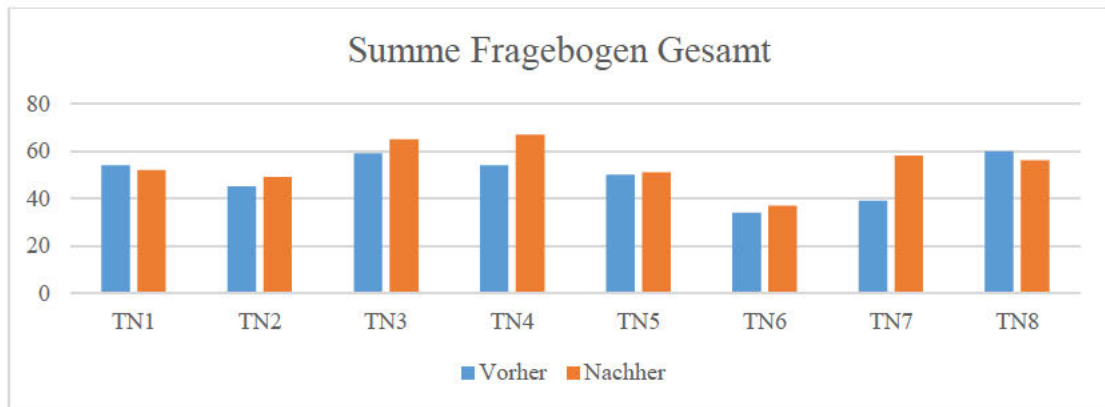
Die nun folgenden Schritte der Datenauswertung orientieren sich an der Vorgehensweise des „Forschungskompasses“, der von Frau Prof. Dr. Annette van Randenborgh und Tobias Knoll (M.A.) als Orientierungs- und Strukturierungshilfe für Studierende des Fachbereichs Sozialwesen an der FH Münster erstellt wurde.

Zum Vergleich der Vorher- und Nachherfragebögen fand in der Vorbereitung eine Item-Umpolung statt. Hierfür werden die numerischen Werte der Skalen umgekehrt, sodass negativ formulierte Aussagen in den Items bei hoher Zustimmung für die Auswertung auch einen hohen Score erhalten.



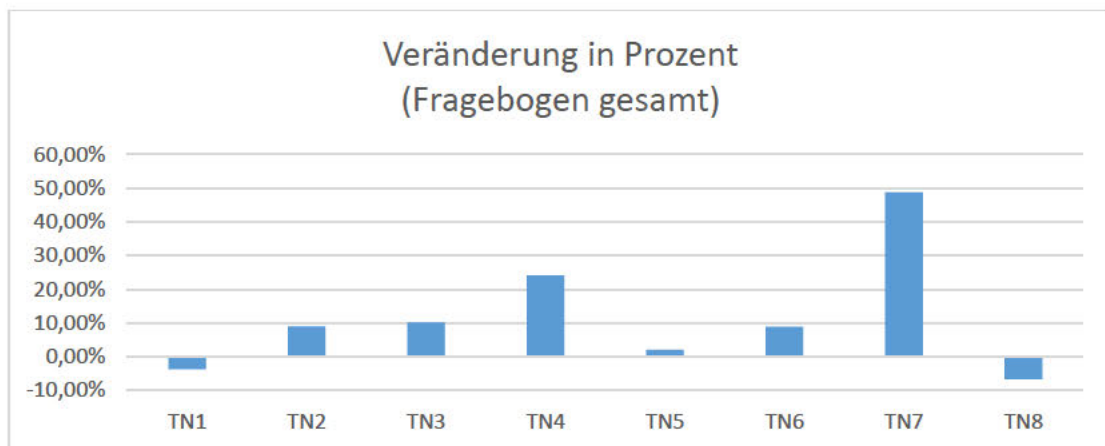
12 *Arithmetische Mittelwerte des Gesamtscores*

Abbildung 12 zeigt den arithmetischen Mittelwert des Gesamtscores (Item 7-21) zum ersten Messzeitpunkt (vorher) und zweiten Messzeitpunkt (nachher). Die Y-Achse beschreibt in dieser und allen folgenden Tabellen entweder die Summe der ermittelten Punkte der Items oder den dazugehörigen Prozentwert. Das arithmetische Mittel liegt zum ersten Messzeitpunkt bei 49,375 und zum zweiten Messzeitpunkt bei 54,375 Punkten, bei einem Maximalwert von insgesamt 80 Punkten. Die Veränderung liegt bei fünf Punkten was einem Prozentwert von 10,13% entspricht.



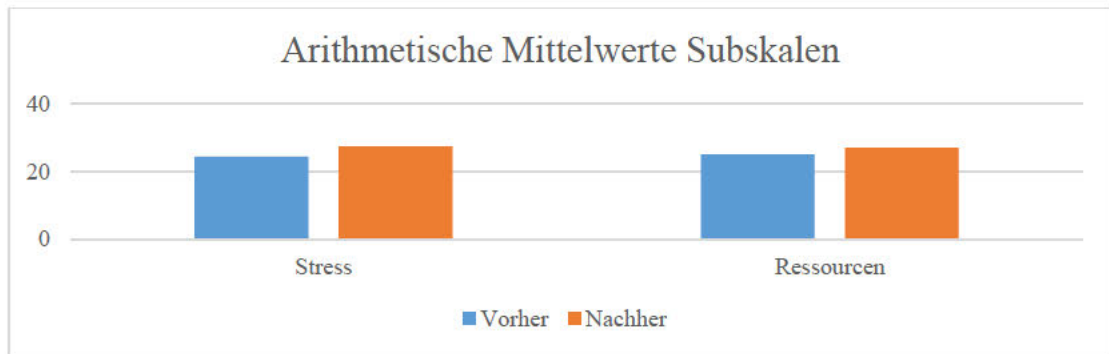
13 Summe Fragebogen gesamt

Betrachtet man die Summenscores der einzelnen Teilnehmer*innen, also alle zusammenaddierten Werte der Items 7-21, ist zu erkennen, dass sich bei sechs von acht Teilnehmer*innen der Wert im zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt verbessert und bei zwei Teilnehmer*innen verschlechtert hat (TN1 und TN8).



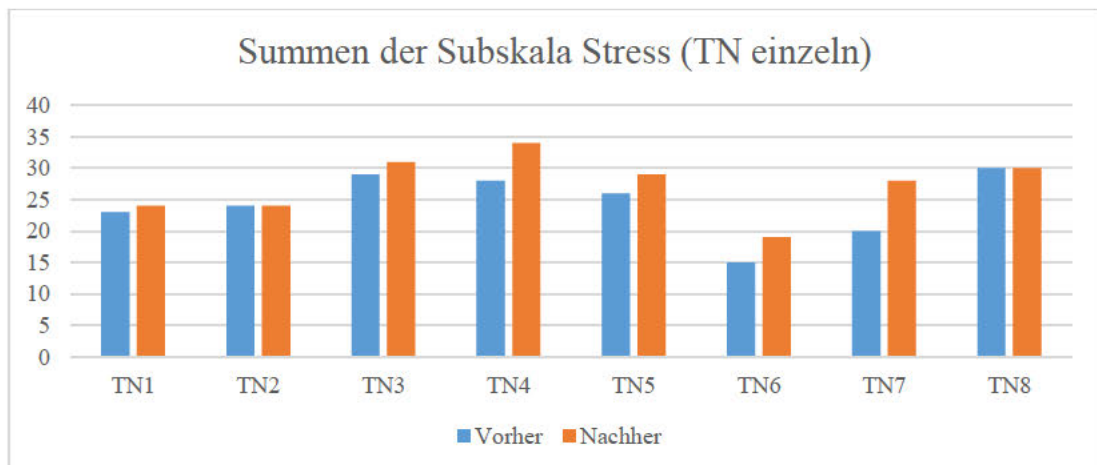
14 Veränderung in Prozent (Fragebogen gesamt)

In Abbildung 14 werden die Veränderungswerte der Summenscores eines jeden Teilnehmers bzw. einer jeden Teilnehmerin zwischen ersten und zweitem Messzeitpunkt in Prozent angegeben. Hierbei wird deutlich, dass die Veränderung sehr individuell ausfällt. Die negativen Veränderungen bei TN1 und TN8 betragen -3,70% bzw. -6,67%. Bei TN4 und TN7 stechen hingegen die positiven Veränderungen der Messwerte besonders hervor, um 24,07 (13 Punkte) bzw. 48,72% (19 Punkte).



15 Arithmetische Mittelwerte Subskalen

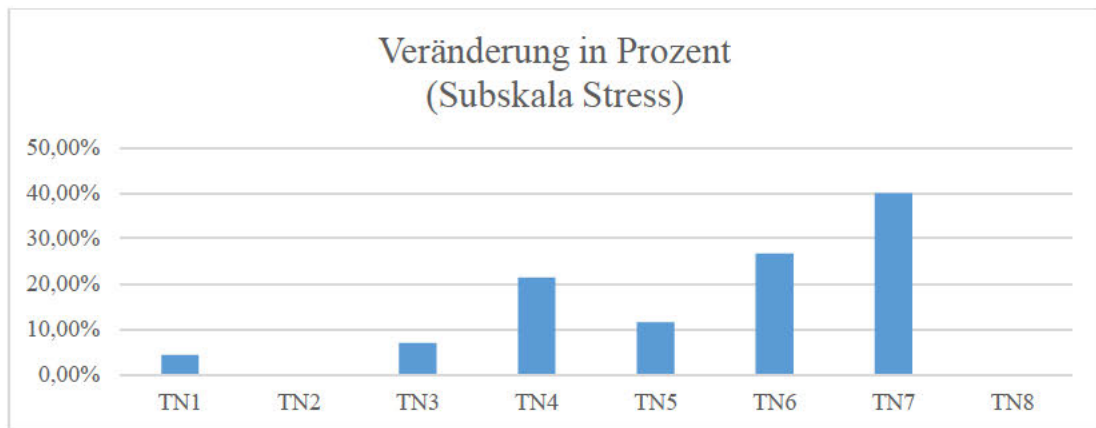
Abbildung 15 zeigt das jeweilige arithmetische Mittel der Subskalen „Stress“ und „Ressourcen“. Im Mittel lag der Score für die Subskala „Stress“ im ersten Messzeitpunkt bei 24,37 Punkten und im zweiten Messzeitpunkt bei 27,375 Punkten (die Veränderung beträgt 12,33%). In der Subskala „Ressourcen“ lagen diese Werte bei jeweils 25 und 27 Punkten (entspricht 8%). Im arithmetischen Mittel haben sich die Werte im Post-Messzeitpunkt im Vergleich zum Prä-Messzeitpunkt in beiden Subskalen also positiv verändert. Betrachtet man die Subskalen einzeln, so wird die stärkere positive Veränderung in Bezug auf das Thema „Stress“ im Vergleich zum Thema „Ressourcen“ noch deutlicher.



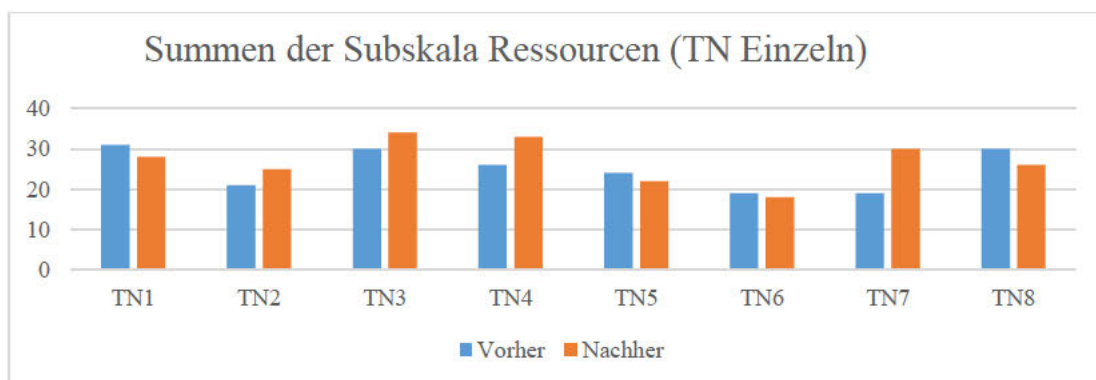
16 Summen der Subskala Stress (TN einzeln)

Abbildung 16 zeigt die summierten Ergebnisse der Teilnehmenden aus der Subskala Stress für jeden einzelnen Teilnehmer bzw. jede einzelne Teilnehmerin. Bei zwei der acht Teilnehmer*innen sind in der Subskala „Stress“ die Werte gleichgeblieben (TN2 und TN8). Bei den restlichen sechs Teilnehmer*innen bewegen sich die Veränderungen zwischen erstem und zweiten Messzeitpunkt zwischen einem (TN1) und acht (TN7) Punkten, das entspricht zwischen 4,34% und 40,00%, wie in der

untenstehenden Grafik (Abb. 17) ersichtlich wird. In der Subskala „Stress“ gab es keine negative Veränderung, also Verschlechterung der Werte zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt.

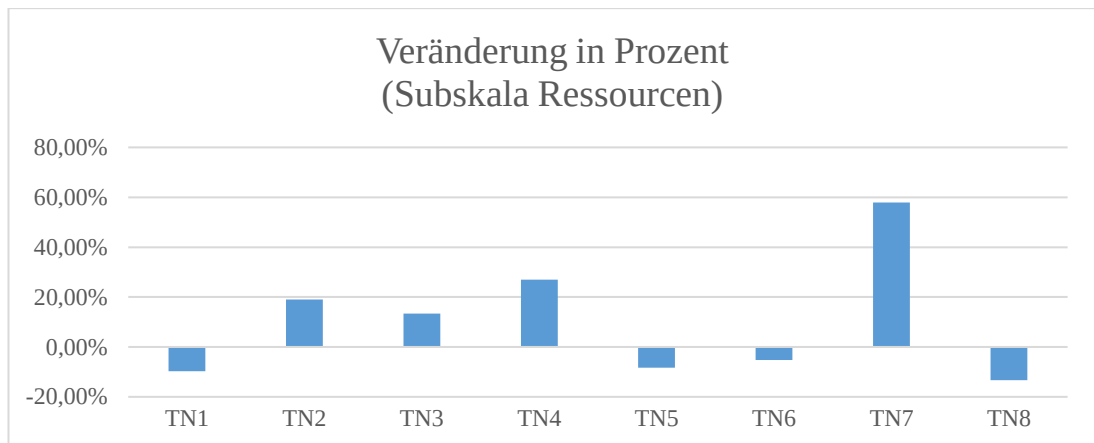


17 Veränderung in Prozent der Subskala Stress



18 Summen der Subskala Ressourcen (TN einzeln)

Abbildung 18 zeigt die summierten Ergebnisse der Teilnehmenden aus der Subskala Ressourcen. Hier zeigt sich, dass sich bei insgesamt vier der Teilnehmer*innen, also der Hälfte der Gesamtmenge, eine Verschlechterung der Summe im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt ergeben hat. Die Verschlechterungen reichen von einem (TN6) bis zu vier (TN8) Punkten, einer Veränderung von -5,26% bis -13,33%. Gleichzeitig ist bei einem der Teilnehmer*innen eine Verbesserung von 21 Punkten (TN7) zu verzeichnen, was insgesamt 57,39% entspricht. Besonders deutlich wird dies auch nochmal in der untenstehenden Grafik (Abb. 19).

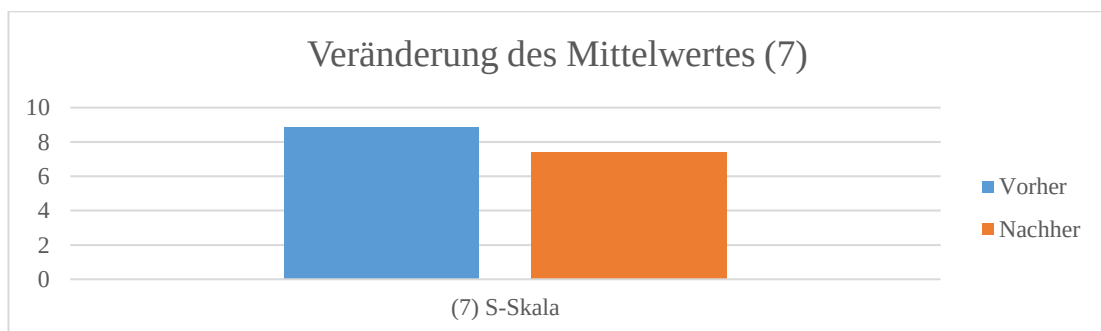


19 Veränderung in Prozent (Subskala Ressourcen)

Zur Ergänzung der oben aufgeführten Daten sollen an dieser Stelle die Mittelwerte der einzelnen Items aus den beiden Subskalen betrachtet werden.

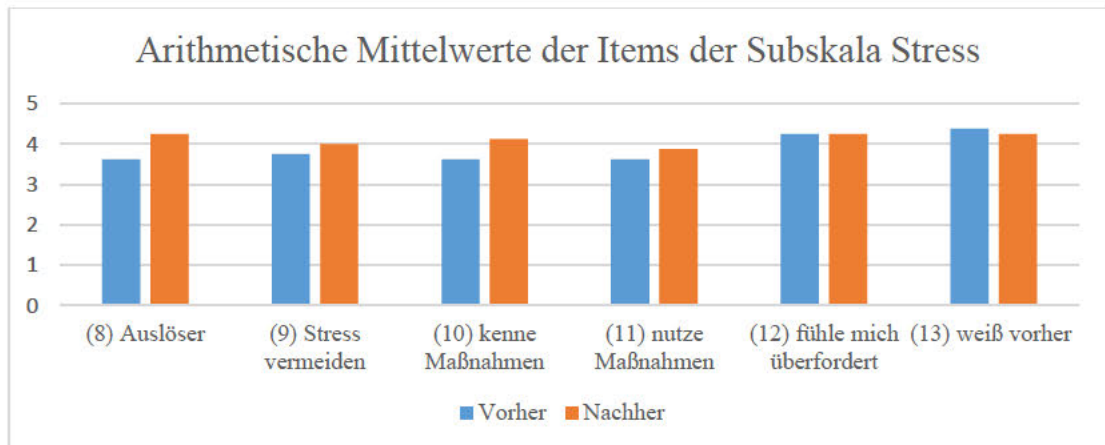
Zur besseren Übersicht und Vergleichbarkeit wurden die Ergebnisse des Items (7) gesondert dargestellt, da diese Antwortmöglichkeiten mit den Werten zwischen 0-10 und alle weiteren Items (8-13) Antwortmöglichkeiten mit Werten zwischen 1-5 beinhalteten.

Abbildung 20 zeigt die Auswertung der Frage 7: „Auf einer Skala von 0-10, wie hoch war Ihr maximaler Stresslevel in den letzten zwei Wochen?“:



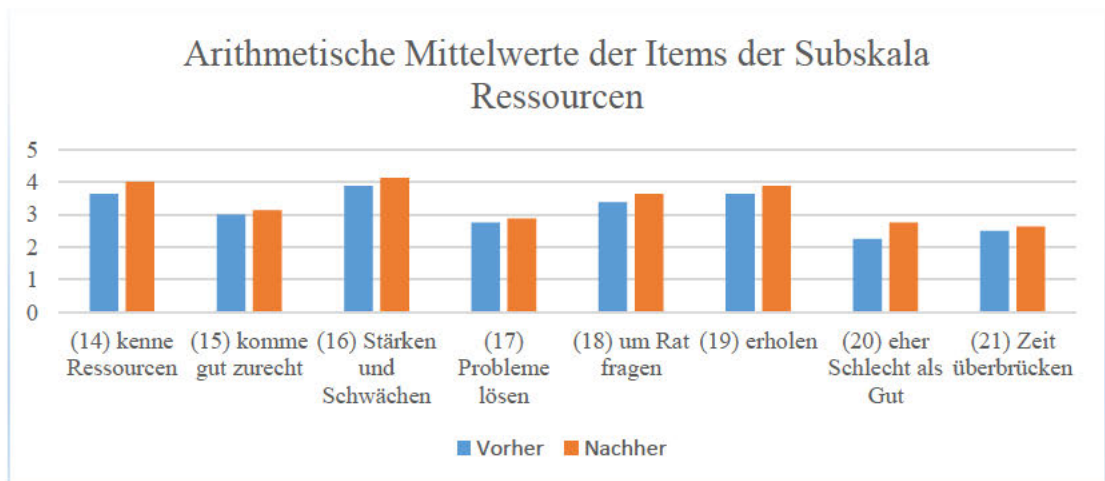
20 Arithmetisches Mittelwerte der Frage 7

Aus Abbildung 21 lässt sich entnehmen, dass sich der wahrgenommene Stress der Teilnehmer*innen insgesamt (bezogen jeweils auf die vergangenen zwei Wochen zu den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten) um durchschnittlich 1,5 Punkte gesenkt hat. Das entspricht einer Veränderung von 16,9%.



21 Arithmetische Mittelwerte der Items der Subskala Stress

Die größten Differenzen der Werte zwischen Vorher- und Nachherfragebogen sind bei Item (8) „Wenn ich unter Stress leide, weiß ich in der Regel, was diesen ausgelöst hat“ mit 0,625 Punkten und Item (10) „Ich kenne Maßnahmen um Stress zu reduzieren“ mit 0,5 Punkten zu beobachten. Geringe Veränderungen des Mittelwertes von jeweils 0,25 Punkten zeigen Item (9) „In meinem Alltag versuche ich bewusst Situationen, die Stress auslösen zu vermeiden“ und Item (11) „Ich nutze regelmäßig aktiv Maßnahmen, um Stress zu reduzieren“. Keine Veränderung des Mittelwertes gab es bei Item (12) „Wenn ich Stress verspüre, fühle ich mich überfordert“. Bei Item (13) „Ich weiß meist schon vorher, dass eine bestimmte Situation Stress in mir auslöst“ hat sich der Wert im Mittel um 0,125 verringert.



22 Arithmetische Mittelwerte der Items der Subskala Ressourcen

Eine Übersicht über die Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Subskala „Ressourcen“ lassen sich in Abbildung 22 erkennen. Hieraus wird deutlich, dass sich im Mittel die größte Veränderung bei Item 20 „Ich sehe in meinem Alltag eher das

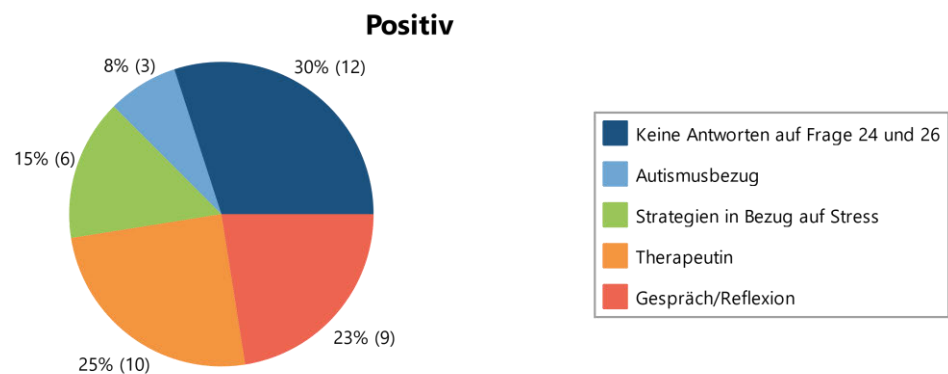
Schlechte als das Gute“ mit einem Unterschied von 0,5 Punkten ergeben hat. Alle weiteren Veränderungen zwischen erstem und zweiten Erhebungszeitpunkt liegen bei 0,125 bis 0,375 Punkten.

3.3.2 Qualitative Auswertung

Die offenen Fragen (23-26) wurden mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse mit der Software „MAXQDA“ ausgewertet. Die entsprechenden Codes wurden induktiv hergeleitet (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 603). Da die offenen Fragebogenitems Teil eines insgesamt quantitativen Verfahrens waren, wurde an dieser Stelle eine etwas gröbere Kodierung vorgenommen (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 604).

Die offenen Fragen können grundsätzlich in die zwei Kategorien „Positiv“ und „Negativ“ unterteilt werden. Dabei fallen die Fragen (23) „Was hat Ihnen an der Kurzzeitberatung gut gefallen?“ und (25) „Was hat Ihnen in der Kurzzeitberatung am meisten geholfen?“ in die Kategorie „Positiv“ und die Fragen (24) „Was hat Ihnen an der Kurzzeitberatung nicht gut gefallen?“ und (26) „Was könnte Ihrer Meinung nach an der Kurzzeitberatung noch verbessert werden?“ in die Kategorie „Negativ“.

In der Kategorie „Positiv“ wurden insgesamt fünf verschiedene Codes ermittelt.



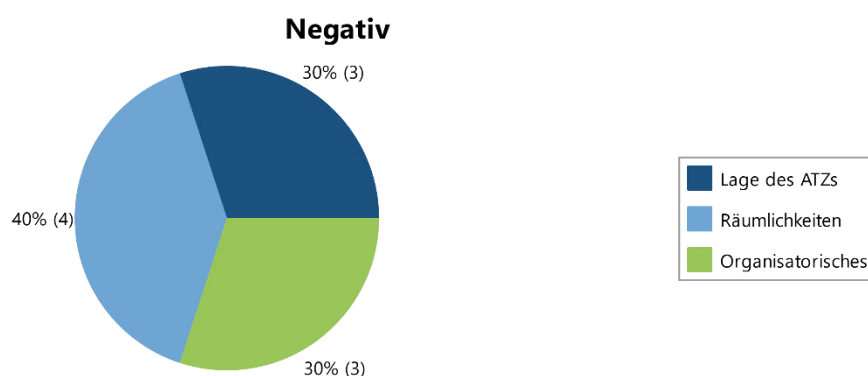
23 Darstellung der Ergebnisse aus der Kategorie „Positiv“

Abbildung 23 zeigt die Prozentuale Verteilung und in Klammern stehend die Häufigkeit der Nennung der zu den rechts stehenden Kategorien passenden Aussagen. Dabei wurde auch das Nichtbeantworten der Fragen (24) und (26) als Code gewertet und nimmt dabei mit 30% den größten Anteil in der Auswertung ein.

Zum besseren Verständnis der Kategorien, dienen die folgenden Beispielaussagen der Teilnehmer*innen:

Autismusbezug	„Meine autistische Lebenswelt mit jemandem zu teilen“ „Die Möglichkeit [...] zur Validierung meines autistischen Selbstbildes“
Strategien in Bezug auf Stress	„Das Kennenlernen des Stressfasses und der Strategien, die man anwenden kann“ „Mir wurden Maßnahmen zur Stressbewältigung an die Hand gegeben“
Therapeutin	„Die große Akzeptanz der Therapeutin“ „Da es nicht nötig war mich zu rechtfertigen und zu erklären“
Gespräch/Reflexion	„Es war gut einen Ort zum Sprechen zu haben“ „Die Möglichkeit zur Selbstreflexion“

In der Kategorie „Negativ“ wurden insgesamt drei verschiedene Codes ermittelt.



24 Darstellung der Ergebnisse aus der Kategorie „Negativ“

Ähnlich wie das vorherige Diagramm zeigt auch das Obenstehende (Abb. 24) die Häufigkeit der Nennungen in den Antworten der Teilnehmer*innen und die prozentuale Verteilung hinsichtlich der Kategorien.

Auch für die Kategorie „Negativ“ sollen einige Beispielaussagen dargestellt werden:

Lage des ATZs	„Die Innenstadt verursacht Stress“
Räumlichkeiten	„Die Räume könnten ‚gemütlicher‘ sein. Offenes Setting ohne Tisch, weniger Hall oder grelles Licht“

	„Schall, sehr helle direkte Beleuchtung, ungelüftete Flure, flackernde Flurleuchten, lärmamplifizierende Wände“
Organisatorisches	„Frühere Terminzeiten, nicht abends“

Die hier dargestellten Grafiken und Tabellen zeigen, dass es eine deutlich höhere Häufigkeit von Aussagen in der Kategorie „Positiv“ im Gegensatz zur Kategorie „Negativ“ gibt. Auffällig ist auch die häufige Nennung von Aussagen, die sich mit den Stichworten „Therapeutin“ und „Gespräch/Reflexion“ haben kodieren lassen.

3.4 Interpretation und Diskussion

In diesem Kapitel sollen die dargestellten Ergebnisse erläutert und interpretiert werden. Die gewonnenen Daten sind nicht repräsentativ für eine größere Gesamtmenge und beziehen sich lediglich auf die am Projekt teilgenommen acht Personen. Jedoch können Tendenzen und Trends hinsichtlich der Wirksamkeit des Projekts entnommen werden. Die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der Fragebogenitems.

In der Auswertung der demographischen Daten fiel auf, dass die Anonymität der Teilnehmer*innen nicht zu hundert Prozent gewährleistet werden konnte, da durch die genaue Abfrage des Geschlechts und des Alters, Rückschlüsse auf die Personen möglich waren. Das Alter hätte daher in Gruppierungen zum Ankreuzen abgefragt, und auf das Geschlecht hätte aus Gründen der Wahrung der Anonymität verzichtet werden können, zumal es zwar für die Beschreibung der Stichprobe interessant, aber für die Auswertung der sonstigen Daten und Intention der Evaluation keine wichtige Rolle spielte.

Des Weiteren ist die Stichprobengröße höchstwahrscheinlich zu klein, um Aussagen über Unterschiede in der Wirksamkeit des Projekts in Bezug auf die unterschiedlichen Diagnosen der Teilnehmer*innen zu stellen. Zudem ließen sich verschiedene Diagnosen in der Autismusdiagnostik, wie in Kapitel 2.2.2 beschrieben, nicht mehr klar voneinander differenzieren, weswegen vermutet werden kann, dass sich auch keine diesbezüglich signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit des Projekts zwischen Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen ergeben würden.

Abbildung 11 zeigt die in Anspruch genommenen Angebote des ATZs, für die kein Therapieplatz benötigt wird. Daraus lässt sich entnehmen, dass die Hälfte der Teilnehmer*innen zum ersten Erhebungszeitpunkt keins dieser Angebote wahrnahm. Im Verlauf des Projekts nimmt einer bzw. eine der Teilnehmer*innen das persönliche Beratungsgespräch vor Ort wahr. Die Inanspruchnahme hätte ggf. noch weiter gesteigert werden können, indem im Projekt noch einmal deutlich darauf hingewiesen worden wäre. Vermutlich haben die Teilnehmer*innen allein durch den Fragebogen oder eventuell durch den Hinweis auf der Homepage des ATZs davon erfahren, dass es noch weitere Angebote gibt.

Die Abbildungen 12 bis 14 stellen die Ergebnisse des gesamten Fragebogens (Items 7-21) dar. Betrachtet man die Mittelwerte dieses Fragenspektrums lässt sich zunächst eine Verbesserung feststellen. Jedoch beträgt die gesamte Veränderung im Mittel lediglich 5 Punkte und fällt mit einem Maximalwert von 80 Punkten im gesamten Fragebogen vergleichsweise klein aus. Dies ist ebenfalls bei der Aufschlüsselung der Mittelwerte der einzelnen Teilnehmer*innen zu beobachten. Auch hier ist der Gesamttrend bis auf zwei Ausnahmen positiv, jedoch sind die tatsächlichen Veränderungen relativ klein. Der Positivtrend wird dabei vor allem durch die beiden „Ausreißer“ TN4 (Veränderung um 13 Punkte, dies entspricht 24,07%) und TN7 (Veränderung um 19 Punkte, dies entspricht 48,72%) ausgelöst.

Die Subskala „Stress“ zeigt im Vergleich zur Subskala „Ressourcen“ eine stärkere Erhöhung der Werte, was als eine Verbesserung zu interpretieren ist. Dabei fallen jedoch die jeweiligen Veränderungen der einzelnen Teilnehmer*innen sehr unterschiedlich aus. Daraus kann geschlossen werden, dass das Angebot des Projekts einen sehr unterschiedlichen Nutzen für die Teilnehmer*innen darstellte. Insgesamt waren die Veränderungen in der Subskala „Stress“ bei allen Teilnehmer*innen positiv, abgesehen von zwei Teilnehmer*innen, bei denen es keine Veränderung gab.

Die Ergebnisse der Subskala „Ressourcen“ kann auf unterschiedliche Weise interpretiert werden. Zum einen haben sich die Werte bei der Hälfte der Teilnehmer*innen im Vergleich zum Beginn des Projektes verschlechtert. Andererseits fällt diese Verschlechterung relativ gering und dafür die Verbesserung der Werte der anderen Hälfte der Teilnehmer*innen umso höher aus (insbesondere TN7). Beachtlich ist dabei zudem die Spanne zwischen den niedrigsten Werten bei

TN8 (-4 Punkte, entspricht -13,33%) und höchsten Werten bei TN7 (21 Punkte, entspricht 57,89%). Auch hier wird folglich der starke individuelle Nutzen des Projekts für die unterschiedlichen Teilnehmer*innen deutlich.

Im Folgenden sollen einige Überlegungen herangezogen werden, um Gründe für die hier dargestellten Ergebnisse zu finden. Ein wichtiger Punkt könnte dabei der Fragebogen an sich sein. Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, lag sowohl die Planung des Projekts und des Evaluationsdesigns, die Ausführung, als auch die Erhebung und Auswertung der Daten in den Händen einer Person, was bei wissenschaftlichen Forschungen, auch Evaluationsforschungen eher unüblich ist (Merchel 2015, S. 44). Auch wenn es in den verschiedenen Planungsphasen immer wieder Rücksprache mit Dritten gegeben hat, so ist davon auszugehen, dass in verschiedenen Bereichen der Planung, Durchführung und Auswertung des Projekts sogenannte „blinde Flecken“ entstanden sein können.

Ein Beispiel hierfür ist die Konstruktion des Fragebogens. Mit zeitlichem Abstand ist in der Auswertung der Daten aufgefallen, dass Item (9) „In meinem Alltag versuche ich bewusst Situationen, die Stress auslösen, zu vermeiden“ nicht oder nur bedingt erheben kann, ob die Person seine oder ihre persönlichen Auslöser für Stress kennt, denn ob die entsprechende Situation dann vermieden wird, ist unabhängig vom Wissen über die Stress auslösende Situation. Es könnte zum Beispiel auch sein, dass eine Person, die die Situation vermeidet, noch keine Strategien hat, um mit dieser umzugehen, die Person, die sich der Situation jedoch stellt, bereits Strategien erworben hat und die Situation deswegen nicht zwangsläufig zu vermeiden braucht.

Durch den Wegfall der Fragen zu den demographischen Daten, das Hinzukommen der offenen Fragen und durch das nicht mit Einbeziehen des dritten Bereichs des Fragebogens (Motivation), hat sich im Post-Fragebogen zudem die Nummerierung der Items verändert. Da eine Hinzunahme von offenen Fragen für den zweiten Fragebogen eine kurzfristige Entscheidung aufgrund von getätigten Aussagen der Teilnehmer*innen war, wurde leider nicht berücksichtigt, die Nummerierung aus dem ersten Fragebogen beizubehalten. Dies, so stellte sich in der Datenauswertung und der Vergleichbarkeit der Fragebögen heraus, wäre deutlich übersichtlicher und einfacher zu handhaben gewesen.

In Bezug auf die Ergebnisse der offenen Fragen lässt sich folgendes schließen: Der größte Posten bei den positiven Fragen machen die fehlenden Antworten zu Frage 24 und 26 aus, die in Abb. 24 als „Negativ“ betitelt werden. Also machten knapp ein Drittel der Teilnehmer*innen hier keine Angaben. Dies kann verschiedenste Gründe haben: Teilnehmer*innen möchten z.B. keine Kritik üben, sie geben die vermeintlich sozial erwünschte Rückmeldung, oder Teilnehmer*innen möchten sich eventuell nicht so viele Gedanken über Verbesserungsvorschläge machen. Im Rahmen dieser Erhebung wird davon ausgegangen, dass diese Teilnehmer*innen tatsächlich keine offensichtliche Kritik am Projekt hatten und insgesamt zumindest zufrieden waren.

Die am zweit- und dritthäufigsten genannten Aspekte sind das Gespräch bzw. Reflexion über Inhalte und die Therapeutin, die das Projekt durchführte. Dies ist insofern interessant, als dass sich an diesen häufigen Nennungen ein Bezug zu Grawes Wirkfaktoren (siehe Kapitel 2.1.3) herstellen lässt. Die Daten sind ein gutes Beispiel dafür, dass der Erfolg von Beratung - neben weiteren wichtigen Aspekten - sehr bedeutend durch die Beziehung zwischen Berater*in und Klient*in beeinflusst wird. Die Art der Beraterin/Therapeutin und die Weise ihrer Gesprächsführung sind hierbei zwei wichtige Faktoren.

Aus den offenen Fragen wird auch deutlich, dass viele Teilnehmer*innen am meisten von den Methoden und den Gesprächen in Bezug auf „Stress“ profitiert haben. Dies deckt sich mit den Daten aus dem quantitativen Fragebogenteil.

Zu guter Letzt gab es nur drei konkrete Nennungen mit Autismus-Bezug. Auch dies könnte vielerlei Gründe haben: Zum Beispiel die bewusste oder unbewusste Vermeidung einer entsprechenden Formulierung, eine ggf. redundante Information, da der Kontext ja für alle Beteiligten klar war oder eventuell die Schwierigkeit, sich selbst als autistisch zu sehen und zu bezeichnen. Gleichzeitig, waren zwar die Methoden und Gesprächsführung des Projekts auf die Personengruppe abgestimmt, diese besitzen dennoch eine gewisse allgemeine Gültigkeit und werden auch in der Beratung von Personen ohne ASS genutzt, sodass der fehlende Autismusbezug in den Antworten der Teilnehmer*innen nicht besonders überrascht.

Bei der Auswertung der „negativen“ offenen Fragen (24 und 26) fällt zunächst auf, dass keine der Antworten direkten Bezug mit dem Inhalt des Projektes, also Themen, Gesprächsverlauf, Methoden oder ähnliches hat. Verbesserungswünsche gab es von

den Teilnehmer*innen eher in Bezug auf die Lage des Gebäudes, die Räumlichkeiten und weitere organisatorische Aspekte. Dies ist in allen Punkten gut nachvollziehbar und in Summe positiv zu bewerten.

Was bedeuten diese Ergebnisse nun für die Erreichung der Wirkungsziele? Das erste Wirkungsziel lautete: „Die Teilnehmer*innen kennen ihre individuellen Auslöser für (autismusbedingtem) Stress und Maßnahmen zu Stressreduktion“. Für die Erreichung dieses Wirkungsziels wurden zudem drei Handlungsziele definiert. Insbesondere die visuell unterstützte Intervention „Stressfass“ stellte eine geeignete Methode dar, um den Teilnehmer*innen einerseits typische Stressoren in ihrem Alltag bewusst zu machen und andererseits zu verdeutlichen, weshalb zu viel Stress, besonders bei Menschen im Autismusspektrum schnell zu Overloads führen kann. Zudem konnte das Modell auch genutzt werden, um bereits vorhandene Strategien zur Stressreduktion aufzudecken und bei einigen Teilnehmer*innen sogar durch weitere zu ergänzen. Die Daten sowohl aus der quantitativen, als auch der qualitativen Analyse, sprechen für eine Erreichung dieses Wirkungsziels. Neben den bereits dargestellten Gründen wird dies zudem durch eine genauere Betrachtung der Veränderungswerte der Items (8) und (10) erklärbar. Denn Item (8) bezieht sich direkt auf die Auslöser für Stress und Item (10) auf die Kenntnis über Maßnahmen gegen Stress. Beide Items erzielten zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt den größten Veränderungswert (0,625 und 0,5 Punkte). Einen kleinen Effekt dieser Ergebnisse lässt sich durch Betrachtung der Frage (7) erkennen. Im Vergleich zu Beginn des Projektes hat sich hier der wahrgenommene Stress der Teilnehmer*innen im Mittel um 1,25 Punkte bzw. 16,9% gesenkt.

Das zweite Wirkungsziel lautete: „Die Teilnehmer*innen erkennen persönliche Ressourcen und können diese zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz nutzen“. Für dieses Wirkungsziel wurden ebenfalls drei Handlungsziele definiert. Für das erste Handlungsziel wurde vor allem auf eine ressourcenorientierte Gesprächsführung wie in Kapitel 2.1.3 beschrieben zurückgegriffen. Diese wurde von den Teilnehmer*innen gut angenommen, wie vor allem die Ergebnisse aus den Daten der offenen Fragen zeigen. Jedoch hatten viele Teilnehmer*innen beim Ausfüllen der Ressourcenkarte nach Lüttringhaus Schwierigkeiten, sodass das Ableiten von Ressourcen nur bedingt erfolgreich war. Dennoch zeigen die Daten insgesamt auch in

dieser Subskala eine leichte Verbesserung, was unter anderem in Abb. 23 erkennbar wird.

Bezüglich des zweiten Teils des Wirkungsziels, also die Nutzung der Ressourcen zur Überbrückung der Wartezeit, hätte ein Follow-Up-Erhebungszeitpunkt und eine Kontrollgruppe wahrscheinlich noch mehr Aufschluss geben können. Beides war jedoch in der Projektplanung aufgrund der äußeren Rahmenbedingungen nicht vorgesehen.

Die starke Streuung der Veränderungswerte zwischen erstem und zweitem Erhebungszeitpunkt zeigen, wie individuell unterschiedlich die Teilnehmer*innen vom Projekt profitieren konnten. Eine stärkere Aussagekraft hinsichtlich der Wirkungsziele könnte vermutlich durch ein Projekt mit deutlich mehr Teilnehmer*innen erreicht werden.

4. Fazit und Ausblick

Im folgendem Kapitel soll zusammenfassend ein abschließendes Fazit gezogen werden. Die Ausgangslage des Projekts stellte die lange Wartezeit auf Autismustherapie und die in dieser Zeit wenigen Hilfestellungen für Menschen im Autismus-Spektrum dar. Mit dem Projekt wurde versucht, diesem Bedarf zu begegnen, um dem betroffenen Personenkreis eine gute Überbrückung der Wartezeit zu ermöglichen. Die beschriebenen Wirkungsziele mussten so konzipiert werden, dass sie zu einem Projekt passen, das einerseits eine kurze und überschaubare Hilfestellung bietet, aber trotzdem möglichst effektiv für die Teilnehmer*innen ist. Dies konnte nur durch die Fokussierung auf wenige Themen geschehen, die jedoch laut bestehender Literatur und Erfahrung der Autorin, eine hohe Relevanz für die Personen darstellen, gleichzeitig aber nicht zu komplex für die relativ kurze Dauer des Projekts sein durften.

Fasst man alle analysierten Daten zusammen, kann geschlossen werden, dass das Projekt insgesamt einen positiven Effekt auf die Teilnehmer*innen hatte, das erste Wirkungsziel vollständig und das zweite Wirkungsziel teilweise erreicht wurde. Auch wenn insgesamt eine Verbesserung eingetreten ist, so ist diese hinsichtlich der definierten Wirkungsziele nicht so stark, wie erhofft. Dies zeigt, dass eine Kurzzeitberatung nur bedingt Einfluss auf die anvisierten Themen hat und Autismus-

Therapie nicht umsonst als jahrelange Begleitung geplant wird, in der neben oben beschriebener Ziele, konkrete Verhaltensänderungen, wie z.B. die Nutzung von Ressourcen als Ziel anvisiert werden können.

Neben den definierten Wirkungszielen scheint das Projekt den Teilnehmer*innen jedoch einen sicheren Rahmen gegeben zu haben, in dem sie Autismus bedingte Sorgen und Schwierigkeiten mit einer erfahrenen Fachkraft besprechen konnten. Dies wurde von den Teilnehmer*innen geschätzt, was sich in den positiven Rückmeldungen der offenen Fragen ausdrückt.

Therapie, Projekte und weitere Angebote, die sich an Menschen im Autismusspektrum richten, sollten weiterhin dringend evaluiert werden, um an den tatsächlichen Bedarfen und Bedürfnissen dieser Personengruppe zielgerichtete Unterstützung leisten zu können. Der Fokus sollte dabei nicht nur in den Inhalten, sondern auch in organisatorischen Aspekten und der Umgebung (z.B. hinsichtlich Erreichbarkeit, Reizarmut, etc.) liegen, die eine wichtige Rolle dabei spielen, ob Betroffene partizipieren und Angebote für sich nutzen können.

Eine gelingende Unterstützung für Menschen mit Autismus sollte sich aus Sicht der Autorin zudem am aktuellen Positivtrend des Blicks auf ASS orientieren und die Möglichkeiten und Chancen von ressourcenorientierter Beratung nutzen, ohne dabei die tatsächlichen Defizite und den damit verbundenen Leidensdruck der Adressat*innen aus den Augen zu verlieren.

Um Menschen mit ASS bestmöglich zu versorgen, bedarf es neben gezielten und passgenauen Angeboten jedoch auch Menschen, die diese durchführen können. Um die Wartezeit auf Therapien zu verringern, müssen daher gesellschaftliche Lösungen für den bestehenden Fachkräftemangel gefunden zu werden. Inwiefern in Zukunft Angebote, wie das in dieser Arbeit beschriebene, oder ähnliche Unterstützung für Menschen auf der Warteliste im ATZ [REDACTED] umgesetzt werden können, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend entschieden werden. Die Ergebnisse der Evaluation müssen hierfür mit dem Leitungsteam besprochen und gemeinsam Möglichkeiten und Wege gefunden werden, um Menschen mit ASS in der Phase der Antragsstellung und tatsächlichem Therapiebeginn bestmöglich zu unterstützen.

Literaturverzeichnis

akquinet business consulting GmbH (2012): Fachkräftemangel in der Sozialwirtschaft. Eine empirische Studie 2012. Hamburg. Online verfügbar unter https://www.sonderpaedagogik.uni-wuerzburg.de/fileadmin/06040030/Downloads/Ratz/Studie_Fachkraeftemangel_2012_Ergebnisse_Langfassung_01.pdf, zuletzt geprüft am 23.01.2022.

Attwood, Tony (2006): Asperger's Syndrome and Problems Related to Stress. In: M. Grace Baron (Hg.): Stress and coping in autism. Oxford, New York: Oxford University Press, S. 351–370.

Bamberger, Günter G. (2015): Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. 5., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Brunner, Sibylle (2004): Ressourcen im Therapieprozess. Ein zentrales Wirkprinzip anhand des Berner Ressourcefragebogens. Lizenziatsarbeit. Universität Bern, Bern. Philosophisch-historische Fakultät, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V. (DGfB) (2003): Beratungsverständnis. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V. (DGfB). Online verfügbar unter https://dachverband-beratung.de/dokumente/DGfB_Beratungsverstaendnis.pdf, zuletzt aktualisiert am 04.04.2023.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl-Günther. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch).

Dziobek, Isabel; Stoll, Sandra (2019a): Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual. Stuttgart: Kohlhammer.

Dziobek, Isabel; Stoll, Sandra (2019b): Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual. Stuttgart: Kohlhammer Verlag (Kohlhammer Manuale).

Engel, Frank; Nestmann, Frank; Sickendiek, Ursel (2013): "Beratung" - Ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Frank Nestmann, Frank Engel und Ursel Sickendiek (Hg.): Neue Beratungswelten. Fortschritte und Kontroversen. Tübingen: dgvt-Verlag (Das Handbuch der Beratung, / hrsg. von Frank Nestmann, Frank Engel & Ursel Sickendiek ; Band 3), S. 33–43.

Eremit, Britta; Weber, Kai F. (2016): Individuelle Persönlichkeitsentwicklung. Growing by transformation: quick finder-- die wichtigsten Tools im Business Coaching. Wiesbaden: Springer Gabler.

Gesellschaft für Evaluation e.V. (2016a): Checkliste zur Anwendung der Standards. Begleitmaterial zu den Standards für Evaluation. Hg. v. Gesellschaft für Evaluation e.V. Online verfügbar unter https://www.degeval.org/fileadmin/DeGEval-Standards/2018_Checkliste_zur_Anwendung_der_Standards.pdf, zuletzt geprüft am 21.09.2023.

Gesellschaft für Evaluation e.V. (2016b): Standards für Evaluation. Erste Revision 2016, Kurzfassung. Hg. v. Gesellschaft für Evaluation e.V. Online verfügbar unter https://www.degeval.org/fileadmin/DeGEval-Standards/2019_07_10_DeGEval_Standards_Kurzfassung.pdf, zuletzt geprüft am 21.09.2023.

Grawe, Klaus; Braun, Urs (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23 (4), S. 242–267.

Gregusch, Petra (2013): Auf dem Weg zu einem Selbstverständnis von Beratung in der Sozialen Arbeit. Beratung als transprofessionelle und sozialarbeitsspezifische Methode. Dissertation. Universität Kassel, Kassel. Fachbereich Humanwissenschaften.

Groden, June; Baron, M. Grace; Groden, Gerald (2006): Assessment and Coping Strategies. In: M. Grace Baron (Hg.): Stress and coping in autism. Oxford, New York: Oxford University Press, S. 15–41.

Groden, June; Cautela, J.; Prince, S.; Berryman, J. (1994): The Impact of Stress and Anxiety on Individuals with Autism and Developmental Disabilities. In: E. Schopler und G. B. Mesibov (Hg.): Behavioral Issues in Autism. Boston, MA: Springer US, S. 177–194.

Härter, Rahel; Poncet, Renate; Tombez, Clémentine; Zesiger, Nadja (2015): Ressourcenaktivierung in der beraterisch-therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: *Praxisforschung der Erziehungsberatung des Kantons Bern* (15), S. 1–90. Online verfügbar unter https://www.eb.bkd.be.ch/content/dam/eb_bkd/bilder/de/themen/praxisforschung/eb-pf-band-15-ressourcenaktivierung.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2023.

Hillienhof, Arne (2023): Autismus: Kritik an langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Hg. v. Deutsches Ärzteblatt. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/142083/Autismus-Kritik-an-langen-Wartezeiten-auf-einen-Therapieplatz>, zuletzt geprüft am 19.11.2023.

Hobfoll, Steven E.; Holmgreen, Lucie; Tirone, Vanessa; Gerhart, James (2017): Conservation of Resources Theory. Ressource Caravanc and Passageways in Health Contexts. In: Cary L. Cooper und James C. Quick (Hg.): The handbook of stress and health. A guide to research and practice. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, S. 443–457.

Informationsdienst Wissenschaft e.V. (11.11.2022): Autismus: Gegen den Mangeln an Therapie-Plätzen für Erwachsene. Berlin. Borowiak, Kamila, Institut für Psychologie Humboldt-Universität zu Berlin. Online verfügbar unter <https://nachrichten.idw-online.de/2022/11/11/autismus-gegen-den-mangel-an-therapie-plaetzen-fuer-erwachsene>, zuletzt geprüft am 07.10.2023.

Janice E. Janzen; M. Grace Baron; June Groden (2006): Understanding the Role of Stress in Autism. The Key to Teaching for Independence. In: M. Grace Baron (Hg.): Stress and coping in autism. Oxford, New York: Oxford University Press, S. 324–350.

Jong, Peter de; Berg, Insoo Kim (2014): Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. 7., verb. und erw. Aufl. Dortmund: Verl. Modernes Lernen (Systemische Studien, 17).

Kamp-Becker, Inge; Bölte, Sven (2021): Autismus. 3. aktual. Auflage, revidierte Ausgabe. München, München: UTB; Ernst Reinhardt Verlag (utb Profile).

Klein, Jan Philipp; Klein, Eva Margaretha (2021): Mein Leitfaden Psychiatrie. Basiskompetenzen für den Klinikalltag. Unter Mitarbeit von Carla Gamon, Walter Klein, Fabian Schüren und Liv Wenzel. Berlin: Springer-Verlag GmbH.

Langosch, Andreas (2015): Ressourcenorientierte Beratung und Therapie. Mit 27 Arbeitsblättern als Download. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag (Beratung und Psychotherapie).

Lazarus, Richard S. (1999): Stress and emotion. A new synthesis. London: Free Assoc. Books.

Lüttringhaus, Maria; Streich, Angelika (2008): Risikoeinschätzung im Team: Keine Zeit? Höchste Zeit! Das Modell der Kollegialen Kurzberatung zur Risikoeinschätzung und Planung des weiteren Vorgehens. In: *EREV Schriftenreihe* 49 (1/2008), S. 39–59. Online verfügbar unter

<https://docplayer.org/9294897-Luettringhaus-maria-streich-angelika-2008-risikoeinschaetzung-im-team-keine-zeit-hoehste-zeit-das-modell-der-kollegialen-kurzberatung-zur.html>.

Merchel, Joachim (2015): Evaluation in der Sozialen Arbeit. 2., aktual. Aufl. München, München: UTB; Reinhardt (UTB Soziale Arbeit, Studierende, 3395).

Nestmann, Frank; Sickendiek, Ursel (2018): Beratung. In: Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch, Rainer Treptow und Holger Ziegler (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6., überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 110–120.

Preißmann, Christine (2018): Stress und Entspannung bei Menschen mit Autismus. In: *Menschen. : Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten* (2/2018), S. 29–35. Online verfügbar unter <https://www.zeitschriftmenschen.at/content/view/full/113107>, zuletzt geprüft am 27.02.2022.

Preißmann, Christine (2020): Mit Autismus leben. Eine Ermutigung. 2. Druckauflage 2021: Klett-Cotta (Rachratgeber Klett-Cotta Hilfe aus eigener Kraft).

Riedel, Andreas; Clausen, Jens (2016): Basiswissen. Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Rogers, Carl R. (2015): Der neue Mensch. 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).

Schreiter, Daniela (2017): Wie es ist, anders zu sein. 7. Auflage. Stuttgart: Panini (Panini-Comics, 1).

Schubert, Franz-Christian (2021a): Ressourcenaktivierung. In: Michael Borg-Laufs und Dieter Wälte (Hg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 24), S. 198–213.

Schubert, Franz-Christian (2021b): Ressourcendiagnostik. In: Michael Borg-Laufs und Dieter Wälte (Hg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 24), S. 117–134.

Shazer, Steve de (2018): Das Spiel mit Unterschieden: Wie therapeutische Lösungen lösen. 7. Edition: Carl-Auer Verlag GmbH.

Spiegel, Hiltrud von (2018): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. Unter Mitarbeit von Benedikt Sturzenhecker. 6., durchgesehene Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (UTB, 8277).

Statista GmbH (2022): Berufe mit den größten Mangel an Fachkräften in Deutschland im Jahr 2022. Hg. v. Statista GmbH. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1326564/umfrage/berufe-mit-den-groessten-fachkraefteluecken/>, zuletzt geprüft am 17.06.2023.

Theunissen, Georg (2016): Vulnerabilität - Stress - Bewältigung. : Anregungen für die Arbeit mit Menschen aus dem Autismus-Spektrum. In: *Menschen. : Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten* (1561-2791, 2), S. 49–59. Online verfügbar unter <https://www.zeitschriftmenschen.at/content/view/full/14288>, zuletzt geprüft am 03.02.2022.

Theunissen, Georg; Paetz, Henriette (2011): Autismus. Neues Denken - Empowerment - Best-Practice. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Heil- und Sonderpädagogik).

Uniklinik Köln (o.D.): Sozialambulanz Autismus. Online verfügbar unter <https://psychiatrie-psychotherapie.uk-koeln.de/klinik/ambulante-behandlung/spezialambulanz-autismus/>, zuletzt aktualisiert am 26.02.2022.

Universitätsklinikum Freiburg (o.D.): Spezialsprechstunde für Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Online verfügbar unter <https://www.uniklinik-freiburg.de/psych/ambulanzen/autismus-spektrum-stoerungen.html>, zuletzt geprüft am 26.02.2022.

Vero, Gee (2014): Autismus - (m)eine andere Wahrnehmung. S.l.: FeedARead.com.

Victor, Philipp Pascal; Schürmann, Jan; Muermans, Michaela Martha; Teismann, Tobias; Willutzki, Ulrike (2019): Wittener Ressourcenfragebogen (WIRF) - Ein mehrdimensionales Instrument zur subjektiven Ressourceneinschätzung. In: *Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 67 (3), S. 181–191. Online verfügbar unter https://www.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/03_G/09_Psychologie/05_Lehrstuehle/Klinische_Psychologie_I/WIRF_Fragebogen.pdf.

Wittchen, Hans-Ulrich (Hg.) (2011): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2., überarb. und erw. Aufl. Heidelberg: Springer-Medizin (Springer-Lehrbuch).

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Anschreiben für das Forschungsprojekt.....	I
Anhang 2: Information zum Fragebogen.....	II
Anhang 3: Fragebogen 1 (prä).....	IV
Anhang 4: Fragebogen 2 (post).....	VII
Anhang 5: Evaluationsstandard Checkliste.....	XI
Anhang 6: Versicherung nach § 20 (3) der AT PO an der Fachhochschule Münster.....	XIII

Anhang 1: Anschreiben für das Forschungsprojekt

Gemeinsam durch die Wartezeit

Ressourcenorientierte Kurzzeitberatung für Erwachsene im Autismus-Spektrum

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Luisa Böhmer und neben meiner Tätigkeit als Therapeutin in den Autismus-Therapie-Zentren [REDACTED] studiere ich berufsbegleitend „Beratung Mediation Coaching“ an der Fachhochschule Münster. Im Rahmen meines Masterstudiengangs führe ich ein Forschungsprojekt durch, das zum Ziel hat, Erwachsene im Autismus-Spektrum bereits in der Wartezeit auf einen Therapieplatz zu unterstützen.

Als Autismus-Therapeutin weiß ich, dass Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung mit komplexen Problemen in ihrem Alltag zu kämpfen haben. Der daraus entstehende Leidensdruck bedarf häufig therapeutischer Unterstützung und Beratung. Auch wenn wir jeder Person am liebsten sofort helfen wollen würden, ist dies aus organisatorischen Gründen leider nicht möglich, weswegen Wartezeit auf einen Therapieplatz im ATZ entsteht.

Zur Überbrückung dieser Wartezeit habe ich ein Beratungsangebot von 3-5 Sitzungen entwickelt, in dem wir uns mit zwei der wichtigsten Herausforderungen der Autismus-Spektrum-Störung beschäftigen: (Autismusspezifischer) Stress und Management der persönlichen Ressourcen. Außerdem widmen wir uns der Motivation auf die Therapie, damit diese bis zum Beginn nicht verloren geht. Selbstverständlich erfolgt dies vertraulich und individuell.

Um anschließend überprüfen zu können, ob das Beratungsangebot hilfreich und zielführend war, bitte ich Sie vor Beginn der ersten Beratungssitzung und nach Abschluss des Projekts jeweils einen kurzen Fragebogen auszufüllen. Dies dauert pro Fragebogen ca. 5-10 Minuten. Mit Ihrer Teilnahme am Projekt helfen Sie, das Angebot des ATZs zu verbessern und tragen zur Forschung über ASS bei.

Wenn ich Ihr Interesse geweckt habe und Sie gerne bereits vor Beginn der Therapie eine individuelle Beratung zu den oben beschriebenen Themen erhalten möchten, kontaktieren Sie mich gerne!

@ [REDACTED]

📞 [REDACTED]

Ich freue mich auf Sie!

Luisa Böhmer

Anhang 2: Informationen zum Fragebogen

Fragebogen zur Evaluation des Projekts

„Gemeinsam durch die Wartezeit - Ressourcenorientierte Kurzzeitberatung für Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störung“

Liebe*r Teilnehmer*in,

vielen Dank für Ihr Interesse an dieser wissenschaftlichen Studie. Ihre Teilnahme würde mich sehr freuen, denn jeder vollständig ausgefüllte Fragebogen erhöht die Aussagekraft meiner Masterarbeit in meinem Masterstudiengang „Beratung Mediation Coaching“. Danke für Ihre Unterstützung!

In diesem Schreiben möchte ich Sie über die Ziele des Projekts und des Fragebogens informieren, den Datenschutz betreffende Hinweise und einen kurzen Überblick über den Verlauf des Fragebogens geben.

I. Ziel des Projekts und der Befragung

Ziel des Projekts ist es, für Erwachsene im Autismus-Spektrum, die aktuell auf einen Therapieplatz im ATZ [REDACTED] warten, ein gutes Überbrückungsangebot zu schaffen.

Mithilfe des Fragebogens soll die Wirksamkeit des Projekts evaluiert werden, welches im Rahmen meines Masterstudiums „Beratung Mediation Coaching“ an der Fachhochschule Münster konzipiert wurde.

II. Datenschutz

Die Befragung ist anonym und freiwillig. Sie kann ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Forschung folgt keinem kommerziellen Interesse. Alle Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und nach der Auswertung gelöscht.

Nur die anonymisierten Daten können von der Lehrveranstaltungs-Leitung bzw. von dem/der Betreuer/in bzw. Begutachter/in der wissenschaftlichen Arbeit für Zwecke der Leistungsbeurteilung eingesehen werden.

III. Ablauf der Befragung und Hinweise zum Fragebogen

Es gibt zwei Befragungszeitpunkte:

1. Vor der ersten Beratungssitzung
2. Direkt im Anschluss des Projekts

Die Fragebögen werden Ihnen von der Beraterin ausgehändigt und nach dem Ausfüllen in einem Briefumschlag versiegelt eingesammelt.

Bevor Sie beginnen, den Fragebogen auszufüllen, notieren Sie bitte zunächst Ihren persönlichen Identifikationscode. Der Identifikationscode wird nach folgendem Muster von Ihnen persönlich erstellt:

1. Erster Buchstabe Ihres Geburtsortes
2. Erster Buchstabe Ihres Geburtsmonats
3. Erste Ziffer Ihrer Hausnummer
4. Zweite Ziffer Ihres Geburtstages
5. Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter

Beispiel:

1. [REDACTED]
2. Erster Buchstabe Ihres Geburtsmonats: **J**anuar
3. Erste Ziffer Ihrer Hausnummer: **4**5
4. Zweite Ziffer Ihres Geburtstages: 0**5**
5. Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter: **P**etra

Der Identifikationscode in diesem Beispiel lautet:

DJ45P

1 2 3 4 5

Der Identifikationscode dient dazu, die beiden Fragebögen, die Sie im Laufe der Forschung ausfüllen, einander zuzuordnen, ohne Ihre Anonymität zu verletzen.

Der Fragebogen umfasst insgesamt 27 Fragen. Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht vielmehr darum, Ihre persönliche Einstellung zu den Aussagen vor und nach dem Projekt zu erfassen. Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Überlegen Sie bei der Beurteilung nicht lange und entscheiden Sie sich möglichst spontan für eine der Antwortmöglichkeiten. Bitte gehen Sie der Reihe nach vor und lassen Sie keine Aussage aus.

Für Fragen und Feedback zum Fragebogen und zum Projekt kontaktieren Sie mich bitte:

Luisa Böhmer

[REDACTED]
[REDACTED]

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 3: Fragebogen 1 (prä)

Gemeinsam durch die Wartezeit

Ressourcenorientierte Kurzzeitberatung für Erwachsene im Autismus-Spektrum

Bitte füllen Sie an dieser Stelle als erstes den Identifikations-Code aus.

1 2 3 4 5

1. Erster Buchstabe Ihres Geburtsortes (z.B. **D**ortmund, **E**ssen, **B**erlin...)
2. Erster Buchstabe Ihres Geburtsmonats (z.B. **J**anuar, **A**pril, **S**eptember...)
3. Erste Ziffer Ihrer Hausnummer (z.B. **9**, **45**, **132**...)
4. Zweite Ziffer Ihres Geburtstages (z.B. **04**, **10**, **23**...)
5. Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (z.B. **P**etra, **U**lrike, **G**isela...)

1. Wie alt sind Sie? (Jahre)

2. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers

3. Wie lautet Ihre Diagnose?

4. Wann wurde die Diagnose gestellt? (Bitte geben Sie Monat und Jahr an)

5. Wann haben Sie sich für eine Therapie im ATZ angemeldet? (Bitte geben Sie Monat und Jahr an)

6. Welche Angebote des ATZs haben Sie oder Ihre Angehörigen bereits wahrgenommen? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Selbsthilfegruppe
- ☐ Beratungstelefon
- ☐ Beratungsgespräch im ATZ (ACHTUNG: Es ist nicht das Anmeldeggespräch gemeint)
- ☐ Selbsthilfegruppe für Angehörige
- ☐ Keine

Bitte kreuzen Sie bei den kommenden Fragen jeweils nur eine Antwort an!

7. Auf einer Skala von 0-10, wie hoch war Ihr maximaler Stresslevel in den letzten zwei Wochen?

gar kein Stress ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ maximaler Stress

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte kreuzen Sie hier die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils/Teils	Stimme zu	Stimme deutlich zu
8. Wenn ich unter Stress leide, weiß ich in der Regel, was diesen ausgelöst hat.	☐	☐	☐	☐	☐
9. In meinem Alltag versuche ich bewusst Situationen, die Stress auslösen zu vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich kenne Maßnahmen um Stress zu reduzieren.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich nutze regelmäßig aktiv Maßnahmen, um Stress zu reduzieren .	☐	☐	☐	☐	☐
12. Wenn ich Stress verspüre, fühle ich mich überfordert.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich weiß meist schon vorher, dass eine bestimmte Situation Stress in mir auslöst.	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte kreuzen Sie hier die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils/Teils	Stimme zu	Stimme deutlich zu
14. Ich kenne meine persönlichen Ressourcen.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Im Alltag komme ich grundsätzlich gut zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich kenne meine Stärken und Schwächen.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Es fällt mir schwer, Probleme aus eigener Kraft heraus zu lösen.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Wenn ich nicht weiterweiß, frage ich mir nahestehende Menschen um Rat	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ich weiß, was ich brauche, um mich erholen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich sehe in meinen Alltag eher das Schlechte als das Gute.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Es fällt mir nicht leicht, die Zeit bis zum Beginn der Therapie zu überbrücken.	☐	☐	☐	☐	☐

22. Auf einer Skala von 0-10, wie hoch ist aktuell Ihre Motivation, die Therapie im ATZ zu beginnen?

keine Motivation ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

maximale Motivation

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte kreuzen Sie hier die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils/Teils	Stimme zu	Stimme deutlich zu
23. Mein Umfeld hält die Therapie für nötiger, als ich selbst.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Je länger ich auf den Platz warten muss, desto weniger Motivation habe ich für die Therapie.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Manchmal frage ich mich, ob sich das Warten auf den Therapieplatz tatsächlich lohnt.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Ich habe persönliche Ziele, die ich in der Autismustherapie erreichen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Ich glaube, dass mir die Autismustherapie bei meinen Problemen helfen kann.	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang 4: Fragebogen 2 (post)

Gemeinsam durch die Wartezeit

Ressourcenorientierte Kurzzeitberatung für Erwachsene im Autismus-Spektrum

Bitte füllen Sie an dieser Stelle als erstes den Identifikations-Code aus.

1 2 3 4 5

1. Erster Buchstabe Ihres Geburtsortes (z.B. **D**ortmund, **E**ssen, **B**erlin...)
2. Erster Buchstabe Ihres Geburtsmonats (z.B. **J**anuar, **A**pril, **S**eptember...)
3. Erste Ziffer Ihrer Hausnummer (z.B. **9**, **45**, **132**...)
4. Zweite Ziffer Ihres Geburtstages (z.B. **04**, **10**, **23**...)
5. Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (z.B. **P**etra, **U**lrike, **G**isela...)

Danke für Ihre Teilnahme am Forschungsprojekt!

In diesem Abschlussfragebogen füllen Sie bitte die Fragen zu den Themen Stress, Ressourcen und Motivation für die Therapie wie beschrieben aus. Am Ende des Fragebogens finden Sie offene Reflexionsfragen zur Kurzzeitberatung. Bitte füllen Sie diese in Stichpunkten oder in kurzen Sätzen aus.

1. Welche Angebote des ATZs haben Sie oder Ihre Angehörigen bereits wahrgenommen? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Selbsthilfegruppe
- ☐ Beratungstelefon
- ☐ Beratungsgespräch im ATZ (ACHTUNG: Es ist nicht das Anmeldegespräch gemeint)
- ☐ Selbsthilfegruppe für Angehörige
- ☐ Keine

Bitte kreuzen Sie bei den kommenden Fragen jeweils nur eine Antwort an!

2. Auf einer Skala von 0-10, wie hoch war Ihr maximaler Stresslevel in den letzten zwei Wochen?

gar kein Stress ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
maximaler Stress 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte kreuzen Sie hier die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils/Teils	Stimme zu	Stimme deutlich zu
3. Wenn ich unter Stress leide, weiß ich in der Regel, was diesen ausgelöst hat.	☐	☐	☐	☐	☐
4. In meinem Alltag versuche ich bewusst Situationen, die Stress auslösen zu vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich kenne Maßnahmen um Stress zu reduzieren.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich nutze regelmäßig aktiv Maßnahmen, um Stress zu reduzieren .	☐	☐	☐	☐	☐
7. Wenn ich Stress verspüre, fühle ich mich überfordert.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich weiß meist schon vorher, dass eine bestimmte Situation Stress in mir auslöst.	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte kreuzen Sie hier die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils/Teils	Stimme zu	Stimme deutlich zu
9. Ich kenne meine persönlichen Ressourcen.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Im Alltag komme ich grundsätzlich gut zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich kenne meine Stärken und Schwächen.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Es fällt mir schwer, Probleme aus eigener Kraft heraus zu lösen.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Wenn ich nicht weiterweiß, frage ich mir nahestehende Menschen um Rat	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ich weiß, was ich brauche, um mich erholen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich sehe in meinen Alltag eher das Schlechte als das Gute.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Es fällt mir nicht leicht, die Zeit bis zum Beginn der Therapie zu überbrücken.	☐	☐	☐	☐	☐

17. Auf einer Skala von 0-10, wie hoch ist aktuell Ihre Motivation, die Therapie im ATZ zu beginnen?

keine Motivation ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

maximale Motivation

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte kreuzen Sie hier die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils/Teils	Stimme zu	Stimme deutlich zu
18. Mein Umfeld hält die Therapie für nötiger, als ich selbst.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Je länger ich auf den Platz warten muss, desto weniger Motivation habe ich für die Therapie.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Manchmal frage ich mich, ob sich das Warten auf den Therapieplatz tatsächlich lohnt.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ich habe persönliche Ziele, die ich in der Autismustherapie erreichen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ich glaube, dass mir die Autismustherapie bei meinen Problemen helfen kann.	☐	☐	☐	☐	☐

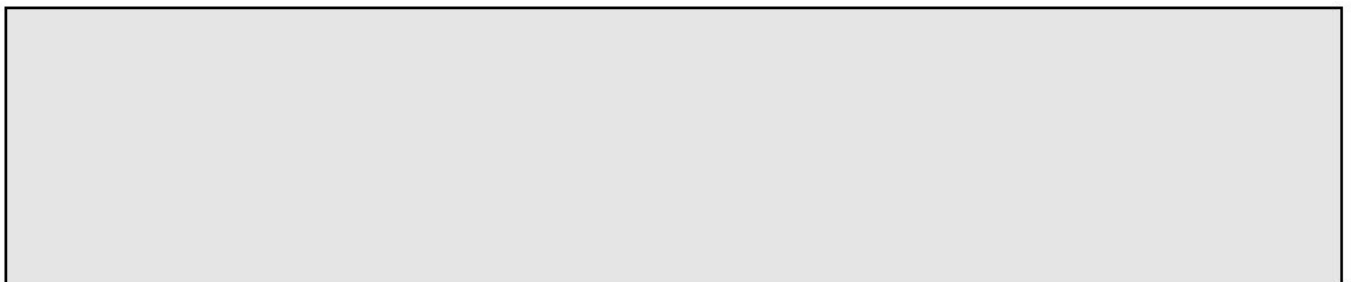
23. Was hat Ihnen an der Kurzzeitberatung gut gefallen?

24. Was hat Ihnen an der Kurzzeitberatung nicht gut gefallen?

25. Was hat Ihnen in der Kurzzeitberatung am meisten geholfen?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to question 25.

26. Was könnte Ihrer Meinung nach an der Kurzzeitberatung noch verbessert werden?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to question 26.

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme am
Forschungsprojekt!**

Anhang 5: Evaluationsstandards Checkliste



CHECKLISTE ZUR ANWENDUNG DER STANDARDS

Um die in diesem Formular enthaltenen Informationen zutreffend zu interpretieren, wird dem Leser und der Leserin empfohlen, neben den Erläuterungen der DeGEval-Standards auch die Buchversion der amerikanischen „Standards für die Evaluation von Programmen“ heranzuziehen, wie sie in folgender Veröffentlichung enthalten sind:

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation/Sanders, James A. (Hrsg.): Handbuch der Evaluationsstandards, Opladen 2000 (2. Auflage).

	Der Standard...			
	...war anwendbar und			... war nicht anwendbar, weil...
	wurde eingehalten	wurde teilweise eingehalten	wurde nicht eingehalten	
Nützlichkeit				
N1 Identifizierung der Beteiligten und Betroffenen		✓		
N2 Klärung der Evaluationszwecke	✓			
N3 Kompetenz u. Glaubwürdigkeit des Evaluators/der Evaluatorin		✓		
N4 Auswahl und Umfang der Informationen	✓			
N5 Transparenz von Werthaltungen		✓		
N6 Vollständigkeit und Klarheit der Berichterstattung	✓			
N7 Rechtzeitigkeit der Evaluation	✓			
N8 Nutzung und Nutzen der Evaluation	✓			
Durchführbarkeit				
D1 Angemessene Verfahren	✓			
D2 Diplomatisches Vorgehen	✓			
D3 Effizienz von Evaluation	✓			

CHECKLISTE ZUR ANWENDUNG DER STANDARDS

	Der Standard...			
	...war anwendbar und			... war nicht anwendbar, weil...
	wurde eingehalten	wurde teilweise eingehalten	wurde nicht eingehalten	
Fairness				
F1 Formale Vereinbarungen	✓			
F2 Schutz individueller Rechte	✓			
F3 Umfassende und faire Überprüfung	✓			
F4 Unparteiische Durchführung und Berichterstattung				Durchführung und Evaluation durch die gleiche Person
F5 Offenlegung von Ergebnisse und Berichten		✓		
Genauigkeit				
G1 Beschreibung des Evaluationsgegenstandes	✓			
G2 Kontextanalyse	✓			
G3 Beschreibung von Zwecken und Vorgehen	✓			
G4 Angabe von Informationsquellen	✓			
G5 Valide und reliable Informationen		✓		
G6 Systematische Fehlerprüfung	✓			
G7 Angemessene Analyse qualitativer und quantitativer Informationen	✓			
G8 Begründete Bewertungen und Schlussfolgerungen	✓			
G9 Meta-Evaluation		✓		

Anhang 6: Versicherung nach § 20 (3) der AT PO an der Fachhochschule Münster

Versicherung nach § 20 (3) der AT PO an der Fachhochschule Münster:

Ich versichere hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die Ausführungen anderer Autoren wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, habe ich durch Angabe der Quellen als Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.



Luisa Böhmer