



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Migration und Autismus.  
Systematische Literaturrecherche und  
qualitative Analyse von Expert\*innenperspektiven“

verfasst von / submitted by

Kathrin Morasek, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Doz. Dr. Karl Krajnc



---

# Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides statt, dass

- ▶ die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt wurden,
- ▶ die während des Arbeitsvorganges von dritter Seite erfahrene Unterstützung, einschließlich signifikanter Betreuungshinweise, vollständig offengelegt wurde,
- ▶ die Inhalte, die aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet wortwörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, in geeigneter Form gekennzeichnet und der Ursprung der Information durch möglichst exakte Quellenangaben ersichtlich gemacht wurde,
- ▶ die eingereichte wissenschaftliche Arbeit bisher weder im Inland noch im Ausland einer Prüfungsbehörde vorgelegt wurde und
- ▶ bei der Weitergabe jedes Exemplars in gebundener, gedruckter oder digitaler Form der wissenschaftlichen Arbeit sichergestellt wird, dass diese mit der eingereichten digitalen Version übereinstimmt.



Kathrin Morasek

Wien, November 2020



---

## Danksagung

Ein großer Dank gilt Karl Krajic für seine kompetente Betreuung, seine konstruktiven Rückmeldungen und seine sowohl hilfreiche als auch ermutigende Unterstützung und Begleitung während des gesamten Entstehungsprozesses der Arbeit.

Außerdem möchte ich von ganzem Herzen meiner Familie danken, die mich während des Studiums unterstützt und mir stets positiv zugesprochen hat. Ein ganz besonderer Dank gilt meinen lieben und engen Freund\*innen – sie sind meine zweite Familie und dafür danke ich ihnen.

Ein spezieller Dank gebührt Irene Rath, die mich auf die Idee gebracht hat, zu diesem Thema zu forschen. Außerdem möchte ich mich bei Sonja Gobara für ihre Unterstützung und Offenheit gegenüber neuen Forschungsideen und -projekten bedanken. Danke an das gesamte Team des Ambulatoriums Sonnenschein, für den wertvollen gegenseitigen Austausch und den großen Zusammenhalt. Vielen Dank an Regina Bamberger für das Pretest-Interview und an Ali Asisi für das erste ausführliche Gespräch zu diesem Thema. Ganz besonders danke ich allen Interviewpartner\*innen für ihre Bereitschaft, ihr Wissen mit mir zu teilen: Türkan Akkaya-Kalayci, Ali Asisi, Sven Bölte, Friedrich Brandstetter, Sonja Gobara, Kathrin Hippler, Daniel Holzinger, Elisabeth Jencio-Stricker, Barbara Mally, Gaia Novarino, Susanne Ohmann, Christian Popow und Julian Tillmann.

Ein großes Dankeschön gilt Florian Spielauer für die grafische Gestaltung der Arbeit und den Erstleserinnen und Korrektorinnen LEMONIA Lange, Helga Morasek und ganz besonders Anita Windsperger, die mit ihrer fortwährenden Unterstützung und den vielen Gesprächen wesentlich zum Entstehen und Vollenden dieser Arbeit beigetragen hat.

Ich widme diese Arbeit den Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung und deren Familien. Ich hoffe, mit dieser Arbeit einen bedeutsamen Beitrag auf diesem speziellen Forschungsgebiet leisten zu können.

## Zusammenfassung

Eine Vielzahl an Studien aus Europa, Nordamerika und Australien deutet darauf hin, dass Migration einen Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen darstellt. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es demnach mögliche Zusammenhänge zwischen parentaler Migration und Autismus-Spektrum-Störungen zu analysieren und Erklärungsansätze aufzuzeigen. Außerdem verfolgt die Arbeit ein gesundheitspolitisch relevantes Ziel und schlägt die Implementierung verschiedener Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus vor. Um zu untersuchen, ob Migration einen Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen darstellt, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Mithilfe explorativer Expert\*inneninterviews wurden Perspektiven über mögliche Erklärungsansätze zu diesem Zusammenhang analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass acht von zehn Studien von einem erhöhten Risiko für eine Autismus-Spektrum-Störung bei jenen Kindern ausgehen, deren Mütter oder beide Elternteile außerhalb Europas, Nordamerikas oder Australiens geboren wurden und immigriert sind. Zwei systematische Reviews zeigen eine höhere Rate von Autismus-Spektrum-Störungen bei Kindern von Migrant\*innen auf. Die qualitative Analyse der Expert\*innenperspektiven identifizierte unterschiedliche Erklärungsansätze, die von traumatischen Lebensereignissen und verschiedenen Migrationsstressoren, Fehldiagnosen, über die Rolle verschiedener Umweltfaktoren und perinatalen Infektionen, den Auswirkungen sozioökonomischer Benachteiligung und Diskriminierung, über *family practices* und Konsanguinität hin zu einer Clusterbildung der Diagnosen in bestimmten Communities reichen. Zudem verdeutlicht die qualitative Analyse den Mangel an Wissen auf diesem Forschungsgebiet. Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass es hinsichtlich der aufgezeigten Erklärungsansätze keine gesicherten Evidenzen gibt. Insofern wird ein Forschungsbedarf insbesondere bezogen auf die Auswirkungen verschiedener Einflussfaktoren auf die Ätiologie von immigrierten Kindern oder Kindern zugewanderter Eltern mit Autismus-Spektrum-Störung konstatiert. Zur Unterstützung der betroffenen Familien bedarf es in erster Linie gesundheitsfördernder, sozial- und gesundheitspolitischer Maßnahmen, um die bestehende und fortschreitende Benachteiligung und damit einhergehende gesundheitliche Ungleichheit für Kinder zu unterbinden.

**Schlüsselbegriffe:** Autismus · Autismus-Spektrum-Störungen · Migration · Immigration · Ethnizität · Risikofaktor · parental · Ätiologie

---

## Abstract

A growing number of studies conducted in Europe, North America and Australia suggest, that immigration is a possible risk factor for autism spectrum disorders. The aim of this thesis is to investigate possible relationships between parental immigration and the risk of children being diagnosed with autism spectrum disorder whilst showing explanatory approaches. Furthermore the thesis follows a health policy related aim and proposes the implementation of different actions to improve the health care of children and young people with autism spectrum disorders. A systematic literature search was undertaken to investigate if immigration is a risk factor for autism. In addition expert interviews have been conducted to analyse perspectives of different explanatory approaches. The results show that eight out of ten studies report that children of whose mothers, or both parents, immigrated from outside Europe, North America or Australia are at higher risk of autism spectrum disorders than children born into non-migrant families. Two systematic reviews show higher rates of autism in children born into migrant families. The qualitative analysis from the different expert perspectives identified explanatory approaches, that range from traumatic life events and different stressors in the context of migration, misdiagnosis, the role of environmental risk factors, perinatal infections, the impact of socioeconomic disadvantage and discrimination, *family practices* and consanguinity to the clustering of diagnosis in certain communities. Due to that the analysis demonstrates the lack of knowledge in this research area.

It can therefore be concluded, that further studies are needed to examine factors that are related to migration that may play a role in the aetiology of autism spectrum disorders. There is a public health urgency and social and health policy measures, which are adapted to the need of families with a migration history and must be taken to avoid the existing and progressing disadvantages with the effects of health inequality for children.

**Keywords:** autism · autism spectrum disorder · migration · immigration · ethnicity · risk factor · parental · aetiology · etiology



# Inhaltsverzeichnis

<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>3</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>5</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Themenbereich und Problemstellung.....	4
1.2 Forschungsziel und Forschungsfragen .....	5
1.3 Aufbau der Arbeit .....	6
<b>2 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen</b> .....	<b>8</b>
2.1 Systematische Literaturrecherche.....	9
2.2 Explorative Expert*inneninterviews .....	10
2.2.1 Feldzugang, Sampling und Erhebung.....	10
2.2.2 Auswertung der empirischen Daten.....	12
2.3 Details zum Forschungsprozess und Limitationen .....	13
<b>3 Sozialwissenschaftliche Aspekte zu Autismus-Spektrum-Störungen</b> .....	<b>15</b>
3.1 Medikalisierung der Autismus-Spektrum-Störung .....	15
3.2 Neurodiversität · Perspektivenwechsel und Emanzipationsstrategie.....	16
3.3 „Don't blame the mothers“ .....	17
3.4 Stigma.....	19

<b>4</b>	<b>Die Begriffe der Migration und Ethnizität aus interdisziplinärer Perspektive.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Zum Begriff der Migration .....</b>	<b>20</b>
4.1.1	Typologie der Migration.....	21
<b>4.2</b>	<b>Ethnizität · Annäherung an ein schwer fassbares Konzept .....</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>Zur Verflechtung von Migration und psychischer Gesundheit .....</b>	<b>23</b>
<b>5.1</b>	<b>Auswirkungen biologischer und sozialer Determinanten auf den Gesundheitszustand und die Entwicklung von Kindern .....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zu Autismus-Spektrum-Störungen.....</b>	<b>28</b>
<b>6.1</b>	<b>Historischer Rückblick.....</b>	<b>28</b>
<b>6.2</b>	<b>Klassifikations- und Diagnosesysteme .....</b>	<b>28</b>
<b>6.3</b>	<b>Prävalenz.....</b>	<b>29</b>
<b>6.4</b>	<b>Forschungsansätze der Ätiopathogenese.....</b>	<b>31</b>
6.4.1	Genetische und neurobiologische Ursachen .....	31
6.4.2	Die Rolle der Umweltfaktoren .....	32
<b>7</b>	<b>Parentale Migration als Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen.....</b>	<b>38</b>
<b>7.1</b>	<b>Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche .....</b>	<b>38</b>
<b>7.2</b>	<b>Ergebnisse der Expert*innenbefragung.....</b>	<b>48</b>
7.2.1	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zu potenziellen Erklärungsansätzen.....	48
7.2.1.1	Traumatische Lebensereignisse.....	49
7.2.1.2	Fehldiagnosen .....	51
7.2.1.3	Umweltgifte und Einsatz chemischer Waffen .....	51
7.2.1.4	Pränatale Stressoren, Akkulturationsstress und parentale psychische Erkrankungen .....	52
7.2.1.5	Perinatale Infektionen .....	54
7.2.1.6	„Family practices“ und Konsanguinität.....	54
7.2.1.7	Auswirkungen sozioökonomischer Benachteiligung und sowohl institutioneller als auch struktureller Diskriminierung .....	56
7.2.1.8	Ernährungsfaktoren .....	57
7.2.1.9	Niederschwelliges Diagnostik- und Therapieangebot in sozialpädiatrischen Einrichtungen, Compliance und Clusterbildung in Communities .....	58

7.2.2	Ansatzpunkte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.....	59
7.2.2.1	Ausbau kostenfreier Therapieplätze.....	61
7.2.2.2	Frühe und evidenzbasierte Diagnostik und Intervention .....	62
7.2.2.3	Professioneller Ausbau von Dolmetsch- und transkulturellen Schulungsangeboten .....	64
7.2.2.4	Kultursensible Angebote zur Entlastung, Unterstützung und Beratung der Familien .....	65
7.2.2.5	Inklusion in Kindergarten und Schule .....	70
7.2.2.6	Transition und intersektorale Kooperation .....	71
7.2.2.7	Integration in den Arbeitsmarkt und selbstständiges, teilbetreutes oder betreutes Wohnen .....	73
<b>7.3</b>	<b>Gegenüberstellung der Ergebnisse zum bisherigen Forschungsstand .....</b>	<b>74</b>
<b>7.4</b>	<b>Diskussion und Ausblick.....</b>	<b>79</b>
<b>8</b>	<b>Conclusio.....</b>	<b>84</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>86</b>
<b>10</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>92</b>
<b>11</b>	<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>93</b>
<b>12</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>94</b>
<b>12.1</b>	<b>Umweltrisikofaktoren für Autismus-Spektrum-Störungen .....</b>	<b>94</b>
<b>12.2</b>	<b>Hintergrundinformationen zu den Expert*innen .....</b>	<b>95</b>
<b>12.3</b>	<b>Interviewleitfaden .....</b>	<b>97</b>
<b>12.4</b>	<b>Einverständniserklärung zum Expert*inneninterview .....</b>	<b>99</b>
<b>12.5</b>	<b>Überblick über die Ergebnisse der heuristischen Studie .....</b>	<b>101</b>



# 1 Einleitung

„Warum haben wir so viele Kinder mit Autismus?“

(Zitat eines betroffenen Vaters, bezogen auf die tschetschenische Community<sup>1</sup>)

Autismus-Spektrum-Störungen haben in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Mit dem Film *Rain Man* hat Autismus in den 80er Jahren erstmals mediale Aufmerksamkeit erhalten und diese Entwicklung hat sich fortgesetzt. In den letzten Jahren erlangten Serien wie *The Big Bang Theory* oder *Atypical* besondere Beliebtheit. Sheldon Cooper, der Hauptprotagonist der Serie *The Big Bang Theory* würde alle Kriterien der Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung erfüllen und Sam Gardener aus der Netflix-Serie *Atypical* hat die Diagnose. Neben Serien kommt dem Thema auch in der belletristischen Literatur Beachtung zu. Der Roman *Das Rosie-Projekt*, in dem ein Genetiker auf Basis rationaler und wissenschaftlicher Überlegungen seine zukünftige Ehefrau finden möchte, wurde zu einem Welt-Bestseller. Diese Beispiele veranschaulichen die zunehmende Medialisierung dieser tiefgreifenden Entwicklungsstörung. Eine weitere Facette dieser Diagnose zeigt sich darin, dass berühmte Persönlichkeiten der Vergangenheit aus Wissenschaft und Kunst, wie bspw. Albert Einstein oder Wolfgang Amadeus Mozart posthum als autistisch diagnostiziert wurden (vgl. Böke 2010, zit. nach Heilmann 2015: 133). Zweifellos tragen auch Menschen wie die Umweltaktivistin Greta Thunberg, die ihr Asperger-Syndrom publik machen, zu einer Popularisierung von Autismus bei.

In der zehnjährigen beruflichen Tätigkeit als Ergotherapeutin in einem sozialpädiatrischen Zentrum konnte von der Autorin eine massive Zunahme der Zuweisungsdiagnosen aus dem autistischen Spektrum beobachtet werden, die teilweise, aber nicht ausschließlich auf die Eröffnung des daran angeschlossenen Autismus-Kompetenzzentrums zurückzuführen ist. Vielmehr spiegelt diese persönliche Erfahrung die Entwicklung in den meisten postindustriellen spätmodernen Gesellschaften wider. Parallel zu den Phänomenen der Medialisierung und Popularisierung kam ein Prozess der Medikalisierung (vgl. Conrad 2007) in Gange, der seinen Anfang in den 90er Jahren nahm, als die *autistische Störung* erstmals als eigenständige Diagnose in das DSM-III-R aufgenommen wurde (vgl. Hacking 2016: 71). Neben den Veränderungen der Diagnosekriterien sind ein besser geschultes medizinisches Personal und veränderte Umweltbedingungen häufige Erklärungsansätze für die Zunahme der Diagnosen aus dem autistischen Spektrum

---

<sup>1</sup> aus dem Pretest-Interview entnommenes Sekundärzitat.

(vgl. Ünlü 2016: 6). Prior (2003: 82) stellte bereits vor 17 Jahren einen Anstieg der Autismus-Spektrum-Störungen in Australien fest. Neben den eben genannten Gründen sieht die Autorin darin auch ein diagnostisches Label für finanzielle Unterstützung für frühe Intervention (vgl. ebd.). Aderhold (2018: 25) kritisiert in diesem Zusammenhang sowohl ein *Upgraden* zum Erreichen ökonomischer Vorteile als auch das *Downgraden* zur Vermeidung von Stigmatisierung.

Der vorherrschende Diskurs, der bestimmt, was in unserer Gesellschaft als gesund oder krank angesehen wird, ist der des westlich-industriellen Medizinsystems (vgl. Franke 2012: 35 ff.). Gesundheit wird als Negativdefinition und im Wesentlichen als Abwesenheit von Krankheit bzw. als Störungsfreiheit begriffen. Dieser eindimensionalen Definition setzt die WHO ihr multidimensionales Konzept von Gesundheit entgegen. „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (vgl. WHO 1946, zit. nach Franke 2012: 36). Dabei wird Gesundheit als multifaktorieller Begriff konstituiert, der weit mehr bedeutet, als das bloße Freisein von physischen Mangelerscheinungen. Daran anschließend soll an dieser Stelle das biopsychosoziale Modell der WHO erwähnt werden, welches über reduktionistische Rahmenbedingungen hinwegsieht und psychologische und soziale Faktoren, die die Gesundheit betreffen, miteinbezieht (vgl. Milton 2013: 2). Autismus-Spektrum-Störungen sollen daher aus verschiedenen Perspektiven heraus analysiert werden:

Although there is a biological aspect to this condition named autism, the social factors involved in its identification, representation, interpretation, remediation, and performance are the most important factors in the determination of what it means to be autistic, for individuals, for families and for society. (vgl. Nadesan 2005: 2, zit. nach ebd.)

Nach Blumer (2013: 54) implizieren Begriffe in der Wissenschaft, wie zugeschriebene Diagnosen, drei unterschiedliche Funktionen. Sie schaffen neue Perspektiven, dienen dazu, sich mit der Umwelt auszutauschen und ermöglichen „(...) deduktive Schlussfolgerungen und damit die Antizipation neuer Erfahrung“ (zit. nach ebd.). Ein Begriff bietet demnach die Möglichkeit der Ableitung von Konsequenzen. Erst die Nosologie, die Benennung und Kategorisierung von Diagnosen wie der Autismus-Spektrum-Störung ermöglicht, daraus adäquate Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten abzuleiten. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass eine Vielzahl an Studien darauf hindeuten, dass Menschen infolge der Diagnose mit einer psychischen oder psychiatrischen Erkrankung in eine kulturelle Kategorie gedrängt werden. Beispielhaft ist damit gemeint, dass von *psychisch kranken Menschen* oder *autistischen Menschen* gesprochen wird, was sich in weiterer Folge auf deren materielles, soziales und psychologisches Wohlbefinden auswirken

kann (vgl. Link 1987, Link et al. 1989; Markowitz 1998, Rosenfield 1997, zit. nach Kroska und Harkness 2008: 193). Bereits Berger und Luckmann (2018: 188 f.) erkannten das Dilemma des Widerspruchs zwischen „(...) subjektiver Identität und gesellschaftlicher Identitätszuschreibung oder zwischen Identität und ihren biologischen Grundlagen (...)“. Autismus-Spektrum-Störungen können nur in einer Welt bestehen, die von den ihnen betreffenden gesellschaftlichen Zusammenhängen bestimmt werden. Berger und Luckmann (vgl. ebd.) beschreiben wie diese Zusammenhänge infolge gesellschaftlicher Bestimmung bestehen und im Laufe der Sozialisation als Wirklichkeit verinnerlicht werden (vgl. ebd.). Zum besseren Verständnis führen sie folgendes Beispiel an: „In Haiti ist man von Dämonen besessen, und in New York ist man neurotisch. Besessenheit und Neurose sind also in beiden Zusammenhängen Elemente der objektiven und der subjektiven Wirklichkeit“ (zit. nach ebd.). Bezogen auf Autismus-Spektrum-Störungen und kultureller Diversität, kann davon ausgegangen werden, dass bei einem Kind in Österreich, das bei einer ärztlichen oder therapeutischen Diagnostik keinen Blickkontakt zeigt, der Verdacht auf Schwierigkeiten in der sozialen Kommunikation und Interaktion aufkommt. Im Unterschied dazu wäre ein derartiges Verhalten beispielsweise in Japan aufgrund der kulturellen Prägung unauffällig bzw. erwünscht. Diese Arbeit stützt sich daher auf das Verständnis von Schütz (1962: 149, zit. nach ebd.): „Alle Typisierungen im Alltags-Denken sind als solche integrierende Elemente der konkreten sozio-kulturellen ‚Lebenswelt‘ und beherrschen sie, weil sie als gesichert und gesellschaftlich bewährt erlebt werden“.

Der Forschungsprozess war von Beginn an von epistemologischer Reflexion geleitet, stets auch mit der Frage im Hinterkopf, wie Wissen zustande kommt, als auch, wie dieses generiert und legitimiert wird. Es ist daher offenkundig, dass diese Arbeit sowohl bei der Themenfindung, der Auswahl der Methoden als auch deren Auswertung und Darstellung die Subjektivität der Autorin widerspiegelt (vgl. Reichertz 2015: 572 f.). So wie es keiner forschenden Person gelingt, unabhängig von Kontext und Situation zu agieren, so wenig ist es einer Wissenschaft möglich, den absoluten Wahrheitsanspruch für sich zu beanspruchen. Daher wird die Relevanz der Interdependenz von wissenschaftlichen Erkenntnissen betont und der Darlegung von Forschungsergebnissen und Wissen aus unterschiedlichen Disziplinen ein hoher Stellenwert beigemessen.

Die Forschungsidee, ob parentale Migrationserfahrungen oder die im Zuwanderungsland mögliche erfahrene Ausgrenzung einen Risikofaktor darstellt, dass deren Kinder mit Autismus diagnostiziert werden, resultierte aus den Beobachtungen, die die Autorin während ihrer beruflichen Tätigkeit sammelte. In Gesprächen mit Kolleg\*innen konnte festgestellt werden, dass nahezu alle diese Beobachtung teilten, was zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung führte und schlussendlich zum Verfassen dieser Arbeit. Dabei kann festgehalten werden, dass Migrant\*innen oftmals „(...) als die Symbolfigu-

ren des Fremden schlechthin erlebt werden“ (zit. nach Machleidt und Heinz 2011: 33). Es wird daher konstatiert, dass eine soziologische Betrachtungsweise den Zusammenhang diverser Sprach- und/oder Verhaltensmuster erkennt, die sich in einem multiethnischen Staat aus früherer Mobilität ergeben und daher integrierte Bestandteile der jeweiligen Gegenwartsgesellschaft darstellen. Der Begriff *Migrationshintergrund* bringt jedoch meist eine andere soziokulturelle Herkunft zum Ausdruck, die sich von den vorherrschenden sozialen und kulturellen Merkmalen der Gesellschaft im Aufnahmeland unterscheidet. Damit wird in westlichen Gesellschaften eine Kategorisierung der zugewanderten Menschen verglichen mit der jeweiligen Bevölkerung im Sinne einer Hierarchisierung geschaffen (vgl. Hochgerner 2011: 162 f.). Mit Migration werden demnach oft Problematisierungen hervorgehoben, selten jedoch werden die Potentiale von Zuwanderung betont (vgl. Sieben und Straub 2011: 44). Das wirkt sich womöglich auch auf xenophobe Haltungen in vielen Teilen der Bevölkerung aus, was in weiterer Folge von politischen Parteien aufgegriffen wird und dazu führt, dass rechtspopulistische Positionen in die Mitte der Gesellschaft getragen werden. Westliche Gesellschaften sind nach wie vor geprägt von negativen Vorurteilen und Zuschreibungen gegenüber Migrant\*innen. Zugewanderte Menschen und auch Personen, die bereits in der zweiten oder dritten Generation in Österreich leben sind oftmals Diskriminierungen ausgesetzt. Diese führen zu sozialer Ungleichheit und in weiterer Folge zu gesundheitlicher Ungleichheit. Mit dem Versuch eines nicht-stigmatisierenden Sprachgebrauchs wird daher, angelehnt an den Philosophen Slavoj Žižek, konstatiert, dass sich Ersatzbegriffe wie *Migrationshintergrund* abnützen und mit der Zeit die Bedeutung der Worte, die sie ersetzen sollten, annehmen, sofern sie nicht mit einer Umgestaltung der sozialen Wirklichkeit einhergehen (vgl. Helmchen 2013: 337).

## 1.1 Themenbereich und Problemstellung

Die Prävalenz von Autismus-Spektrum-Störungen scheint in den letzten Jahren stark angestiegen zu sein (vgl. CDC 2018, Lyall et al. 2017, zit. nach Bölte et al. 2019: 1276). Gründe für die Zunahme von Autismus werden aktuell kontrovers diskutiert. Die meisten Forscher\*innen erklären diese indes mit der Erweiterung des diagnostischen Konzepts von Autismus (vgl. Kamp-Becker und Bölte 2011: 25). Neben der Prävalenz steht die Ätiologie bzw. die Ätiopathogenese im Zentrum zahlreicher wissenschaftlicher Forschungen. Verschiedene Theorien und Konzepte konkurrieren miteinander und spiegeln den aktuellen Diskurs wider. Sowohl genetische Faktoren, Umweltfaktoren, ein fortgeschrittenes Alter der Eltern als auch soziale Faktoren werden in der Literatur als mögliche Ursachen für eine Autismus-Spektrum-Störung genannt (vgl. Keen et al. 2010: 274). Die Wirkung horizontaler Ungleichheitsstrukturen wie Alter, Nationalität oder Geschlecht auf

die gesundheitliche Lage ist belegt, der Migrationsstatus ist nach Babitsch et al. (2012: 648) jedoch unzureichend in Konzepte und Modelle integriert. Zudem ist „ein Hauptproblem zur Erfassung von migrationsspezifischen Gesundheitsproblemen (...) der absolute Mangel an entsprechenden Daten“ (zit. nach Binder-Fritz und Rieder 2014: 1032). Verschiedene Faktoren der parentalen Migration werden in einigen Studien als möglicher Risikofaktor für Autismus in Erwägung gezogen, doch die Ergebnisse der Forschungen sind inkonsistent (vgl. Lehti et al. 2015: 941).

Levoto streicht hervor, dass insbesondere die Soziologie in diesen Diskursen wesentlich ist: „(...) as a discipline, sociology has a unique way to contextualize, analyze and contribute to the discourse surrounding autism and enhance the lived experience for those on the spectrum and people close to them“ (zit. nach Levoto 2018: 2). Nach Crafa und Warfa (2015: 69) sollte die Erforschung der Ursachen von Autismus einen hohen Stellenwert im Public Health Bereich einnehmen, um den Fortbestand falscher Annahmen über die Pathogenese dieser Krankheit, wie bspw. dessen Entstehung als Folgeerscheinung einer MMR-Impfung, zu unterbinden. Eine Vielzahl an großangelegten epidemiologischen Studien haben diese Annahme widerlegt (vgl. Madsen et al. 2002, Fombonne et al. 2006, zit. nach Bölte et al. 2019: 1283). Widerlegt wurde außerdem die Rolle von Thiomersal, einem quecksilberhaltigen Konservierungsstoff, der in Impfstoffen eingesetzt wurde, als Ursache von Autismus-Spektrum-Störungen (vgl. Taylor 2014, zit. nach ebd.). Zudem betonen die Autor\*innen die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Sozialwissenschaftler\*innen auf diesem Fachgebiet (vgl. Crafa und Warfa 2015: 69). Wie bereits erwähnt, herrscht in der wissenschaftlichen Literatur Uneinigkeit über die Auswirkungen von Migration auf die Entstehung von Autismus. Demnach soll die Masterarbeit die unterschiedlichen Forschungsergebnisse näher erläutern und diskutieren. Trotz umfangreicher Untersuchungen zu diesem Thema existiert noch keine österreichische Studie, weshalb mit dieser Arbeit ein erster Versuch unternommen werden soll, sich diesem Thema aus einer gesundheits- und medizinsoziologischen Perspektive mit Hilfe einer Expert\*innenbefragung anzunähern.

## 1.2 Forschungsziel und Forschungsfragen

In einem sozialpädiatrischen Zentrum in Niederösterreich, in dem die Forscherin als Ergotherapeutin tätig war, wurde die Beobachtung gemacht, dass die Mehrheit der Eltern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen Migrant\*innen der ersten oder zweiten Generation sind. In einer heuristischen Studie (siehe Anhang) wurde festgestellt, dass mehr als die Hälfte der im Behandlungszeitraum von Jänner bis Dezember 2019 in der

Institution mit Autismus diagnostizierten Kinder und Jugendlichen mindestens einen Elternteil haben, dessen Erstsprache eine andere als Deutsch ist. Daher stellt sich zum einen die Frage, wie ein möglicher Zusammenhang zwischen Migration und Autismus-Spektrum-Störung in der Literatur anhand welcher Erklärungsmodelle diskutiert wird. Zum anderen resultiert daraus die Frage, wie diese Erklärungsansätze von der medizinischen Fachgesellschaft eingeschätzt werden. Weiters soll sowohl die Frage beantwortet werden, wie Migration als Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen von Expert\*innen beurteilt wird als auch wie sie soziale und psychische Aspekte in der Krankheitsentstehung beurteilen und welche Deutungsmuster dahinter liegen. Außerdem sollen die Forschungsansätze zur Erklärung der Ätiopathogenese von Autismus-Spektrum-Störungen aus der Literatur zusammengefasst werden. Dabei wird die zunehmende Prävalenz im Kontext eines möglichen Medikalisierungsprozesses betrachtet. Die Arbeit verfolgt zudem ein gesundheitspolitisch relevantes Ziel. Lord (2020: 15) konstatiert die folgende Frage von Menschen mit Autismus, Familien und auch Berufsgruppen aus diesem Bereich als eine der wichtigsten an die Forschung: „How should service delivery for autistic people be improved and adapted in order to meet their needs?“. Daran angelehnt soll diese Arbeit auch der Frage nachgehen, welche Maßnahmen im Bereich der medizinischen Versorgung von autistischen Kindern und Jugendlichen nach Einschätzungen der Expert\*innen zu implementieren sind, um Familien und insbesondere auch zugewanderten Eltern einen besseren Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem zu gewährleisten und welche Maßnahmen erforderlich sind, um die betroffenen Kinder und Jugendlichen bestmöglich versorgen zu können.

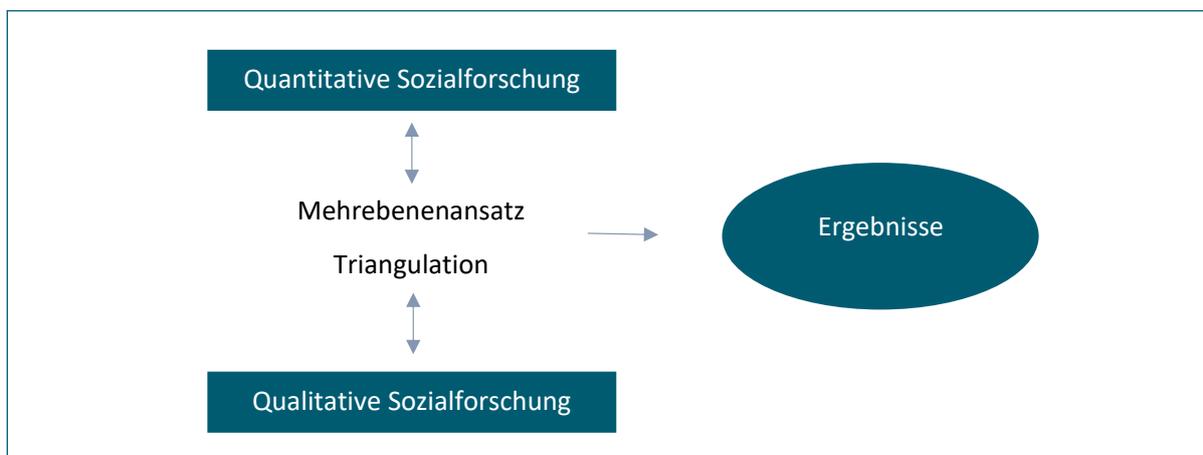
### 1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in acht Kapitel. Das nachfolgende Kapitel der Arbeit erläutert das Forschungsdesign und methodische Vorgehen. Die vier darauffolgenden Kapitel bilden den theoretischen Hintergrund ab. Zum einen werden wesentliche sozialwissenschaftliche Aspekte zu Autismus-Spektrum-Störungen aufgezeigt. Es werden die Konzepte der *Neurodiversität* und des Stigmas dargelegt und unter dem Titel „Don't blame the mothers“ (vgl. Richardson et al. 2014) werden forschungsethische Überlegungen zu dieser Problematik diskutiert. Zum anderen wird die Zunahme der Diagnosen von Autismus anhand des Konzepts der Medikalisierung (vgl. Conrad 2007) betrachtet. Das vierte Kapitel beleuchtet die Begriffe der Migration und Ethnizität aus interdisziplinärer Perspektive und im darauffolgenden Kapitel werden Theorien und Modelle betreffend Migration und psychischer Gesundheit dargelegt. Das sechste Kapitel setzt sich mit den gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen zu Autismus-Spektrum-Störungen auseinander. Es

wird ein historischer Rückblick gegeben, daran anschließend die Autismus-Spektrum-Störung in internationalen Klassifikationssystemen abgebildet und sowohl die Prävalenz als auch die Ätiopathogenese diskutiert. Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche und qualitativen Analyse aus den Expert\*innenbefragungen werden im siebenten Kapitel dargestellt. Diese werden nachfolgend den Befunden aus der Literatur gegenübergestellt, diskutiert und Empfehlungen für einen zukünftigen Forschungsbedarf erörtert. In einer abschließenden Conclusio werden die relevantesten Punkte der Arbeit zusammengefasst und auf die Implementierung gesundheitsfördernder, sozial- und gesundheitspolitischer Maßnahmen eingegangen.

## 2 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen

Um einen ersten Eindruck über den aktuellen Stand der Forschung und den Begrifflichkeiten in Zusammenhang mit der Thematik zu erhalten, wurde eine Literaturrecherche in Google Scholar durchgeführt. Ergänzt wurde diese durch eine systematische Literaturrecherche, auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.



**Abb. 1:** Triangulationsmodell (vgl. Mayring 2001, zit. nach Lamnek 2010: 253)

Der Forschungsansatz dieser Arbeit basiert auf einem Triangulationsmodell (siehe Abb. 1). Nach Flick (2011: 89) wird die Triangulation im Zusammenhang mit der Verbindung von qualitativer und quantitativer Forschung zur reziproken Geltungsbegründung und Kontrolle der gewonnenen Ergebnisse herangezogen. Grund hierfür ist, dass die Identifizierung empirischer Phänomene und deren inhaltlicher Konnex durch qualitative Forschungsdesigns ermittelt wird und nicht mithilfe ausschließlich quantitativer Methoden erforscht werden könnte (vgl. Lamnek 2010: 255). Außerdem führen „qualitative Ergebnisse (...) oft dort zu (soziologisch) gehaltvollen Erklärungen, wo quantitative Studien Zusammenhänge auf der Basis soziodemographischer Variablen allenfalls beschreiben können“ (vgl. Kelle & Erzberger 2000: 305, zit. nach ebd.). Die Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse jener quantitativen Studien, die mittels der systematischen Literaturrecherche gefunden wurden, spiegeln den quantitativen Zugang des Forschungsdesigns wider. Die aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse und die von der Autorin durchgeführte heuristische Studie (siehe Anhang) bildeten die Grundlage für die Gespräche mit den Expert\*innen und die aus den Interviews gewonnenen manifesten Inhalte entsprechen

dem qualitativen Zugang dieser Arbeit. Dabei besteht nach Bogner (2014: 23) „das Ziel explorativer Expert\*inneninterviews (...) [neben] einer ersten Orientierung im Feld, in einer Schärfung des wissenschaftlichen Problembewusstseins und in der Hypothesengenerierung“. Der Autor verweist zudem darauf, dass die Verwendung von Expert\*inneninterviews in einem triangulativen Forschungsdesign aufgrund der unterschiedlichen Logiken verschiedener methodischer Vorgehensweisen zu widersprüchlichen Ergebnissen führen kann (vgl. ebd.: 95). Dennoch ermöglicht eine Methodenkombination auch eine wechselseitige Kritik an den methodischen Verfahren, die in weiterer Folge die Validierung von Daten, Methoden und Ergebnissen unterstützt (vgl. Lamnek 2010: 256). Es wird daher, angelehnt an Kalle (2008, zit. nach ebd.), konstatiert, dass das Triangulationsmodell zur Beantwortung der Forschungsfrage sehr gut geeignet ist, da aufgrund der Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden die Forschungsergebnisse nicht ausschließlich überprüft, sondern auch wechselseitig ergänzt werden können.

Die Methoden einer der beiden Forschungstraditionen erfassen nur bestimmte soziale Phänomene mit einer begrenzten Reichweite. Die Ergebnisse einer kombinierten Anwendung (...) können ein adäquates bzw. umfassenderes Bild des Untersuchungsgegenstands ergeben, da Methoden der anderen Tradition Aspekte des Forschungsgegenstands beleuchten, die zunächst nicht oder ungenügend beschrieben werden konnten. (zit. nach ebd.)

## 2.1 Systematische Literaturrecherche

Um zu untersuchen, ob Migration ein Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen ist, wurde beginnend eine pragmatische Literaturrecherche in Google und Google Scholar durchgeführt, um einen ersten Überblick über die Studienlandschaft zu erhalten und auch graue Literatur zu finden. Zusätzlich wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und ScienceDirect durchgeführt. Eingeschlossen wurden Artikel aus peer-reviewed Journals, die in den Jahren 2010 bis 2020, publiziert wurden. Für die Literatursuche wurden ausschließlich die englischsprachigen Schlüsselbegriffe „autism spectrum disorder“, „autism“, „migration“, „immigrant“, „ethnicity“ und „aetiology“ bzw. „etiology“ herangezogen, da die Eingabe der deutschen Übersetzungen keine Ergebnisse bei der Suche in den Datenbanken erzielte. Die Begriffe wurden miteinander kombiniert, trunziert und mit Booleschen Operatoren verknüpft. Ausgehend von dem Standpunkt genereller Effektivität in der Literatursuche wird angelehnt an Bates (1989: 414) konstatiert, dass eine Bandbreite verschiedener Suchstrategien erforderlich ist, um den größtmöglichen Daten- bzw. Informationsretrieval zu erhalten. Die nach der Autorin benannte *Berrypicking Methode* wurde dementsprechend angewandt, um weitere

Literatur zu finden. Die Artikel wurden in einem ersten Schritt nach Titel und darauf folgend nach dem Abstract gefiltert. Durch Querlesen wurde weitere Literatur ein- bzw. ausgeschlossen. Ausgewählt wurden jene Artikel mit einer klar definierten Methode der Datenerhebung und -analyse als auch systematische Übersichten. Die Ergebnisse werden hinsichtlich des aktuellen Stands der Forschung im Kapitel „Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche“ dargelegt.

## 2.2 Explorative Expert\*inneninterviews

Die Methode des Expert\*inneninterviews wurde ausgewählt, da dieses nach Meuser und Nagel (2010: 377) den Wissensvorsprung anvisiert, der aus der Stellung der Expert\*innen im Forschungskontext hervorgeht. In explorativen Expert\*inneninterviews dienen Expert\*innen als ergänzende Informationsquelle über die eigentliche Zielgruppe (vgl. Bogner 2014: 23). Dabei geht es insbesondere darum sowohl das Wissen als auch die Vorstellungen der Expert\*innen über Deutungsmuster zu autistischen Krankheitsbildern im Kontext von Migrationserfahrungen darzustellen.

In Anlehnung an Meuser und Nagel (2010: 377) wurden leitfadengestützte offene Interviews durchgeführt. Das aus der Literatur geschöpfte Wissen bildete die Grundlage für die Expert\*inneninterviews. Neben Fragen zur Prävalenz und Ätiopathogenese wurde nach Einschätzungen der Expert\*innen zur Betrachtung von Migration als Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen gefragt und zu sozialen und psychischen Aspekten in der Krankheitsentstehung. Um die Interviewpartner\*innen nicht direkt mit dieser Frage zu konfrontieren, wie Bogner et al. (2014: 65) empfehlen, wurde anhand eines konkreten Beispiels und der Studien eine Diskussion geführt. Die von der Autorin durchgeführte heuristische Studie wurde dabei als Gesprächseinstieg zum Forschungsthema herangezogen und mit den Expert\*innen diskutiert (siehe „Interviewleitfaden“ und „Überblick über die Ergebnisse der heuristischen Studie“ im Anhang). Bei der Konstruktion des Interviewleitfadens wurde bezugnehmend auf Helfferich (2005, zit. nach Lamnek 2010: 321 f.) besonders auf das Prinzip der Offenheit Wert gelegt. Weiters wurde zur besseren Übersichtlichkeit und Handhabbarkeit nur eine begrenzte Anzahl an Fragen ausgewählt. In der Interviewsituation wurde darauf geachtet, den „Erinnerungs- und Argumentationsfluss“ aufrecht zu erhalten, keine Fragen abzulesen und spontane Erzählstränge zu fördern (vgl. ebd.).

### 2.2.1 Feldzugang, Sampling und Erhebung

„Als Expertin bzw. Experte wird angesprochen, wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung

oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über relevante Personengruppen, Soziallagen und Entscheidungsprozesse verfügt“ (zit. nach Meuser und Nagel 2010: 377). In Anlehnung an Bogner et al. (2014: 11) werden jene Personen als Expert\*innen ausgewählt, die in speziellen Positionen und in dessen Bezugsrahmen agieren. In der vorliegenden Arbeit wird die Definition der Autor\*innen übernommen:

Experten lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar abgrenzbaren Problemkreis bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren. (zit. nach Bogner et al. 2014: 13)

Ergo werden im Rahmen der vorliegenden Forschungsthematik jene Personen als Expert\*innen definiert, die Kompetenzzentren oder sozialpädiatrische Zentren leiten oder auch Forscher\*innen, die sich mit der Ätiologie von Autismus-Spektrum-Störungen befassen. Bei der Durchführung der Expert\*inneninterviews wurde darauf geachtet, die von Lamnek (2010: 19) festgelegten Prinzipien der qualitativen Sozialforschung zu berücksichtigen. Diese werden im Folgenden näher erläutert:

1. **Offenheit:** Offenheit bedeutet in diesem Kontext das Forschungsfeld nicht mit endgültigen Hypothesen zu belegen, sondern für mögliche neue Erkenntnisse offen zu sein und zu bleiben (vgl. Reichertz 2009: Abs. 27, zit. nach ebd.). Bogner (2014: 24) hält in diesem Zusammenhang fest, dass insbesondere explorative Expert\*inneninterviews offen geführt werden.
2. **Forschung als Kommunikation:** Forschung ist als Kommunikation zwischen Forscherin und Expert\*in zu denken (vgl. Lamnek 2010: 21). Nach Küchler (1983, zit. nach ebd.) ist die Wirkung der Interaktionsbeziehung auf das Resultat der Studie als elementare Komponente des Forschungsprozesses zu betrachten.
3. **Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand:** Handlungen und Aussagen der Interviewpartner\*innen sind „(...) als prozesshafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität zu verstehen. Sie sind keine statische Repräsentation eines unveränderlichen Wirkungszusammenhangs“ (zit. nach Lamnek 2010: 21 f.). Hopf (1982, zit. nach ebd.) hält in diesem Zusammenhang fest, dass Deutungs- und Handlungsmuster eine kollektive Verbindlichkeit innehaben.
4. **Reflexivität von Gegenstand und Analyse:** Die Reflexivität der Methode bedingt die ständige Reflexion der Forscherin als auch die Adaption der Methodik (vgl. ebd.). Dies inkludiert auch den Begriff der Indexikalität. Das bedeutet, dass es keine kontextunabhängigen Äußerungen gibt, da jede Verwendung von Sprache und Wissen eine bestimmte soziale und/oder kulturelle Perspektive impliziert.

5. **Explikation:** Sicherung der Nachvollziehbarkeit der Interpretation und Intersubjektivität des Forschungsergebnisses (vgl. ebd.: 23).
6. **Flexibilität:** Die Flexibilität der explorativen Herangehensweise geht mit einem weiten Blickwinkel in das Forschungsfeld einher, welche sich erst im Zuge des Forschungsprozesses zuspitzt (vgl. Lamnek 2010: 23.).

Mit einer auf diesen sechs Prinzipien basierenden Grundhaltung wurden die Interviews geführt. Der Zugang zu den Interviewpartner\*innen erfolgte eingangs über persönliche Kontakte im Rahmen des beruflichen Tätigkeitsfeldes der Forscherin. Anschließend wurde das *Schneeballverfahren* angewandt. In Anlehnung an Bogner (2014: 35) wurde am Ende jedes Interviews nach Empfehlungen für weitere Interviewpartner\*innen gefragt. Die Interviewpartner\*innen wurden per E-Mail kontaktiert und bei Rückmeldungen wurde ein Termin vereinbart. Die Interviews fanden entweder am Arbeitsplatz der Befragten statt oder wurden über einen Videochat-Dienst bzw. telefonisch geführt. Vor Beginn des Interviews wurden den Teilnehmer\*innen die Einverständniserklärung vorgelegt und gegebenenfalls offene Fragen geklärt. Nach dem Einverständnis der Interviewpartner\*innen wurde mit der Tonbandaufnahme begonnen.

### 2.2.2 Auswertung der empirischen Daten

Mit der automatisierten Transkriptionssoftware *Sonix* wurden die Audio-Dateien in Text-Dateien konvertiert. Diese wurden anschließend unter Verwendung der Transkriptionssoftware *Express Scribe* überarbeitet und fehlende oder falsche Textpassagen korrigiert. Anschließend wurden die Interviews anhand des Auswertungsmodells nach Meuser und Nagel (1991) analysiert. „[Dabei ist es] das Ziel (...) das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen“ (zit. nach ebd.: 452). Die Auswertung beinhaltet nach der Transkription fünf weitere Analyseschritte, die nachfolgend näher erläutert werden und in dieser Form implementiert wurden (Meuser und Nagel 2009, 476 f.):

1. **Paraphrase:** Gliederung des Textes nach thematischen Einheiten anhand des Interviewleitfadens.
2. **Kodieren:** Thematische Ordnung der paraphrasierten Textausschnitte. Dabei ist eine textnahe Orientierung wichtig und Redewendungen werden bspw. durch In vivo-Codes übernommen.
3. **Thematischer Vergleich:** „Die Logik des Vorgehens entspricht der der Kodierung, jetzt aber werden thematisch vergleichbare Textpassagen aus verschiedenen Interviews gebündelt“ (vgl. Nagel 1986, zit. nach ebd.). Erforderlich ist hierbei eine kontinuierliche Überprüfung der Textausschnitte nach Stringenz, Vollständigkeit und Validität.

4. **Soziologische Konzeptionalisierung:** Ablösung von den Textpassagen und Darlegung der Gemeinsamkeiten und Differenzen bezogen auf theoretische Wissensbestände. „In einer Kategorie ist das Besondere des gemeinsam geteilten Wissens von Experten verdichtet und explizit gemacht“ (zit. nach ebd.).
5. **Theoretische Generalisierung:** Sinnzusammenhänge werden in diesem Schritt zu Typologien und Theorien vereint.

Für die Analyse der Expert\*inneninterviews wurde das Software-Programm ATLAS.ti herangezogen.

## 2.3 Details zum Forschungsprozess und Limitationen

Der Zugang zum Forschungsfeld ebnete sich durch die berufliche Tätigkeit der Forscherin im Bereich der Pädiatrie. Dabei hat der stetige Austausch mit Kolleg\*innen zu einer fortwährenden Zunahme des Erkenntnisinteresses geführt. Eine unsystematische Literaturrecherche diente als theoretische Vorbereitung und erste Strukturierung des Gegenstandsbereichs. Mit dem daraus gewonnenen Überblick zur Studienlage wurde der Interviewleitfaden entwickelt und in einem Pretest auf Praxistauglichkeit und Funktionalität überprüft (vgl. Bogner et al. 2014: 34). Es stellte sich eine gute Anwendbarkeit heraus, weshalb die generelle Struktur des Leitfadens mit den thematischen Frageblöcken beibehalten und in weiterer Folge an die befragten Personen und deren Funktionen adaptiert wurde (vgl. ebd.: 30). Insgesamt wurden 13 Expert\*inneninterviews geführt. Namen und Tätigkeitsfelder der Interviewpartner\*innen sind im Anhang unter dem Punkt „Hintergrundinformationen zu den Expert\*innen“ nachzulesen. Mit Ausnahme von zwei Interviewpartner\*innen fand der Erstkontakt mit den Expert\*innen via E-Mail statt. In der Interviewanfrage wurde nach einer kurzen persönlichen Vorstellung das Forschungsvorhaben skizziert und die Interviewdauer mit einer knappen halben Stunde veranschlagt. Entgegen dieser zeitlichen Anberaumung, variierte die Dauer der Interviews. Durchschnittlich dauerten die Gespräche in etwa eine Stunde. Aufgrund des Ausbruchs der Covid-19-Pandemie während der Erhebungsphase, wurde den Interviewpartner\*innen die Entscheidung überlassen, das Interview persönlich oder über den Videochat-Dienst Skype oder Zoom zu führen. Zwei Interviewpartner boten ein telefonisches Gespräch an, welches mit dem Vorwissen über mögliche Limitationen angenommen wurde. Das Fehlen von Blickkontakt und der nicht vorhandene Austausch sozialer Interaktionsmuster wie Gestik und Mimik könnte einen negativen Einfluss auf Interviews haben. Nach Lamnek (2010: 315) „(...) erhalten [Telefoninterviews] durch das fehlende visuelle Element einen unpersönlichen, anonymen Charakter und würden den Intentionen qualitativer Forschung nicht gerecht werden können“. Christmanns (2009, zit. nach Bogner et al. 2014: 39) sieht

trotz des Informationsgewinns methodologische Einschränkungen im Vordergrund. Dem ist entgegenzuhalten, dass Telefoninterviews unmittelbares Nachfragen ermöglichen, wodurch der aus dem Gespräch geschöpfte Erkenntnisgewinn über methodische Bedenken rangiert. Neben den Telefongesprächen wurden in dem Erhebungszeitraum zwischen Februar und September 2020 sieben face-to-face Interviews geführt, zwei weitere über Skype und ein Interview über den Videochat-Dienst Zoom. Ein Interview wurde über Skype begonnen und dann aufgrund der schlechten Qualität über Zoom weitergeführt. Archibald et al. (2019: 7) konstatieren, dass Videokonferenzen Flexibilität bieten und die Datenqualität sicherstellen. Die Autor\*innen sehen in diesen Technologien wichtige zukunftsgerichtete Beiträge in der Durchführung qualitativer Forschungsvorhaben. Im Unterschied zu Telefoninterviews ermöglichen Gespräche per Video, visuelle, räumliche und zeitliche Elemente zu berücksichtigen (vgl. Davitti 2019, zit. nach ebd.: 6).

Die vorliegende Arbeit legt nur ausgewählte Ergebnisse der empirischen Untersuchung dar. Um weitere Aspekte der Diagnose Autismus-Spektrum-Störung im Kontext verschiedener Faktoren im Zusammenhang mit Migrationserfahrungen zu bearbeiten, wäre eine deutlich größere Studie vonnöten. Das explorativ-qualitative Forschungsdesign dieser Studie sticht durch sein hypothesen-generierendes Potential hervor, ist jedoch aufgrund der kleinen Stichprobe nur bedingt repräsentativ. In Anlehnung an Kleining (1995: 16) erweist sich ein qualitativer Forschungsansatz als sinnvoll, wenn der untersuchte Gegenstand „(...) komplex, differenziert, wenig überschaubar [und] widersprüchlich [ist] (...), oder wenn zu vermuten steht, dass sie nur als „einfach“ erscheinen, aber – vielleicht – Unbekanntes verbergen“. Folglich wird die angewandte Erhebungsmethodik, obgleich der dargelegten Limitationen, dem Anliegen dieses Forschungsvorhabens gerecht.

## 3 Sozialwissenschaftliche Aspekte zu Autismus-Spektrum-Störungen

### 3.1 Medikalisierung der Autismus-Spektrum-Störung

Unter Medikalisierung ist nach Conrad (2007: 4) ein Prozess zu verstehen, bei dem nichtmedizinische als medizinische Probleme in Form von Krankheit und Störung definiert und behandelt werden. Ein zentraler Mechanismus der Medikalisierung liegt in der Erweiterung der diagnostischen Kriterien (vgl. Barker und Galardi 2015: 120). Der analytische Schwerpunkt beruht auf der Übermedikalisierung und deren Konsequenzen. „The main point in considering medicalization is that an entity that is regarded as an illness or disease is not ipso facto a medical problem; rather, it needs to become defined as one“ (zit. nach Conrad 2007: 5 f.). Soziolog\*innen untersuchen das Konzept der Medikalisierung bereits seit den späten 60er Jahren, wobei sich die ersten Studien auf die Untersuchung der Medikalisierung von Devianz fokussierten (vgl. Pitts, 1968, Conrad, 1975, zit. nach Conrad 2007: 4). Das Phänomen der Erweiterung von diagnostischen Kriterien hat Conrad (vgl. ebd.: 46 f.) unter anderem am Beispiel von ADHS untersucht. Begonnen mit der Konzeption von hyperaktiven Kindern wurde dieses hinsichtlich des Alters ausgeweitet und der Fokus wurde vermehrt auf das Aufmerksamkeitsdefizit gelegt, weshalb in zunehmendem Maße Erwachsene mit ADHS diagnostiziert wurden (vgl. ebd.: 66). Es entsteht der Eindruck, dass sich die Aufmerksamkeit, die früher ADHS gegolten hatte, hin zu Autismus-Spektrum-Störungen verlagerte (vgl. Schinardi 2011: 588). Eine Komorbidität wurde im DSM-IV und wird in der ICD-10 systematisch ausgeschlossen, gegenwärtig wird jedoch davon ausgegangen, dass die Störungsbilder häufig gemeinsam vorkommen (vgl. Roy 2014: 27; Banaschewski et al. 2011: 573f; Kamp-Becker und Bölte 2014: 23). Banaschewski et al. (vgl. ebd.) konstatieren hyperkinetische Störungen als häufigste Begleitsymptomatik von Autismus und verweisen auf einen möglichen neuropsychologischen und genetischen Zusammenhang. ADHS ist sowohl Komorbidität (vgl. Kamp-Becker und Bölte 2014: 67) als auch Differentialdiagnose, eine Abgrenzung sei jedoch gut möglich (vgl. ebd.: 23). Kritische Aspekte sind hierzu nachzulesen in „Klinische Diagnosen als soziale Konstruktionen“ von Aderhold (2018: 25–32). Eine Diagnosestellung führe unabhängig der Ätiologie zu einer *Biologisierung* und *Genetisierung*, zudem wird „(...) „Komorbidität“ (...) suggeriert, indem frühere, sinnvolle Regeln des Diagnostizierens außer Kraft gesetzt werden“, so Aderhold (zit. nach ebd.: 25).

Autismus wurde erstmals 1943 als medizinische Diagnose von Kanner eingeführt. Über vier Jahrzehnte lang lag der größte Anreiz in der Autismusforschung darin, intern konsistente Kriterien für die Diagnose zu entwickeln und zu etablieren, die von der intellektuellen Behinderung und der Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter abgrenzbar sind (vgl. Jordan 2009: 128). Obwohl es eine steigende Evidenz für die biologische Ätiologie von Autismus-Spektrum-Störungen gibt, wurden bisher keine eindeutigen biologischen Marker identifiziert, weshalb nach wie vor auf Basis von Entwicklungsstufen und Verhaltenshinweisen diagnostiziert wird (vgl. ebd.). Medikalisierung bedeutet auch, dass ein Problem als medizinisches definiert und von Mediziner\*innen diagnostiziert wird, auch wenn dieses von nichtmedizinischen Personen behandelt wird, wie es nach Eyal et al. (2010, zit. nach Barker und Galardi 2015: 124) bei Autismus der Fall ist. „[Medicalization] is a (...) sociocultural process that may or may not involve the medical profession, lead to (...) medical treatment, or be the result of intentional expansion by the medical profession” (Conrad 1992: 211, zit. nach ebd.).

### 3.2 Neurodiversität · Perspektivenwechsel und Emanzipationsstrategie

Forscher\*innen und auch Betroffene setzen sich für die Etablierung des Konzepts der *Neurodiversität* ein und der damit verbundenen Anerkennung von Autismus-Spektrum-Störungen als eine Form der menschlichen Diversität und der gleichzeitigen Abkehr von pathologischen Konnotationen (vgl. Levoto 2018, Masataka 2017, Silberman 2015). Die Hegemonie medizinischer, psychiatrischer oder psychologischer Theorien bilden nach Anhorn und Balzereit (2016: XIV) keine *objektive* Wirklichkeit ab:

Vielmehr konstituiert sich die „Wirklichkeit“ (einer psychischen Krankheit wie z. B. des „Autismus“ (...) erst über spezifische diskursive und nicht-diskursive *Praktiken*, die im Gefolge ihrer jeweiligen Bedeutungszuschreibungen („Diagnosen“) wiederum das „mehr“ einer *eigenen* sozialen Dynamik in der *aktiven* Herstellung einer neuen *materiellen* Realität entfalten: durch die mit der Zuschreibung veränderten gesellschaftlichen Reaktionsweisen und institutionellen Behandlungs- und Bearbeitungsformen, durch neu ausgehandelte soziale Platzierungen und Rollenzuweisungen, (...) durch sich wandelnde (Fremd- und Selbst-) Wahrnehmungen, durch neu eröffnete Zugänge zu Ressourcen [und] durch verfestigte Ausschließungen von Teilhabemöglichkeiten (...). (zit. nach Anhorn & Balzereit 2016, XIV f.)

Ein positives Beispiel für *Neurodiversität* ist die Homosexualität. Während diese sowohl im DSM-I als auch im DSM-II noch als Störung klassifiziert wurde, haben Menschenrechts-

bewegungen dazu beigetragen, dass diese seit 1980 nicht mehr im DSM-III aufgelistet wurde und nun ein Beispiel für die Diversität sexueller Orientierungen ist (vgl. Baron-Cohen 2017: 744). Singer (2017: 19 f.) konstatiert, dass es gegenwärtig auch ein größeres Bewusstsein über *Neurodiversität* im Kontext von Autismus-Spektrum-Störungen gibt. Das zeigt sich unter anderem darin, dass nicht ausschließlich Schwächen oder Mängel fokussiert, sondern die Talente von Personen mit Autismus betont werden. Grinker (2020: S55) geht in diesem Zusammenhang auf verschiedene Faktoren ein, die sich daraus ergeben:

An analysis of the “autism industrial complex” in the United States reveals how economic changes set the conditions for a range of practices that promise to reduce stigma; these include special education, activism/advocacy, and self-representation. These occur in the context of a transition toward more flexible employment and the increasing value of technological and artistic skills often associated with neurodiversity. Despite the fact that a capitalist logic continues to define valuations of personhood, families and autistic self-advocates have been empowered in recent years to use a variety of strategies to decouple stigma and illness and resist conventional definitions of autism as a syndrome of deficits. (zit. nach Grinker 2020: S55)

Angelehnt an Baron-Cohen (2017: 746 f.) gibt es vier wesentliche Punkte, die insbesondere im Kontext mit Autismus-Spektrum-Störungen von Bedeutung sind. Erstens gibt es nicht bloß eine, sondern viele verschiedene Gehirnentwicklungen bis zum Erwachsenenalter. Zweitens braucht es in der Wissenschaft und im klinischen Alltag mehr ethische Konzepte, eine nichtstigmatisierende Sprache im Umgang mit Menschen, die anders sind und/oder Behinderungen haben. Drittens braucht es einen klient\*innenzentrierten Rahmen, der nicht pathologisiert und einen ausgewogeneren Blick auf die Ressourcen der Menschen hat und nicht ihre Defizite fokussiert. Abschließend sind genetische oder biologische Variationen immanent mit der Identität der Person, weshalb ihrem Selbst und ihrer Persönlichkeit parallel zu jeder Form der Diversität Respekt entgegengebracht werden soll (vgl. ebd.).

### 3.3 „Don’t blame the mothers“

Das Postulat *Don’t blame the mothers* bezieht sich auf einen Artikel von Richardson et al. (2014: 131 f.), in dem die Autor\*innen den oft medienwirksamen Diskurs epigenetischer Forschungen im Kontext folgenschwerer frühkindlicher Entwicklungen kritisieren, der Frauen Schaden zufügen könnte und sie stigmatisiert. Die Autor\*innen verweisen mit Schlagzeilen wie „Mother’s diet during pregnancy alters baby’s DNA“ (BBC) oder „Preg-

nant 9/11 survivors transmitted trauma to their children“ (The Guardian) auf die oft stark vereinfachten medialen Darstellungen von Forschungsergebnissen und dem Fokus auf den Einfluss der Mütter in der Pathogenese. Demgegenüber halten die Autor\*innen fest, dass Faktoren wie der paternale Einfluss, das Familienleben und die soziale Umwelt wenig Aufmerksamkeit erlangen (vgl. ebd.).

Sprache und *Frame* reflektieren zum einen die Kultur, in der sie entstehen und beeinflussen zum anderen die Gesellschaft (vgl. Winett et al. 2016: 1372). Zentrale *Frame*-Elemente sind nach Neidhardt und Rucht (1993, zit. nach Scheufele 2003: 46) „(...) Problemdefinition, Kausalität, Ansprüche, Begründungen und Wertorientierungen“. Zum besseren Verständnis wird auf die folgende Begriffsdefinition zurückgegriffen:

To frame is to select some aspects of a perceived reality and make them more salient in a communicating text, in such a way to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation for the item described. (vgl. Entman 1993, zit. nach ebd.)

Insofern ist es unerlässlich, auf die gesellschafts- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen aufmerksam zu machen. Es geht darum, den *Frame* bspw. hinsichtlich der Verantwortung für eine gesunde Schwangerschaft zu verändern und anzuerkennen, dass erst eine bessere globale und nachhaltige Gesundheitsversorgung diese Konditionen ermöglicht (vgl. Winett et al. 2016: 1372). Zusammengefasst lässt sich dennoch festhalten, dass sich eine Tendenz der Wissenschaft zum *framen* hinsichtlich einer fast alleinigen Verantwortung der Mutter für das Risiko einer Erkrankung oder Störung bei den Nachkommen zeigt. Daher ist es wesentlich, jene politischen Systeme zur Verantwortung zu ziehen, die dem steigenden Risiko für Entwicklungsstörungen oder chronischen Krankheiten in bestimmten Gruppen nicht entgegenwirken. Eine sozioökonomische Benachteiligung bringt negative Lebensbedingungen mit sich und hat Auswirkungen auf finanzielle Ressourcen, die Wohnverhältnisse, das Konsumverhalten und die soziale Umwelt (vgl. Mirowsky und Ross 2004, zit. nach Hurrelmann und Richter 2013: 75). Die Kombination dieser Faktoren führt „(...) zu einem deprivierten Lebensstil mit schlechtem Erziehungsverhalten der Eltern [und] diese Bedingungen nehmen in direkter und indirekter Weise Einfluss auf die Intelligenz, den Leistungsstandard, die Sprachentwicklung, die Selbstwahrnehmung und das soziale Verhalten von Kindern“ (zit. nach ebd.). Bezogen auf die Fürsorge von Kindern ist es demnach sehr wichtig, die Rolle der Gesellschaft miteinzubeziehen, um optimale Bedingungen für die Schwangerschaft und die Entwicklung des Kindes zu gewährleisten, anstatt Frauen, die möglicherweise mit eingeschränkten Ressourcen und Möglichkeiten leben müssen, die Schuld zuzuschreiben (vgl. Winett 2016: 1373). Winett et al. (vgl. ebd.) halten in diesem Kontext außerdem fest, dass die Darstellung epigenetischer Forschung

neben der individuellen Schuldzuweisung auch eine intergenerationale mit sich bringt und postulieren die Notwendigkeit der kontinuierlichen Abkehr von jeglichen Schuldzuweisungen, sei es an Müttern oder an der Großelterneneration (vgl. ebd.).

### 3.4 Stigma

Erving Goffman hat mit seinem im Jahr 1963 publizierten Buch *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* nachhaltig die Forschung zu den Ursprüngen und Konsequenzen von Stigma beeinflusst (vgl. Link und Phelan 2001: 363). Nach Goffman (2003: 5) ist Stigma „ein (...) Attribut (...), besonders dann, wenn seine diskreditierende Wirkung sehr extensiv ist, manchmal wird es auch ein Fehler genannt, eine Unzulänglichkeit, ein Handicap“. Stafford und Scott (1986, zit. nach Link und Phelan 2001: 364 f.) schlagen vor, Stigma als Charakteristik einer Person zu verstehen, die gegenteilig der Norm einer sozialen Einheit ist. Norm wird dabei folgendermaßen definiert: „Norm [is] a shared belief that a person ought to behave in a certain way at a certain time“ (zit. nach Stafford und Scott 1986: 81, zit. nach ebd.). Grinker (2020: S56) sieht das ähnlich und konstatiert, dass moralische Urteile über psychiatrische Erkrankungen reflektieren, was Menschen zu bestimmten Zeiten und Orten als ideale Gesellschaft und Person betrachten.

Das Stigma einer psychischen oder psychiatrischen Krankheit ist demnach kein medizinisches, sondern ein gesellschaftliches Problem. Der Umgang der Gesellschaft mit Krankheiten beeinflusst in weiterer Folge, in welchem Ausmaß Stigmatisierung stattfindet (vgl. Schomerus und Riedel-Heller 2020: 777). Einerseits stellen Link und Phelan (2001, zit. nach ebd.) fest, dass aufgrund von Diagnostik und Therapie ein *Labeling* stattfindet, das möglicherweise zum Stigmatisierungsprozess beiträgt. Andererseits beeinträchtigt „(...) öffentliches Stigma, Selbststigma und strukturelle Diskriminierung das Befinden (...) [der Betroffenen und kann] den Verlauf psychiatrischer Krankheiten negativ beeinflussen und vielfach auch der Inanspruchnahme professioneller Hilfe im Weg stehen“ (zit. nach ebd.). Es konnte außerdem festgestellt werden, dass Forschungen zur Ätiologie und insbesondere zu Erklärungen biologischer Ursachen von Krankheiten, anders als erwartet, in keiner Weise als entstigmatisierend wirken (Schomerus et al. 2014, zit. nach ebd.). Im Kontext von Autismus-Spektrum-Störungen erkennt Grinker (2020: S64) jedoch einen Rückgang der Stigmatisierung. Ausgehend von einem Neurodiversitätskonzept konstatiert der Autor, dass der Zustand jede Person betrifft, da sich alle auf einem Spektrum befinden mit mehr oder weniger ausgeprägten Merkmalen. Die Grenzen verschiedener medizinischer Diagnosen wie bspw. des Autismus werden von Kulturen und weniger von der Natur gezogen (vgl. ebd.). In diesem Sinne wird abschließend Grinker (vgl. ebd.: 65) zitiert: „Culture put stigma and mental illness together, so we can surely take them apart“.

## 4 Die Begriffe der Migration und Ethnizität aus interdisziplinärer Perspektive

### 4.1 Zum Begriff der Migration

Migration leitet sich vom lateinischen Wort *migrare* ab und kann mit wandern oder wegziehen übersetzt werden. Nach Strasser (2009: 17) wird unter Migration die Bewegung von Personen oder Gruppen in einem sozialen oder geografischen Raum verstanden. Da diese Arbeit jedoch gesundheitliche Aspekte im Kontext von Migration beleuchtet, bedarf es einer mehrdimensionalen Definition. Es wird daher auf die Begriffserklärung von Sieben und Straub (2011: 45) zurückgegriffen. Die Autor\*innen stellen fest, „(...) dass Migrationen

- ▶ individuell oder kollektiv, abrupt oder allmählich, einmalig oder mehrfach vollzogen werden können (Pries 2008),
- ▶ temporär oder definitiv und irreversibel (...) sein können,
- ▶ innere, soziokulturelle bzw. psychosoziale Bewegungen, neue Positionierungen und Dispositionen einschließen (vgl. z. B. Brucks 2001),
- ▶ einen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen darstellen“.

Nach Han (2005: 245, zit. nach Hochgerner 2011: 161) sind Migrant\*innen „Menschen, die aus unterschiedlichen individuellen und gesellschaftlichen Gründen ihren Herkunftsort bzw. ihr Herkunftsland verlassen, um andernorts die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen (...) [zu] suchen“. Kutalek (2009: 302) präzisiert, dass Migrant\*innen eine heterogene Gruppe darstellen, da es nicht möglich ist, sie nach ethnischer oder nationaler Herkunft, nach sozialen Determinanten, dem Zeitpunkt der Migration oder Erfahrungen während des Migrationsprozesses zu erfassen. Die gleiche Staatsbürgerschaft zu haben spiegelt nicht die ethnische, soziale oder religiöse Zugehörigkeit wider. Es stehen weder die gleichen Beweggründe für eine Auswanderung dahinter, noch bedeutet es für Personen der gleichen Nation, dass sie den rechtlichen Status im Zuwanderungsland teilen. In dieser Arbeit werden die Begrifflichkeiten aus der Literatur übernommen, obgleich der Verfasserin dieser Arbeit die damit einhergehende Unschärfe bewusst ist.

### 4.1.1 Typologie der Migration

Um eine differenziertere Betrachtungsweise des Migrationsbegriffs zu ermöglichen, wird dieser in verschiedene Typologien unterteilt. Vorab wird angelehnt an Strasser (2009: 18) konstatiert, dass es mit keiner weiteren Differenzierung möglich ist, die Komplexität von Migrationsentscheidungen und -prozessen in ihrer Gesamtheit zu erfassen. Im Folgenden wird die Typologie nach Treibel (2008: 20, zit. nach Strasser 2009: 17) dargestellt. Die Autorin unterscheidet die drei Kriterien räumlich, zeitlich und kausal. Der räumliche Faktor beinhaltet einerseits *internationale* und andererseits *intranationale Migration* bzw. *Binnenmigration*. Das zeitliche Kriterium bezieht sich auf den Verlauf und die Dauer der Migration. Dabei wird zwischen *permanenter* und *temporärer Migration* unterschieden. Koser (2007, zit. nach Strasser 2009: 18) erwähnt als Unterkategorie der temporären Migration den Begriff der *zirkulären Migration* und versteht darunter Personen, die in regelmäßigen Abständen zwischen ihrem Herkunftsland und einem oder mehreren Aufnahmeländern pendeln. Der kausale Aspekt bezieht sich darauf, ob die Entscheidung der Migration *freiwillig* oder *unfreiwillig* passiert. Unfreiwillig impliziert hier etwa die Vertreibung von Menschen mit Gewalt oder auch die Angst vor Gewalt und Verfolgung bspw. in Kriegsgebieten (vgl. ebd.). Dieser kurze Überblick soll zu einer groben Orientierung beitragen und dabei grundsätzliche Unterscheidungskriterien verschiedener Formen von Migration bieten.

Neben den unterschiedlichen Kriterien wird die internationale Migration von den folgenden drei Formen strukturiert: der legalen oder dokumentierten bzw. illegalen oder nicht dokumentierten Migration und der Flüchtlings- und Asilmigration. Zu legaler Migration zählen sowohl Arbeits- und Ausbildungsmigration als auch die Familienzusammenführung. Illegale Wanderbewegungen sind schwer zu bestimmen und hängen einerseits von den wirtschaftlichen Gegebenheiten wie den Möglichkeiten und der Nachfrage nach illegaler Arbeit ab. Andererseits hängen diese auch von den vorhandenen Gegenmaßnahmen, wie bspw. dem Grenzschutz ab. Flüchtlings- und Asilmigration wird in den meisten Fällen durch Krieg und humanitäre Katastrophen ausgelöst (vgl. Marik-Lebeck 2009: 13).

## 4.2 Ethnizität · Annäherung an ein schwer fassbares Konzept

Ethnizität ist ein Begriff mit vielfältigen Bedeutungsimplicationen. Ausgehend von dem Verständnis des Ethnologen Fredrik Barth (zit. nach Brubaker et al. 2007: 98) ist Ethnizität „(...) keine Frage gemeinsamer Eigenschaften oder kultureller Gemeinsamkeiten, sondern von Klassifizierungen und Kategorisierungen, die Menschen vornehmen, wozu

auch die Selbstklassifizierung und die Klassifizierung anderer und durch andere gehört“. Einerseits kann festgehalten werden, dass Sprache eine bedeutende Determinante für Ethnizität ist. Sie dient der Kommunikation zwischen Individuen und ist daher ausschlaggebend für den Sozialisationsprozess und in weiterer Folge für die soziale Interaktion und Integration. Da Sprache in der Familie erlernt wird, ergibt sich eine Wechselwirkung zwischen Ethnizität, Verwandtschaftsbeziehungen und verschiedenen Sozialisationsmustern (vgl. Albrecht 2018: 125). Nach Albrecht (vgl. ebd.) ist der Begriff der Ethnizität durch kulturelle Voreingenommenheit und soziale Exklusion gekennzeichnet. Eine Gruppe hat ein gemeinsames Bewusstsein von sich selbst, eingeschlossen ihrer Identität und grenzt sich ab von dem anders erlebten sozialen Umfeld. Die gemeinsam geteilte Geschichte „(...) bzw. der gemeinsame Bezug auf den Mythos von der eigenen Geschichte tragen erheblich zur Identitätsbildung bei“ (zit. nach ebd.). In dieser Arbeit wird auf die kognitiven Ansätze von Brubaker et al. (2007: 120) zurückgegriffen, die Ethnizität als Sichtweise auf die Welt beschreiben. Sie dient als Mittel „(...) andere zu erkennen, zu identifizieren, und zu klassifizieren, Gleichheit und Verschiedenheit festzustellen (...). Es sind Schablonen für die Repräsentation und Organisation von sozialem Wissen, Deutungsmuster für die Artikulierung sozialer Vergleiche und Erklärungen, und sie sind Filter, die bestimmen, was bemerkt wird und was nicht, was wichtig ist und was nicht, was im Gedächtnis bleibt und was vergessen wird“ (zit. nach ebd.). Im Public Health Bereich ist Ethnizität als ein facettenreiches und vor allem sozial determiniertes Konzept zu verstehen, welches sich nicht unbedingt auf die ethnischen, biologischen, genetischen oder epigenetischen Differenzen hinsichtlich des Verständnisses für mögliche Gesundheitsrisiken bezieht (vgl. Keen 2010: 278). Knipper (2015: 98) hält fest, dass die unterschiedlichen unter dem Kulturbegriff zusammengefassten Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster weder eindeutig und konsistent noch beständig sind. Dennoch konstatiert Knipper (vgl. ebd.), dass der Verzicht auf den Begriff keine Alternative darstellt. Es geht vielmehr darum, die soziale Wirklichkeit versuchen, begreiflich zu machen und Forschung im Public Health Bereich bzw. im Bereich der Gesundheits- und Medizinsoziologie „(...) als interkulturelle Begegnung zu gestalten, mit Kultur als analytischem Begriff, der hilft, kulturell vermittelte Denk- und Handlungsmuster sowie Identifikations- und Abgrenzungsprozesse besser zu verstehen und zu kontextualisieren“ (zit. nach ebd.). Demnach ist die Reflexion der eigenen Annahmen zu Ethnizität, als auch die Berücksichtigung sozialer Entwicklungen, der Zeitgebundenheit und des historischen Kontexts ethnischer Grenzen zwingend erforderlich (vgl. Dreißig 2005, Huschke 2013, Sobo 2009, zit. nach ebd.).

## 5 Zur Verflechtung von Migration und psychischer Gesundheit

Hurrelmann und Richter (2013: 21) unterteilen die Bedingungen für den Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung in drei Faktorengruppen: personale Faktoren, Verhaltens- und Verhältnisfaktoren. Personale Faktoren beinhalten sowohl „(...) die genetische und die körperlich-psychische Konstitution [als auch] (...) die ethnische Zugehörigkeit. Zu den Verhaltensfaktoren zählen Essgewohnheiten, körperliche Aktivität und die psychische Spannungsregulation. (...) Sozio-ökonomischer Status, Bildungsangebote, (...) wirtschaftliche Verhältnisse sowie Gesundheits- und Krankenversorgung“ werden als Verhältnisfaktoren zusammengefasst (vgl. ebd.: 23). All diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und wirken sich positiv oder negativ auf den Gesundheitsstatus aus (vgl. ebd.: 24). Die größte Bedeutung kommt dabei den Verhaltensfaktoren zu, die eine Brücke zwischen den personalen und den Verhältnisfaktoren schlagen und eng mit der körperlichen und psychischen Unversehrtheit und dem subjektiven Wohlbefinden verknüpft sind (vgl. ebd.: 25).

Unter Gesundheitsverhalten können alle Prozesse der Aufmerksamkeit, des Erlebens, der Informationssuche, der Handlungsintention und der Handlungsausführung zusammengefasst werden, die auf die Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit, die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und die Vermeidung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten abzielen. (zit. nach Hurrelmann und Richter 2013: 25)

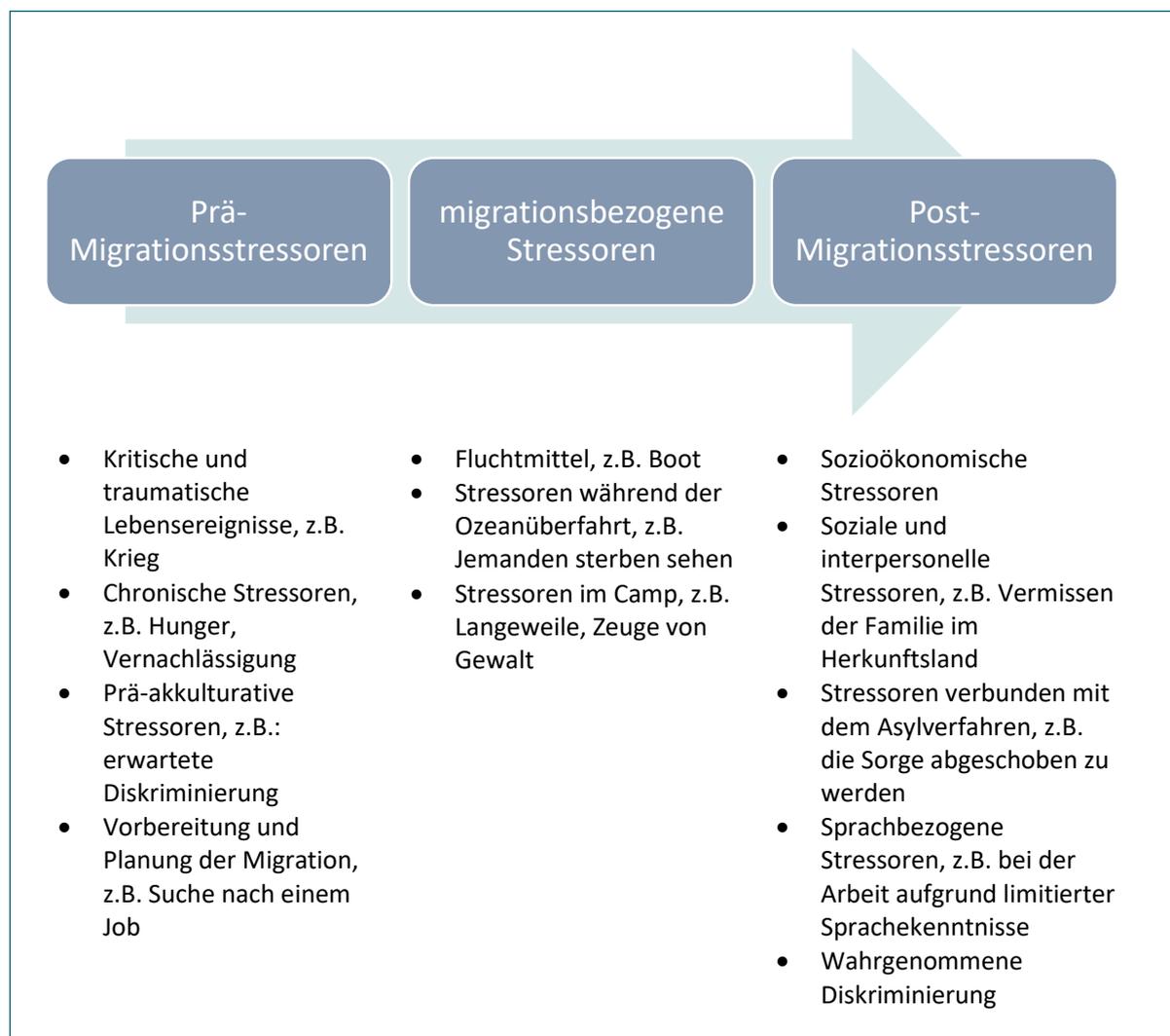
Wird der Gesundheitsstatus im Kontext von Migration betrachtet, spielen subjektive Faktoren, wie unterschiedliche Migrationsentscheidungen und -prozesse eine wesentliche Rolle. Zudem variieren „Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken (...) in Abhängigkeit vom Herkunftsland, Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status und der Aufenthaltsdauer“ (vgl. Robert-Koch-Institut 2008, zit. nach Sieben und Straub 2011: 50). Nach Razum et al. (2011: 558) geht eine sozioökonomische Benachteiligung häufig mit einem schlechten Gesundheitszustand einher. Schwierigkeiten können außerdem durch ein kulturell unterschiedliches Krankheitserleben und -verhalten von Migrant\*innen bedingt sein, welches durch Unsicherheiten in der deutschen Sprache verstärkt wird. Zudem haben neu zugewanderte Personen oft geringere Kenntnisse des Gesundheitssystems. Demnach ist es schwierig für sie, Leistungen zeitgerecht und in adäquater Form in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.). Dies betrifft zum einen die Inanspruchnahme von Vorsor-

geuntersuchungen. Zum anderen werden Besuche bei Allgemeinmediziner\*innen oder im Krankenhaus aufgrund der erwarteten Differenzen im gegenseitigen Umgang miteinander, als auch hinsichtlich der Sprach- und Kulturdifferenzen hinausgezögert, was den Zugang von frühen Hilfen und präventiven Maßnahmen erschwert (vgl. Razum und Geiger 2003, Razum et al. 2008, zit. nach Hurrelmann und Richter 2013: 49). Die Autoren konstatieren, dass die Position am Rande der Gesellschaft sowohl in der Berufswelt als auch in der Nachbarschaft zu der Wahrnehmung führt, von vielen Möglichkeiten ausgeschlossen zu sein. Dies führt zu einer Isolation der Migrant\*innenbevölkerung von der Nicht-Migrant\*innenbevölkerung (vgl. ebd.: 49 f.). Zudem können „Gefühle der Macht- und Sinnlosigkeit [dazu] führen (...), die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen nicht richtig entfalten zu können“ (zit. nach ebd.: 49). Daneben können das Migrationsereignis selbst, die besondere rechtliche Lage als auch Prozesse der Diskriminierung, Stigmatisierung, Exklusion und Marginalisierung zu einer Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen der immigrierten Personen führen (vgl. Fischer 2009, zit. nach Sieben und Straub 2011: 50). Der *Healthy migrant effect* zeigt als Paradoxon auf, dass Migrant\*innen im Vergleich zur Ziellandbevölkerung einen besseren körperlichen Gesundheitszustand aufweisen, beruhend auf der Annahme, dass vorwiegend junge und leistungsstarke Personen immigrieren (vgl. Hurrelmann und Richter 2013: 48). Jedoch werden bei längerer Aufenthaltsdauer die Unterschiede zur Bevölkerung im Zuwanderungsland aufgrund kumulierter Risiken geringer (vgl. Kohls 2015: 525). Es wird in Anlehnung an Sieben und Straub (2011: 50) festgehalten, dass der Fokus auf mögliche Herausforderungen und Belastungen des Migrationsprozesses nicht dazu beitragen soll, Betroffene zu stigmatisieren oder gar zu pathologisieren, sondern im Gegensatz dazu, personale Faktoren und soziale Ressourcen von Migrant\*innen, die in einer neuen Umgebung Fuß gefasst haben, anzuerkennen.

## **5.1 Auswirkungen biologischer und sozialer Determinanten auf den Gesundheitszustand und die Entwicklung von Kindern**

Migration kann neben den großen Herausforderungen und Belastungen, die diese oftmals nach sich zieht, auch als eine Ressource betrachtet werden. Durch die vielfältigen Stresssituationen, denen Menschen ausgesetzt sind, wenn sie in ein neues Land immigrieren, kann zum einen ein familiärer Zusammenhalt als Schutz wirken. Zum anderen können besondere Bewältigungsstrategien entwickelt werden (vgl. Kizilhan 2011: 61 f.). Das Wissen über die Bedingungen der Migration und das Auswanderungsland der Eltern sind für die Analyse und Einordnung psychischer Entwicklungsrisiken von Kindern zugewanderter

Eltern von großer Bedeutung (vgl. Siefen 2005: 107). Während der Migration sind insbesondere vor Krieg geflüchtete Menschen mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert. Nach Braig et al. (2020: 7) lassen sich die unterschiedlichen Stressoren im Kontext von Migrationserfahrungen in Abhängigkeit des zeitlichen Verlaufs in Prä-Migrationsstressoren, migrationsbezogene Stressoren und Post-Migrationsstressoren bzw. akkulturationsbezogene Stressoren unterteilen (siehe Abb. 2). Neben traumatischen Lebensereignissen können auch Post-Migrationsstressoren bzw. ein mit der Akkulturation in Zusammenhang stehendes Stresserleben zu psychischen Erkrankungen wie unspezifischer Angst, Depression oder posttraumatischer Belastungsstörung führen (vgl. Bogic et al. 2015, zit. nach ebd.).



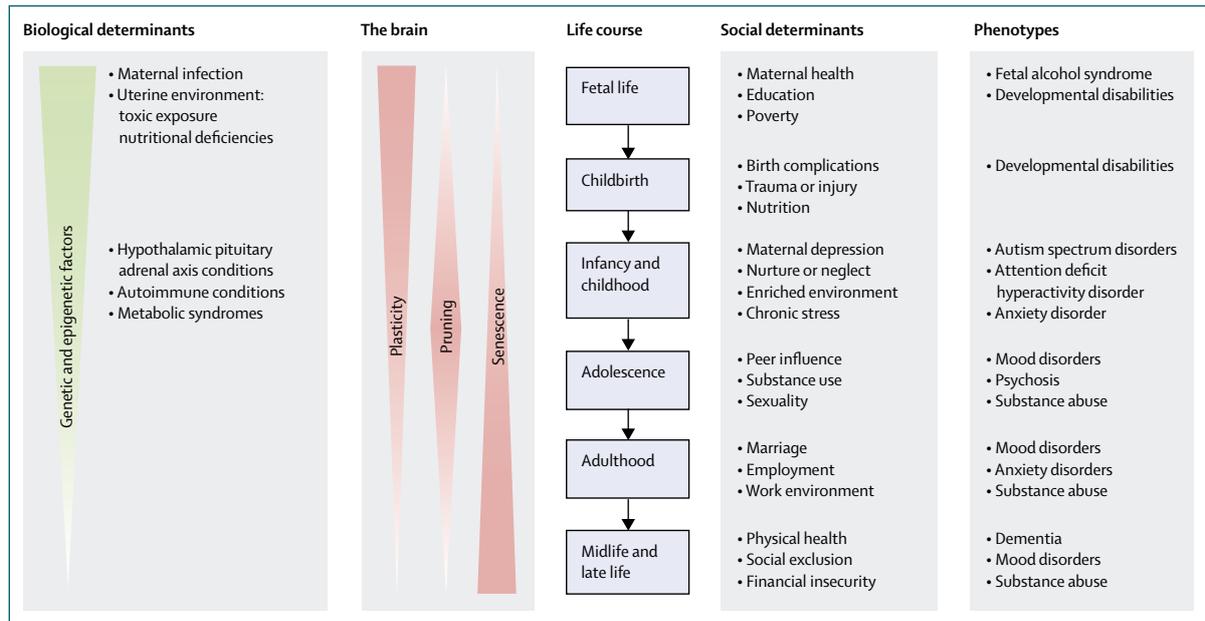
**Abb. 2:** Stressfaktoren im Kontext von Migration und Akkulturation (zit. nach Braig et al. 2020: 6)

Insbesondere Menschen aus traditionellen und familienorientierten Gesellschaften erleben in den westlichen Zielländern mit individuellen Gesellschaften große Belastungen (vgl. Kizilhan 2011: 60). Ein entscheidender Faktor ist eine mögliche sozioökonomische

Benachteiligung der Betroffenen, die sich auf der Verhältnisebene bspw. in geringen finanziellen Mitteln, einem kleinen Wohnraum, monotonen Freizeitaktivitäten oder sozialer Isolation zeigen kann. Demgegenüber kann die Verhaltensebene durch einen deprivierten Lebensstil gekennzeichnet sein, der oftmals mit einem schlechten parentalen Erziehungsstil einhergeht und in weiterer Folge zu Verunsicherungen bei den Kindern oder zu aggressiven oder depressiven Verhaltensweisen führen und in einem schlechten Gesundheitsstatus der Kinder münden kann (vgl. Hurrelmann und Richter 2013: 75). Die Autoren halten zudem fest, dass „viele der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Kindesalter (...) eine genetische Disposition als Hintergrund ihrer Entwicklungsdynamik [haben]“ (zit. nach ebd.: 53). Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass das komplexe Zusammenspiel sozialer und biologischer Determinanten einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand hat (siehe Abb. 3). Unter sozialen Determinanten werden sowohl sozioökonomische Aspekte verstanden, wie bspw. Armut oder Einkommensungleichheit, die einen negativen Einfluss auf die Geburt und die Exposition gegenüber verschiedenen Lebensereignissen haben können als auch die Voraussetzungen von Vulnerabilität und Resilienz, die diese Arrangements und Expositionen hervorbringen (vgl. WHO 2014, zit. nach Patel et al. 2018: 1566). Ergo führt soziale Ungleichheit sowohl durch gesundheitliche Belastungen im Arbeitsbereich und der Wohnsituation, und durch mangelnde Fähigkeiten zur Bewältigung dieser Herausforderungen als auch einem mangelnden Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, zu gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. Hurrelmann und Richter 2013: 69). Die biologische Determinante verdeutlicht, dass Umweltfaktoren die psychische Gesundheit durch Genexpression beeinflussen. Eine frühe und auch andauernde Exposition gegenüber verschiedenen Stressoren kann zu negativen Auswirkungen des psychischen Gesundheitszustands führen (vgl. Sonuga-Barke 2017, zit. nach Patel et al. 2018: 1568). Wie in Abb. 3 ersichtlich ist, sind die Ursachen psychischer und psychiatrischer Störungen multifaktoriell bedingt.

Mental disorders have varying heritability and are polygenic, with contributions from rare variants of large effect (particularly in conditions such as autism spectrum disorder and intellectual disability) and multiple variants of small effect (particularly in conditions such as depression, anxiety disorders, and schizophrenia). (zit. nach Patel et al. 2018: 1568)

Dabei kann die Pathogenese zum einen über epigenetische Veränderungen erklärt werden. Zum anderen zeigt sich, dass einige epigenetische Veränderungen mit Umweltfaktoren assoziiert sind und transgenerational, d.h. über verschiedene Generationen vererbbar sind (vgl. ebd.). Kinder sind demnach einem erhöhten Risiko ausgesetzt, einen mit der Mutation assoziierten Phänotypen zu entwickeln (vgl. ebd.).



**Abb. 3** Soziale und biologische Determinanten der neuronalen Entwicklung (zit. nach Patel et al. 2018: 1570)

# 6 Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zu Autismus-Spektrum-Störungen

## 6.1 Historischer Rückblick

Das Verhalten, die Stärken und Herausforderungen von Menschen mit Autismus haben bereits vor mehr als 500 Jahren, begonnen mit den *Fools for christ*, die Aufmerksamkeit von Wissenschaftler\*innen und Kliniker\*innen auf sich gezogen (vgl. Lord et al. 2020: 1). Viktor von Aveyron lebte Ende des 18. und im beginnenden 19. Jahrhundert und war nach Feinsein (2010: 4) einer der am besten dokumentierten Fälle von Autismus in dieser Zeit. Bereits im Jahr 1881 hat sich Théodule Ribot in seiner Publikation *Les maladies de la mémoire* mit dem Begriff *idiots savants* auseinandergesetzt und Menschen beschrieben, die über außergewöhnliches Wissen verfügen (vgl. Hacking 2016: 64). Dr. John Langdon Down beschrieb Ende des 19. Jahrhunderts Personen, die über außergewöhnlich gute musikalische, künstlerische oder mathematische Fähigkeiten verfügten und bezeichnete sie ebenfalls als *idiots savants* (Feinsein 2010: 4). Heutzutage wird unter diesem Phänomen eine Inselbegabung verstanden. Ende des 19. Jahrhundert wurde diese hingegen als Hypermnese begriffen, die den Gedächtnisstörungen zugeordnet wurde (vgl. Hacking 2016: 64).

Das Wort Autismus leitet sich vom griechischen Wort *autós* (selbst) ab und findet vermutlich erstmals in Eugen Bleulers Schrift zur Theorie des schizophrenen Negativismus im Jahr 1910 Erwähnung (vgl. Hacking 2016: 67). Ein Jahr später findet dieses in seinem Buch *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* Eingang in die medizinische Terminologie (vgl. ebd.: 69). Unabhängig voneinander beschrieben Leo Kanner und Hans Asperger im Jahr 1943 und 1944 autistische Störungen und zählen damit zu ihren Erstbeschreibern (vgl. Kamp-Becker und Bölte 2014: 7).

## 6.2 Klassifikations- und Diagnosesysteme

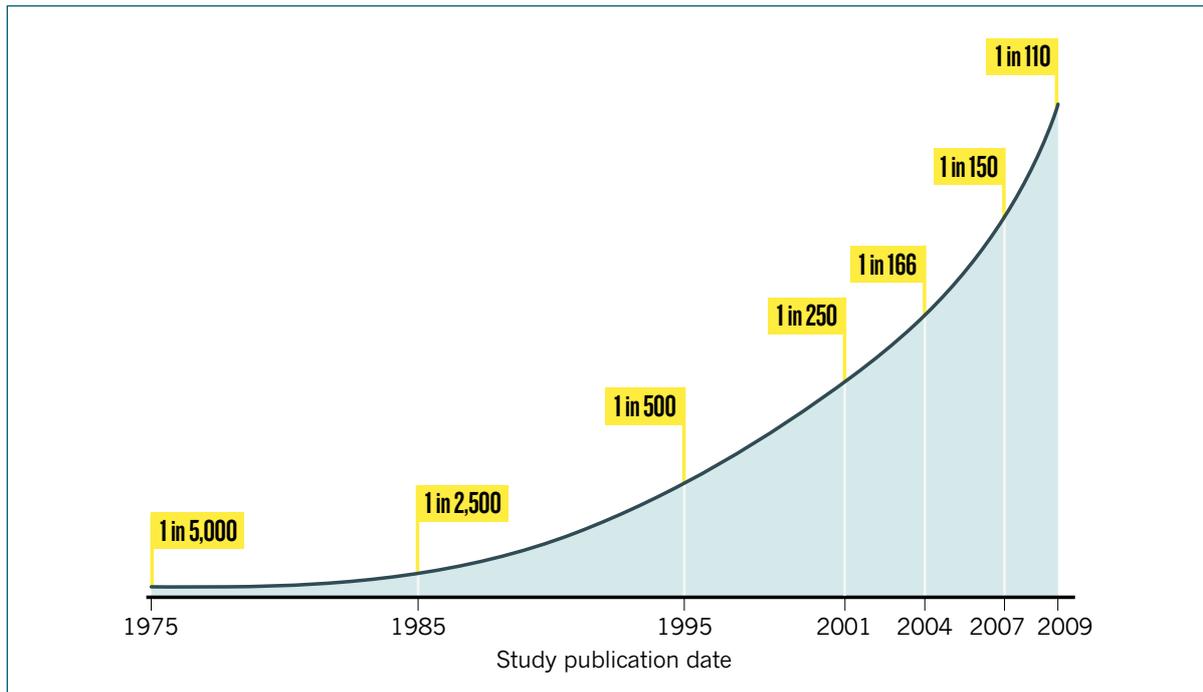
Autismus ist sowohl durch Schwierigkeiten im Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation als auch durch repetitive und stereotypen Verhaltensmuster gekennzeichnet (Kamp-Becker und Bölte 2014). Unterschiedliche Klassifikations- und Diagno-

sesysteme dienen dazu, Krankheitsbilder einzuordnen und zu objektivieren. Die ICD-10 und das DSM-V haben sich weltweit etabliert. Das DSM-V wurde 2013 publiziert und beinhaltet bereits den Begriff der Autismus-Spektrum-Störung ohne einer Definition von Subtypen (Lai et al. 2014). Die ICD-10 fasst autistische Störungen unter dem Begriff der *tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* zusammen. Darunter fallen die Diagnosen des *frühkindlichen Autismus*, des *Asperger-Syndroms* und des *atypischen Autismus*. Wie an der Vielzahl der unterschiedlichen Diagnosen ersichtlich wird, handelt es sich bei Autismus um ein heterogenes Störungsbild, bei dem Beeinträchtigungen im sensorischen, motorischen, sozialen und kognitiven Bereich sehr variabel sein können, weshalb Kamp-Becker und Bölte (2014: 28 f.) konstatieren, dass „(...) die Hypothese aufgestellt [wurde], dass autistische Störungen ein Kontinuum bzw. Spektrum von qualitativ ähnlichen, nicht kategorial unterscheidbaren Entitäten darstellen, die als Autismus-Spektrum-Störungen bezeichnet werden“. Dieses Modell wurde bereits in der online zugängigen Neufassung der ICD-10, in der ICD-11, welche im Jänner 2022 in Kraft treten soll, berücksichtigt.

Autism spectrum disorder is characterized by persistent deficits in the ability to initiate and to sustain reciprocal social interaction and social communication, and by a range of restricted, repetitive, and inflexible patterns of behaviour and interests. The onset of the disorder occurs during the developmental period, typically in early childhood, but symptoms may not become fully manifest until later, when social demands exceed limited capacities. Deficits are sufficiently severe to cause impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning and are usually a pervasive feature of the individual's functioning observable in all settings, although they may vary according to social, educational, or other context. Individuals along the spectrum exhibit a full range of intellectual functioning and language abilities. (zit. nach ICD-11 2020)

### 6.3 Prävalenz

Administrative und community-basierte epidemiologische Studien deuten darauf hin, dass mit einem Verhältnis von 2:1 bis 5:1, und einem geschätzten Verhältnis von 4:1 in der 2010 Global Burden of Disease Studie, mehr Männer als Frauen von Autismus betroffen sind (vgl. Loomes et al. 2017, Brugha et al. 2016, zit. nach Lord et al. 2020: 2).



**Abb. 4:** Anstiegskurve der Diagnosen (vgl. Autism Speaks, zit. nach Weintraub 2011: 24)

Wird die Vielfalt methodologischer Vorgehen zwischen den Studien in Betracht gezogen, gibt es keine eindeutige Evidenz für Veränderungen in der Prävalenz von Autismus in den Jahren 1990 bis 2010 (vgl. GBD 2017, zit. nach ebd.). Die oben ersichtliche Grafik von *Autism speaks* zeigt ein komplementäres Bild. Seit 1975 ist ein deutlicher Anstieg der Diagnosen zu sehen, der insbesondere in den letzten 20 Jahren stark angestiegen ist. Fombonne (2018: 717) hält in diesem Zusammenhang fest, dass es riskant ist, Unterschiede in der Prävalenz zwischen verschiedenen Studien zu evaluieren. Es sei nicht zu eruieren, ob die Diskrepanzen auf unterschiedliche Forschungsdesigns oder tatsächliche Differenzen in den Parametern der Grundgesamtheit zurückzuführen sind (vgl. ebd.). Unabhängig der Heterogenität verschiedener Studien ist dennoch ein Trend in Richtung einer steigenden Prävalenz zu beobachten (vgl. ebd.). Es ist von einer Prävalenzrate von 0,6 bis zu einem Prozent auszugehen, wobei nach Poustka (vgl. Lindemeier 2015: 94) valide Zahlen für den deutschsprachigen Raum ausständig sind. Die Autorin konstatiert, dass die Abweichung zwischen alten und neuen Prävalenzdaten anhand der momentan vorhandenen empirischen Daten nicht hinreichend erklärbar ist. Zudem sind die Studien aufgrund ihres unterschiedlichen methodischen Vorgehens heterogen und daher kaum miteinander vergleichbar (vgl. ebd.).

## 6.4 Forschungsansätze der Ätiopathogenese

Autismus-Spektrum-Störungen werden den Entwicklungsstörungen des zentralen Nervensystems zugeordnet. Kamp-Becker und Bölte (2014: 33) konstatieren, dass sowohl „genetische Faktoren und Umweltfaktoren, Hirnschädigungen bzw. Hirnfunktionsstörungen, biochemische Anomalien, [als auch] neuropsychologische und kognitive Basisdefizite“ bedeutende Komponenten der Ätiopathogenese von Autismus darstellen. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass dies nicht immer so war. Die 50er Jahre waren noch geprägt durch Kontroversen und Unsicherheiten in der Abgrenzung der Diagnosen Schizophrenie und Autismus (vgl. Feinstein 2010: 39). Feinstein (2010: 55) betont bspw., dass „the disastrously misguided notion of the „refrigerator mother“-one which originated in Leo Kanner’s early writings but which was „refined“ by Bettelheim-exerted a harmful influence that has clung obstinately, not just in the United States but throughout the world“. Noch bevor Autismus im amerikanischen Schulsystem der 70er Jahre von einer emotionalen zu einer Entwicklungsstörung reklassifiziert wurde, erkannten Eltern bereits vor der Psychologie die Einschränkungen ihrer Kinder als Resultate der Gehirnfunktion an (vgl. Silverman 2011: 89). Neuere kognitive Theorien, wie die Theorie der *Theory of Mind* oder Defizite in der globalen Wahrnehmungsverarbeitung, wie Störungen der Exekutivfunktionen oder eine schwache zentrale Kohärenz, die zur Erklärung von Verhaltensweisen und Entwicklungen bei Autismus herangezogen wurden, haben in den letzten zehn Jahren zunehmend an Wert verloren (vgl. Lai et al. 2014, Velikonja et al. 2019, zit. nach Lord et al. 2020: 4). Einerseits ermöglichen diese Theorien hilfreiche Einblicke in das Erleben autistischer Menschen, andererseits sind sie unspezifisch und es mangelt an Evidenz für erklärende Modelle (vgl. McNally et al. 2013, zit. nach ebd.). Im Folgenden wird nun auf die aktuellen Paradigmen der Ätiopathogenese von Autismus-Spektrum-Störungen eingegangen. Dabei wird auf die Übersichtsarbeiten von Lord et al. (2020) und in Bezug auf Umweltfaktoren auf die Reviews von Modabbernia et al. (2017) und Bölte et al. (2019) zurückgegriffen.

### 6.4.1 Genetische und neurobiologische Ursachen

Die Ätiopathogenese von Autismus ist vor allem durch die hegemonialen Forschungen genetischer und neurobiologischer Ursachen gekennzeichnet. 1977 publizierten Folstein und Rutter ihre Studie über monozygotische Zwillinge und etablierten damit die genetische Vererbbarkeit von Autismus (vgl. Eyal et al. 2010: 14). Diese Studie war der Auslöser für weitere Forschungen zur Heredität autistischer Störungen und führte zu einer geschätzten Vererbbarkeit von 90 Prozent (Bailey et al. 1995, zit. nach ebd.). Nach Eyal et al. (vgl. ebd.) bestand das Problem vieler dieser Studien darin, dass die Stichprobe sehr klein war. An der Originalstudie von Folstein und Rutter (1977, zit. nach ebd.)

nahmen bspw. 21 Zwillinge teil. Dennoch zeigen Zwillings- und Familienstudien übereinstimmend auf, dass Autismus zu einem großen Teil genetisch determiniert ist, mit einer geschätzten Vererbbarkeit von 40 bis 90 Prozent (vgl. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium et al. 2013, Gaugler et al. 2014, zit. nach Lord et al. 2020: 4). Es wird derzeit davon ausgegangen, dass Mutationen bei etwa 1.000 Risikogenen die Entstehung von Autismus-Spektrum-Störungen beeinflussen können (vgl. Bernard 2017: 52). Dennoch kann mit der Mutation von Genen in der Keimbahn nur die Ursache eines Viertels der Personen mit Autismus erklärt werden (vgl. ebd.: 59). Genetische Veränderungen liegen erwiesenermaßen auf einzelnen Basen bzw. Nukleotiden und in CNVs (vgl. Sanders et al. 2011, Levy et al. 2011, zit. nach Lord et al. 2020: 4). Unter CNVs werden submikroskopische strukturelle Chromosomenveränderungen verstanden (vgl. Bartholdi 2008: 1007). Bartholdi (2008: 1008) konstatiert jedoch in diesem Zusammenhang, dass „CNVs (...) die Definition von „krankheitsverursachend“, „Risikofaktor“ und „Normvariante“ in Frage [stellen] und zeigen, dass es sich bei diesen Begriffen wahrscheinlich eher um ein dynamisches Kontinuum als um scharf umrissene Begriffe handelt“. Huguet et al. (2016, zit. nach Baron-Cohen 2017: 744) fassen zusammen, dass in 12 Prozent der Menschen mit Autismus selten vererbte oder de novo Einzelnukleotid-Varianten (SNVs) oder CNVs mit Autismus assoziiert werden. Jedoch beinhalten in etwa 50 Prozent des genetischen Zusammenhangs mit Autismus Einzelnukleotid-Polymorphismen (SNPs) (vgl. ebd.). Bei SNPs handelt es sich um Veränderungen einzelner Genbuchstaben, die regional unterschiedlich und über das Genom verteilt sind und oft auch keine Auswirkungen haben (vgl. NGFN 2020).

Neurobiologische Befunde werden durch Ergebnisse verschiedener MRT-, MEG- und EEG-Studien ermittelt (vgl. Lord et al. 2020: 7 f.). Nach Lord et al. (2020: 7) deuten MRT-Studien darauf hin, dass Störungen der neuronalen Vernetzung, wie bspw. Veränderungen der fraktionellen Anisotropie (vgl. Wolff et al. 2012, zit. nach ebd.: 7) oder Anomalien in der Integrität der weißen Substanz in der Capsula interna (vgl. Wolff et al. 2017, zit. nach ebd.), für das Auftreten von Verhaltenssymptomen bei Kindern mit Autismus verantwortlich sind. Sowohl Ergebnisse aus MEG- als auch aus EEG-Studien zeigen auf, dass Autismus zwei physiologische Mechanismen zugrunde liegen. Zum einen ein Ungleichgewicht von Exzitation und Inhibition und zum anderen Veränderungen weitreichender funktionaler Interaktionen im Gehirn (vgl. Rippon et al. 2007, zit. nach ebd.: 9).

#### **6.4.2 Die Rolle der Umweltfaktoren**

Erwiesenermaßen werden Autismus-Spektrum-Störungen durch genetische Faktoren bedingt, die wiederum durch Umweltfaktoren beeinflusst werden (vgl. Bernard 2017: 12). Neueren Studien zufolge werden 40 bis 50 Prozent der Varianz von Autismus-Spektrum-Störungen durch Umweltfaktoren bestimmt (vgl. Gaugler et al. 2014, Hall-

mayer et al. 2011, Edelson et al. 2009, Hoekstra et al. 2007, Stilp et al. 2010, Deng et al. 2015, zit. nach Modabbernia et al. 2017: 2). Da diese demnach einen bedeutenden Beitrag in der Erklärung der Ätiopathogenese von Autismus-Spektrum-Störungen liefern, werden nachfolgend mögliche umweltbedingte Risikofaktoren näher erläutert. Bölte et al. (2019: 1285 f.) betonen in ihrer Übersichtsarbeit auch mögliche protektive und präventive Faktoren, die an dieser Stelle Erwähnung finden sollen: Die Einnahme von Folsäure während der Schwangerschaft trägt zu einer Minimierung des Risikos von Autismus bei Kindern bei (vgl. Van den Bergh et al. 2011, Schmidt et al. 2012, Castro et al. 2016; zit. nach ebd.). Studien über die Supplementierung von Omega-3-Fettsäuren während der Schwangerschaft führten nach Bölte et al. (vgl. ebd.) zu inkonsistenten Ergebnissen. Nach Dotterud (2015, zit. nach ebd.) gibt es Evidenz dafür, dass einige probiotische Bakterien von der Mutter zum Kind gelangen, weshalb Berding et al. (2016, zit. nach ebd.) konstatieren, dass die Supplementierung von probiotischen Bakterien während der Schwangerschaft einen vielversprechenden Faktor darstellen, der jedoch zukünftiger Forschung bedarf.

### **Parentales Alter**

Wu et al. (2017: 29) analysierten in einem systematischen Review und einer Meta-Analyse ein höheres Alter der Eltern als Risikofaktor für Autismus. Insgesamt wurden 27 Studien in die Analyse aufgenommen und die Autor\*innen konnten feststellen, dass ein Anstieg des maternalen und paternalen Alters mit einem 18 bzw. 21 Prozent höherem Risiko für Autismus assoziiert ist (vgl. ebd.).

### **Intrauterine Bedingungen und Faktoren**

Nach Bölte et al. (2019: 1278) gibt es eine Reihe von Faktoren, die die Entwicklung des Fötus im Kontext von Autismus-Spektrum-Störungen beeinflussen können. Veränderungen der Geschlechtshormone, maternale Adipositas, Diabetes, erhöhter Blutdruck, Infektionen und Immunaktivität und, dass der Fötus Ultraschall ausgesetzt ist, werden von den Autor\*innen als mögliche Risikofaktoren in diesem Kontext diskutiert (vgl. ebd.).

### **Perinatale Risikofaktoren**

Gardener et al. (2011, zit. nach Bölte et al. 2019: 1281) untersuchten in einer Meta-Analyse 60 Geburtsfaktoren und fanden heraus, dass eine abnormale klinische Präsentation des Neugeborenen, Nabelschnurkomplikationen, fetaler Disstress, Geburtsverletzungen und Traumata, Mehrlingsgeburten, Blutungen während der Schwangerschaft, Sommergeburten, ein niedriges Geburtsgewicht, ein niedriges Gestationsalter, angeborene Fehlbildungen, ein niedriger Apgar score, Mekoniumaspiration, neonatale Anämie, ABO- oder Rhesus-Inkompatibilität und Hyperbilirubinämie mit einem erhöhten Autismusrisiko einhergehen.

## Medikamenteneinnahme, Tabak- und Alkoholkonsum vor und während der Schwangerschaft

Grundsätzlich werden in der Literatur Medikamente der Wirkstoffgruppen der Valproate, die in der Medizin als Antiepileptika eingesetzt werden, als auch Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), die als Antidepressiva eingesetzt werden, als Risikofaktoren für Autismus-Spektrum-Störungen diskutiert (vgl. Bölte et al. 2019: 1281). Gentile et al. (2014, zit. nach Modabbernia et al. 2017: 3) analysierten in einer Übersichtsarbeit den Zusammenhang zwischen der maternalen Einnahme von Valproat und Autismus-Spektrum-Störungen bei den Nachkommen und konnten eine eindeutige Evidenz für den Zusammenhang aufzeigen als auch für den Zusammenhang mit anderen Entwicklungsstörungen. Hingegen wurde kein Zusammenhang zwischen der Ätiologie von Autismus-Spektrum-Störungen und der maternalen Einnahme von SSRIs vor oder während der Schwangerschaft oder auch von paternalen Seite festgestellt (vgl. Rai et al. 2017, Brown et al. 2017, Viktorian et al. 2017, Viktorian et al. 2018, zit. nach Bölte et al. 2019: 1281). Rosen et al. (2015: 1689) untersuchten in einer Meta-Analyse den Zusammenhang zwischen pränatalem Tabakkonsum und dem Risiko für Autismus-Spektrum-Störungen der Kinder. Es wurden 15 Studien in die Analyse aufgenommen und die Autor\*innen konnten keine Evidenz für diesen Zusammenhang feststellen (vgl. ebd.). Nach Bölte et al. (2019: 1282) setzten sich bis dato fünf Kohorten- und Fall-Kontrollstudien mit dem Risiko für Autismus-Spektrum-Störungen bei maternalem Alkoholkonsum auseinander und konnten bei mildem bis moderatem Alkoholkonsum kein Risiko für Autismus feststellen (vgl. Eliassen et al. 2010, Perrone-McGovern et al. 2015, Visser et al. 2012, Williams et al. 2003, Gallagher et al. 2018, zit. nach ebd.).

## Ernährung

Bölte et al. (2019: 1282) befassen sich in ihrer Übersichtsarbeit mit ernährungsbezogenen Ursachen. Im Fokus der Analyse standen dabei ein perinataler Mangel an Vitamin D, Eisen, Zink oder Kupfer als mögliche Risikofaktoren für Autismus (vgl. ebd.). Modabbernia et al. (2017: 9) halten in diesem Kontext die Limitationen vieler Studien fest und beziehen sich auf die Tatsache, dass ein Mangel oder auch die Effektivität einer Supplementierung erst nach dem Auftreten von Autismus untersucht wurden. Dennoch stellten Magnusson et al. (2016: 170) in einer schwedischen populationsbasierten Studie fest, dass ein maternaler Vitamin D-Mangel mit einer erhöhten Risikowahrscheinlichkeit für Autismus-Spektrum-Störungen mit einer komorbiden Intelligenzminderung (aOR<sup>2</sup> 5,08; 95% KI 2,53–10,20), nicht jedoch für Autismus ohne einer Intelligenzminderung einhergeht (aOR 1,23; 95% KI 0,67–2,28). Interessanterweise war der Zusammenhang bei Kindern ohne Migrationshintergrund stärker ausgeprägt (vgl. ebd.). In der *Childhood Autism*

2 nach statistischer Anpassung für Geburtsjahr und Geschlecht.

*Risks from Genetics and the Environment* (CHARGE) Fall-Kontroll-Studie hatten Mütter mit einer geringen Eisenzufuhr, insbesondere beim Vorhandensein weiterer Risikofaktoren wie bspw. Diabetes oder Adipositas, im Vergleich zur Kontrollgruppe eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Autismus zu bekommen (vgl. Schmidt et al. 2014: 890). Störungen in der fetalen Kupfer-Homöostase während der Gehirnentwicklung mit einem sowohl erhöhten als auch zu niedrigem Kupferlevel sind möglicherweise mit Autismus assoziiert (vgl. Li et al. 2014, Russo et al. 2011; zit. nach Bölte et al. 2019: 1283). Studienergebnisse verdeutlichen Divergenzen in der Aufnahme von Kupfer und Zink zwischen Fällen von Autismus-Spektrum-Störungen und deren Zwillings-Kontrollgruppe und zeigen eine Korrelation zwischen einer reduzierten Zinkaufnahme und dem Schweregrad von Autismus-Spektrum-Störungen auf (vgl. Arora et al. 2017, zit. nach ebd.). Eine Follow-up Studie zeigte Veränderungen im fetalen und postnatalen Zink-Kupfer Rhythmus bei Autismus-Spektrum-Störungen auf (vgl. Curtin 2018, zit. nach ebd.).

### **Exposition gegenüber toxischen Umwelteinflüssen**

Heutzutage werden sehr viele Chemikalien sowohl von Innenräumen, wie bspw. von Möbeln, Farben oder auch Kosmetikartikeln als auch von Sektoren wie dem Verkehr, der Industrie oder der Landwirtschaft freigesetzt, von denen in etwa 1.000 eine nachgewiesene neurotoxische Wirkung zeigen (vgl. Bölte et al. 2019: 1283). Bölte et al. (vgl. ebd.) gehen in ihrem Review auf Luftverschmutzung, Schwermetalle, Pestizide, persistente organische Schadstoffe und Phthalate und Bisphenol A (BPA), die in der Kunststoffherstellung eingesetzt werden, als Risikofaktoren für Autismus ein. Nach Yang et al. (2017: 15956) zeigten einige Querschnittsstudien mit kleinen Stichproben auf, dass eine Exposition mit in der Luft befindlichen Schadstoffen wie bspw. Quecksilber oder Feinstaub positiv mit Autismus assoziiert sind. Den Autor\*innen zufolge würden jedoch vier europäische populationsbasierte Kohortenstudien den Zusammenhang zwischen einer pränatalen Exposition zu Stickstoffdioxid als auch Feinstaub und Autismus-Spektrum-Störungen widerlegen (vgl. Guxens et al. 2016, zit. nach ebd.: 15953). Bezogen auf Schwermetalle in der Umgebungsluft haben Lam et al. (2016, zit. nach Bölte et al. 2019: 1284) einen positiven und statistisch signifikanten Effekt im Zusammenhang mit Autismus dargelegt, wobei die Effekte generell klein und nicht konsistent waren. In einem Review über den Zusammenhang zwischen Pestiziden und Autismus-Spektrum-Störungen wurden sieben Studien analysiert, die einen Zusammenhang zwischen allen Unterteilungen von Pestiziden und einem Autismusrisiko aufzeigten (vgl. Kalkbrenner 2014, zit. nach ebd.). Shin et al. (2018: 1) untersuchten in einer Longitudinalstudie 636 unterschiedliche Urinproben von Müttern im zweiten und dritten Trimester der Schwangerschaft von 201 Mutter-Kind-Paaren der *Markers of Autism Risk in Babies – Learning Early Signs* (MARBLES) Kohorte, einer Kohorte für hohes Autismusrisiko. Dabei wurden 14 Metabolite von acht Phthalaten gemessen. Im Alter von drei Jahren nahmen die Kinder an

einem klinischen Assessment für Autismus teil und wurden drei Gruppen zugeordnet: „autism spectrum disorder“ (n=46), „non-typical development“ (n=55) und „typical development“ (n=100). Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Phthalat-Belastung im zweiten und dritten Trimester der Schwangerschaft in der MARBLES-Kohorte nicht mit Autismus-Spektrum-Störung assoziiert war (vgl. ebd.). Betreffend BPA fassen Bölte et al. (2019: 1284) zusammen, dass die Studienlandschaft durch kleine Fall-Kontrollstudie und Inkonsistenzen gekennzeichnet ist und die Ergebnisse von keinem Zusammenhang bis hin zu wesentlichen Verbindungen mit Autismus und autistischen Zügen reichen (vgl. Stein et al. 2015, Kardas et al. 2016, Kondolot et al. 2016, Rahbar et al. 2017; zit. nach ebd.). Ye et al. (2017, zit. nach ebd.) stellen in einem systematischen Review die Evidenz einer potentiellen Assoziation zwischen Autismus als auch autismus-relevanten Phänotypen und persistenten organischen Schadstoffen (DDT<sup>3</sup>, PCB<sup>4</sup>, PBDE<sup>5</sup>) fest.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Studien über einen möglichen Zusammenhang zwischen der Exposition toxischer Umwelteinflüsse und dem Risiko einer Autismus-Spektrum-Störung inkonsistente Ergebnisse liefern. Dennoch konstatieren Rossignol et al. (2014: 1 f.) in ihrem systematischen Review von insgesamt 118 Studien, dass die Ätiologie von Autismus-Spektrum-Störungen möglicherweise, auch wenn es nur eine kleine Gruppe betrifft, eine komplexe Interaktion zwischen genetischen Faktoren und bestimmten Umweltgiften involviert. Diese könnten laut den Autoren während kritischer Perioden der neuronalen Entwicklung die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Autismus-Spektrum-Störungen erhöhen (vgl. ebd.).

### Psychosoziale Faktoren

Die jahrelange Auseinandersetzung mit dem aus gegenwärtiger Perspektive obsoleten Ansatz der *Kühlschrankmutter*<sup>6</sup> als Ursache für Autismus führte zu einer wissenschaftlichen Abkehr des Einbezugs psychosozialer Umweltfaktoren in die Forschung (vgl. Van 2015, zit. nach Bölte et al. 2019: 1284). Unterschiedliche Autor\*innen haben dennoch festgestellt, dass maternaler Stress während der Schwangerschaft, bspw. ausgelöst durch Naturkatastrophen, womöglich langfristige biologische Effekte als auch Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes haben können (Abbott et al. 2018, Glover 2011, King et al. 2012, zit. nach ebd.: 1285). Einen wichtigen Zugang zu den Auswirkungen psychosozialer Einflüsse im frühesten Kindesalter ermöglichen Studien über die Kindesentwicklung

3 Dichlordiphenyltrichlorethan wird als Insektizid eingesetzt.

4 Polychlorierte Biphenyle sind toxische Industriechemikalien, die in der EU verboten sind (vgl. Umweltbundesamt).

5 Polybromierte Diphenylether werden vorwiegend als Flammschutzmittel in Kunststoffen eingesetzt (vgl. CDC).

6 Leo Kanner ging in seiner Arbeit „Autistic disturbances of affective contacts“ (1943) von einer biologischen Ursache von Autismus aus, zog jedoch zwischenzeitlich Fehler in der Erziehung von Müttern als ätiologisch in Betracht. Der Begriff der „Kühlschrankmutter“ geht aus der Bindungstheorie hervor und wurde von Bruno Bettelheim geprägt, der in seinem Werk „Die Geburt des Selbst“ (1967) postulierte, dass ein unemotionaler Erziehungsstil, der mit einem Mangel an menschlicher Wärme einhergeht, autistische Symptome beim Kind hervorrufe (vgl. Poustka 2014: 242).

in Waisenhäusern. Das St. Petersburg-USA Orphanage Research Team (2008: viii) stellte in ihrer Studie, die in drei St. Petersburger Waisenhäusern durchgeführt wurde, fest, dass eine in frühester Kindheit erfahrene Deprivation mit dem Fehlen sozio-emotionaler Erfahrung und einer wenig fürsorglichen oder wärmenden Beziehung zwischen Kind und Betreuer\*innen eine potentielle Rolle in vielen Aspekten der Entwicklung spielen kann. Rutter et. al. (2007: 1200) untersuchten eine zufällig gewählte Stichprobe von 144 Kindern, die in Waisenhäusern in Rumänien untergebracht und dann von Familien aus dem Vereinigten Königreich adoptiert wurden zu drei verschiedenen Zeitpunkten mit vier, sechs und elf Jahren und verglichen diese mit Adoptivkindern, die in keiner Institution untergebracht waren. Die Autor\*innen fanden heraus, dass 16 Kinder autismus-ähnliche Verhaltensweisen („quasi-autism“) zeigten, eine Rate von 9,2 Prozent der Kinder aus den rumänischen Waisenhäusern verglichen mit 0 Prozent der Adoptivkinder, die nicht darin untergebracht waren. Im Alter von 11 bzw. 12 Jahren wurden die Kinder noch einmal untersucht und die autismus-ähnlichen Verhaltensweisen wurden bei mehr als einem von zehn der Kinder, die eine institutionelle Deprivation erfahren haben, bestätigt (vgl. ebd.). Interessanterweise wurde in einer neun Jahre später publizierten Studie mit dieser Kohorte eine Evidenz für ein starkes Fortbestehen einer komplexen und auf die Deprivation bezogenen Variante von ADHS hinein ins Erwachsenenalter aufgezeigt (vgl. Kennedy et al. 2016: 1113).

Die Übersichtsarbeiten von Bölte et al. (2019) und Modabbernia et al. (2017) setzen sich zudem mit Impfungen im Kontext der Ätiologie von Autismus-Spektrum-Störungen auseinander. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurde die Annahme von MMR-Impfungen als Ursache von Autismus vielfach widerlegt (Madsen 2002, Fombonne 2006, zit. nach Bölte et al. 2019: 1283). Taylor et al. (2014, zit. nach Modabbernia et al. 2017: 10 f.) untersuchten in einer Meta-Analyse Studien, die den Zusammenhang zwischen Impfstoffen für Kinder und Autismus-Spektrum-Störungen analysierten, und konnten keine Evidenz für ein erhöhtes Risiko für Autismus bei geimpften Kindern erkennen. Im Anhang (siehe Abb. 6) listet eine Übersicht den Zusammenhang zwischen Autismus-Spektrum-Störungen und verschiedenen Umweltfaktoren nach Evidenzen auf.

## 7 Parentale Migration als Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen

### 7.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Verschiedene Studien haben sich in der Vergangenheit bereits mit der Frage auseinandergesetzt, ob Migrationserfahrungen einen Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen darstellen. In einer systematischen Literaturrecherche wurden jene Studien miteinbezogen und analysiert, die in den Jahren 2010 bis 2020 publiziert wurden und auf welche die, in Kapitel 2.1 ausführlich beschriebenen, Inklusionskriterien zutreffen. Im Folgenden werden diese nun chronologisch in einer Übersichtstabelle dargestellt und daran anschließend genauer beschrieben und gegenübergestellt.

**Tab. 1** Den Inklusionskriterien entsprechende Studien

Studien				
Autor*innen (Erscheinungsjahr) Land Studiendesign	Diagnostisches Klassifikations- system	Kategorien parentaler Herkunft bzw. Ethnizität	Stichprobe, Alter der Teil- nehmer*innen	Ergebnisse
<b>Keen et al. (2010)</b> UK Retrospektive Falldokumen- tationsanalyse	ICD-10	UK („White“, „Black“, „Asian“), anderes europ. Land, Afrika, Karibik, Asien, Anderorts	n=428, Alter bei Diagnose- stellung: MW=4,6 (SD=2,4) bzw. MW=6,2 (SD=2,4)	Kinder von Müttern, die außer- halb Europas geboren wurden, hatten im Vergleich zu Kindern von in UK geborenen Müttern, ein signifikant höheres Risiko ein Kind mit ASD zu bekommen, mit dem höchsten Risiko für jene Kinder, deren Mütter aus der Karibik immigriert sind: RR=10,01; 95% KI 5,53–18,1 bzw. RR=8,89; 95% KI 5,08–15,5.  Mütter, die der Kategorie „black“ zugeordnet wurden, hatten ein signifikant höheres Risiko verglichen mit jenen der Kate- gorie „white“, ein Kind mit ASD zu bekommen: RR=8,28; 95% KI 5,41–12,7 bzw. RR=3,84; 95% KI 2,93–5,02 (die zwei unterschied- lichen Werte beziehen sich auf die beiden Institutionen, in denen die Studie durchgeführt wurde).

<p><b>Haglund &amp; Källén (2011)</b> Schweden Retrospektive Fall-Kontroll-Studie</p>	<p>DSM-III, DSM-IV, ICD-10</p>	<p>Schweden, andere nordische Länder, Westeuropa/USA, ehem. Osteuropa, Subsahara Afrika, Naher Osten/Nordafrika, Ostasien, Mittel- oder Südamerika, Andernorts/Unbekannt</p>	<p>Grundgesamtheit n=68.964, Stichprobe n=250, Alter: 2;5–15</p>	<p>Starke positive Korrelation zwischen Autismus und einer maternalen Herkunft außerhalb Schwedens: OR 2,7; 95% KI 2,0–3,7 und einer signifikant negativen Korrelation mit Asperger-Syndrom: OR=0,5; 95% KI 0,3–0,8.</p>
<p><b>Magnusson et al. (2012)</b> Schweden Retrospektive populationsbasierte Kohortenstudie</p>	<p>DSM-IV</p>	<p>Nordafrika, Ostafrika, andere afrikanische Regionen, Nordamerika, Lateinamerika/Karibik, Südasien, Westasien, andere asiatische Regionen, Nordeuropa, Osteuropa, Südeuropa, Westeuropa</p>	<p>n=589.114, Alter: 0–17</p>	<p>Erhöhtes Risiko für Low Functioning Autismus bei Kindern von Immigrant*innen: OR 1,5; 95% KI 1,3–1,7; höchstes Risiko für Kinder, deren Eltern während der Schwangerschaft immigrierten: OR 2,3; 95% KI 1,7–3,0.  Geringes Risiko für High Functioning Autismus bei Kindern von Immigrant*innen: OR 0,5; 95% KI 0,5–0,6.</p>
<p><b>Lehti et al. (2013)</b> Finnland Retrospektive populationsbasierte Kohortenstudie</p>	<p>ICD-9, ICD-10</p>	<p>Finnland, westliche Länder, ehem. Sowjetunion und Jugoslawien, Subsahara-Afrika, Nordafrika/Naher Osten, Asien</p>	<p>Stichprobe n=1.132, Kontrollgruppe n=4.515, Alter bei Diagnosestellung: 2–20</p>	<p>Im Vergleich zu Kindern von finnischen Eltern besteht für Kinder von Immigrant*innen (OR 1,8; 95% KI 1,2–2,6) und bei Kindern von immigrierten Müttern (OR 1,8; 95% KI 1,2–2,7) ein erhöhtes Risiko mit frühkindlichen Autismus diagnostiziert zu werden.</p>
<p><b>van der Ven et al. (2013)</b> Niederlande Retrospektive populationsbasierte Kohortenstudie</p>	<p>DSM-IV</p>	<p>Niederlande, „developing countries“ (Türkei, Marokko, Suriname und niederländische Antille, Andere) und „developed countries“ (Japan, USA, Kanada, Australien, Neuseeland)</p>	<p>Grundgesamtheit n=106.953; Stichprobe n=518, Mittelwert des Alters bei Diagnosestellung: 4;7 (SD=2,1)–6;8 (SD=2,3)</p>	<p>Kinder von Immigrant*innen aus „developing countries“ haben ein signifikant geringeres Risiko für ASD im Vergleich zu Kindern von in den Niederlanden geborenen Eltern: rate ratio=0,6; 95% KI 0,5–0,9.  Im Vergleich zur Studienpopulation innerhalb der urbanen Teilstichprobe bei der Gruppe der Immigrant*innen ein leicht erhöhtes Risiko für ASD, vor allem bei Türkinnen (RR=1,0; 95% KI 0,5–1,9) und jenen aus Suriname und den niederländischen Antillen (RR= 1,8; 95% KI 0,8–3,7).</p>

<p><b>Bolton et al. (2013)</b> Irland Retrospektive Falldokumentationsanalyse</p>	DSM-IV-TR	<p>Irland, Afrika (Nigeria, Kongo*), Andernorts (Osteuropa, Asien*) *größte Subgruppen der Kategorien</p>	n=366, Alter bei Erstvorstellung: 2;11–3;3	<p>Von den 131 Kindern, die mit einer ASD diagnostiziert wurden, zeigt sich ein höherer Anteil v.a. jener Kinder mit einer komorbiden Intelligenzminderung in der afrikanischen Kohorte (72,2%) im Vergleich zur irischen Kohorte (16,3%).</p>
<p><b>Becerra et al. (2014)</b> USA Retrospektive populationsbasierte Kohortenstudie</p>	DSM-IV-R, ICD-9	<p>„US-born“ oder „Foreign-born“: „White“, „Black“, „Hispanic“ (Mexiko, Zentral-/Südamerika), „Asian/Pacific Islander“ (China, Japan, Korea, Philippinen, Vietnam)</p>	<p>Studienpopulation n=1.626.354, Stichprobe n=7.540, Mittelwert des Alters bei Diagnosestellung: 3,1 (SD=0,8)–3,8 (SD=1,0)</p>	<p>Im Vergleich zu in den USA geborenen Müttern, die der Kategorie „white“ zugeordnet wurden, haben Kinder von Müttern, die der Kategorie „black“ zugeordnet wurden und außerhalb den USA geboren wurden (RR 2,49; 95% KI 1,41–4,42) und jenen aus Zentral- und Südamerika (RR 1,06; 95% KI 0,80–1,40), den Philippinen (RR 1,92; 95% KI 1,32–2,80) und Vietnam (RR 2,01; 95% KI 1,25–3,22) ein erhöhtes Risiko für ASD und v.a. mit einer komorbiden Intelligenzminderung.</p>
<p><b>Lehti et al. (2015)</b> Finnland Retrospektive populationsbasierte Kohortenstudie</p>	ICD-10	<p>Finnland, westliche Länder, ehem. Sowjetunion und Jugoslawien, Subsahara-Afrika, Nordafrika/Naher Osten, Asien</p>	<p>Stichprobe n=1.783, Kontrollgruppe n=7.106, Alter bei Diagnosestellung: 2–18</p>	<p>Kinder, deren Eltern beide immigriert sind, haben im Vergleich zu jenen Kindern von finnischen Eltern, ein signifikant geringes Risiko mit Asperger-Syndrom diagnostiziert zu werden: OR 0,2; 95% KI 0,1–0,4. Bei Kindern, deren Mütter (OR 0,1; 95% KI 0,01–0,4) oder Väter (OR 0,1; 95% KI 0,04–0,4) in Subsahara-Afrika geboren wurden, besteht ein signifikant geringeres Risiko für die Diagnose Asperger-Syndrom.</p>
<p><b>Fairthorne et al. (2017)</b> Australien Retrospektive populationsbasierte Kohortenstudie</p>	DSM-IV, DSM-IV-TR	<p>„Caucasien“, „Asian“ (Zentralasien, Südasien, andere Region in Asien), „Black“ (Ostafrika, andere Region in Afrika), „Indian/Maori/Polynesian“, „Indigenous“ – Unterteilung jeweils in „Immigrant“ und „Non-immigrant“</p>	<p>Studienpopulation n=134.204, Stichprobe n=1.375, Alter: 5–16</p>	<p>Frauen aus Zentral- (OR 1,28; 95% KI 0,8–2,0) und Südasien (OR 1,37; 95% KI 0,9–2,0) haben im Vergleich zur Gruppe „Caucasian nonimmigrant women“ ein um 30% höheres Risiko ein Kind mit ASD und komorbider Intelligenzminderung zu bekommen, bei Frauen aus anderen Regionen Asiens ist die Wahrscheinlichkeit um mehr als die Hälfte geringer. Frauen aus Ostafrika haben eine dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit ein Kind mit ASD und einer komorbiden Intelligenzminderung zu bekommen (OR 3,57; 95% KI 1,7–7,6).</p>

<b>Abdullahi et al. (2019)</b> Australien Retrospektive populations- basierte Kohortenstudie	DSM-IV, DSM-V	„Caucasian“, „Asian“, „African“, „Polynesian“, „Middle Eastern“, „Hispanic/ Caribbean“	n=4.776; Alter: 0–18; Mittelwert des Alters bei Dia- gnosestellung: 4,1 (SD=1,7) – 6,4 (SD=3,8)	Verglichen mit Kindern von in Australien geborenen Müttern, haben Kinder von immigrierten Müttern, die sowohl aus Ländern mit niedrigerem mittlerem Ein- kommen (RR=2,19; 95% KI 1,77– 2,70) und aus Ländern mit niedrigem Einkommen (RR=2,16; 95% KI 1,63–2,86) als auch aus Ländern mit mittlerem höherem Einkommen (RR 2,16; 95% KI 1,67–2,81) und aus Ländern mit hohem Einkommen (RR 1,76; 95% KI 1,33–2,32), ein erhöhtes Risiko für ASD mit einer komorbi- den Intelligenzminderung.
---	------------------	---	---	--

Keen et al. (2010: 275) haben in ihrer Studie eine retrospektive Analyse der Fallunterlagen von 428 Kindern durchgeführt, die im Vereinigten Königreich geboren wurden und mit Autismus oder einer Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert wurden. Die Daten wurden in zwei pädiatrischen Entwicklungszentren in den Bezirken Wandsworth und Lambeth in Südlondon gesammelt. Das Ziel der Studie lag in der Überprüfung der Hypothese, ob maternale Ethnizität und/oder Immigration mit kindlicher Autismus-Spektrum-Störung in der zweiten Generation in Zusammenhang steht. Dies wurde im Kontext widersprüchlicher Evidenz in Bezug auf Ethnizität und elterliche Immigration als Risikofaktoren für Autismus untersucht. Die Ergebnisse der Studie zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen maternaler Migration und dem Risiko, ein Kind mit einer Autismus-Spektrum-Störung zu bekommen, auf. Dabei konnte festgestellt werden, dass das höchste Risiko für jene Kinder besteht, deren Mütter aus der Karibik zugewandert sind, gefolgt von jenen aus Afrika und Asien. Keine Effekte zeigten sich für Immigrant\*innen aus Europa (vgl. ebd.: 276). Für einen unabhängigen Effekt der Ethnizität gab es nur eine geringe Evidenz, nämlich für im Vereinigten Königreich geborenen afroamerikanischen Müttern in Lambeth. Da dieses Ergebnis nicht aussagekräftig ist, vermuten die Autor\*innen, dass Immigration eher denn Ethnizität als ein Risikofaktor zu bewerten ist (vgl. ebd.).

Haglund und Källén (2011: 164) untersuchten in ihrer Studie prä- und perinatale Risikofaktoren für Autismus und Asperger-Syndrom in Malmö, der drittgrößten Stadt Schwedens. Insgesamt wurden 250 Kinder in die Analyse aufgenommen, deren persönliche Identifikationsnummern mit den Daten des schwedischen medizinischen Geburtsregisters verknüpft wurden, um in weiterer Folge Informationen zu demographischen Daten und medizinischen Informationen zu erhalten. Die Kontrollgruppe setzte sich aus jenen Kindern zusammen, die im Geburtsregister in Malmö zur Zeit der Studienperiode geboren wurden und nicht für die Analysegruppe ausgewählt wurden (vgl. ebd.: 166 f.). Die

signifikantesten Risikofaktoren für Autismus wurden ausgewählt und in ein multivariates Modell integriert. Innerhalb dieses Modells zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Autismus und einer maternalen Geburt außerhalb Schwedens. Im Unterschied dazu zeigte sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Asperger-Syndrom und einer maternalen Geburt außerhalb Schwedens.

Ähnliche Ergebnisse lieferte die ebenfalls in Schweden durchgeführte Record-Linkage-Studie (Verknüpfung mehrerer Datensätze) von Magnusson et al. (2012). Das Ziel der Studie lag darin, den Zusammenhang zwischen elterlichem Migrationsstatus und dem Risiko für Autismus-Spektrum-Störungen aufzuzeigen. Dabei wurden die parentale bzw. maternale Region der Herkunft, der Zeitpunkt der Migration und die Unterscheidung zwischen Low Functioning und High Functioning Autismus in die Analyse miteinbezogen. Es wurde eine eingebettete Fall-Kontrollstudie mit der Geburtskohorte jener Kinder zwischen 0 bis 17 Jahren, die zwischen den Jahren 2001 und 2007 in Stockholm lebten, durchgeführt (vgl. ebd.: 109). Insgesamt wurden 3918 Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung identifiziert, auf die die Inklusionskriterien zutrafen. Jedem Fall wurden zehn nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Personen nach Geburtsdatum und Geschlecht gegenübergestellt. Alle Modelle wurden hinsichtlich des mütterlichen und väterlichen Alters zum Zeitpunkt der Geburt und dem Familieneinkommen adjustiert (vgl. ebd. 110 f.). Dabei zeigte sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für jene Familien, in denen beide Elternteile zugewandert sind, ein Kind mit Autismus zu bekommen. Dabei hatten insbesondere Eltern, die in Subsahara Afrika geboren wurden, gefolgt von Eltern aus Nordafrika, Lateinamerika, der Karibik und Südasien ein erhöhtes Risiko im Unterschied zu in Schweden geborenen Eltern, ein Kind mit Low Functioning Autismus zu bekommen. Im Gegensatz dazu haben Kinder von zugewanderten Eltern eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, mit High Functioning Autismus diagnostiziert zu werden. Mütter, die während der Schwangerschaft nach Schweden immigrierten, hatten die höchste Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Low Functioning Autismus zu bekommen (vgl. ebd.: 112).

In einer finnischen Fall-Kontroll-Studie untersuchten Lehti et al. (2013: 2) den Zusammenhang zwischen der Geburtsregion beider Elternteile und dem Risiko von frühkindlichem Autismus ihrer Kinder. Es wurde auf drei nationale Register zurückgegriffen. Dabei wurden von den zwischen 1987 und 2005 geborenen Kinder 1.132 für die Analyse ausgewählt. Jedem Fall wurden vier Kontrollfälle aus dem finnischen medizinischen Geburtsregister anhand der Variablen Alter, Geschlecht und Region gegenübergestellt (vgl. ebd.). Im Vergleich zu Kindern von finnischen Eltern ist das Risiko für frühkindlichen Autismus bei Kindern von zugewanderten Eltern erhöht und für jene, bei denen nur die Mutter immigriert ist. Dabei war das Risiko, ein Kind mit frühkindlichem Autismus zu bekommen, bei jenen Müttern erhöht, die in der ehemaligen Sowjetunion und Jugoslawien (OR 1,8; 95%

KI 1,2–2,8) oder in Asien (OR 2,6; 95% KI 1,4–4,7) geboren wurden. Im Unterschied dazu zeigte sich kein erhöhtes Risiko für Kinder, wenn nur der Vater immigriert ist (OR 1,2; 95% KI 0,8–2,0), wobei eine Ausnahme Väter aus Asien (OR 4,4; 95% KI 2,0–9,5) bildeten (vgl. ebd.: 4). Im Gegensatz zu den von Magnusson et al. (2012: 112) publizierten Ergebnissen, wonach das höchste Risiko ein Kind mit Autismus-Spektrum-Störung zu bekommen, für Mütter aus Subsahara Afrika besteht, zeigte sich diesbezüglich in der Studie von Lehti et al. (2013: 4) kein signifikanter Zusammenhang (OR 1,2; 95% KI 0,6–2,4).

Zwei Jahre darauf veröffentlichten die Autor\*innen eine Studie mit derselben Kohorte, in der sie den Zusammenhang zwischen paternaler und maternaler Immigration und Asperger-Syndrom untersuchten (Lehti et al. 2015: 942). Insgesamt wurden 1.783 Kinder für die Analyse ausgewählt und den 7.106 Kindern der Kontrollgruppe gegenübergestellt. Lehti et al. (2015: 941) zeigten auf, dass für Kinder, deren Eltern immigriert sind, im Vergleich zu jenen von finnischen Eltern ein signifikant geringeres Risiko besteht, mit Asperger-Syndrom diagnostiziert zu werden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen früherer Studien (vgl. Haglund und Källén 2011, Magnusson et al. 2012).

Van der Ven et al. (2013: 54) verfolgten in ihrer populationsbasierten Studie das Ziel, das Risiko des Entstehens einer Autismus-Spektrum-Störung bei Kindern von Migrant\*innen im Vergleich zu Kindern von in den Niederlanden geborenen Eltern einzuschätzen. Die Population der Geburtskohorte betrug 104.953, davon konnten 518 Personen mit Autismus-Spektrum-Störung identifiziert werden, davon wiederum hatten 150 die Diagnose Autismus und 368 die Diagnosen Asperger-Syndrom oder nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung. Die Autor\*innen stellten fest, dass Kinder von Immigrant\*innen aus „developing countries“ im Vergleich zu Kindern von in den Niederlanden geborenen Eltern ein signifikant geringeres Risiko für eine Autismus-Spektrum-Störung haben. Im Vergleich zur Grundgesamtheit der urbanen Teilstichprobe zeigte sich bei der Gruppe der Immigrant\*innen ein leicht erhöhtes Risiko für eine Autismus-Spektrum-Störung, vor allem bei Türk\*innen und jenen aus Suriname und den niederländischen Antillen (vgl. ebd.).

Bolton et al. (2013: 337) untersuchten in einer retrospektiven Falldokumentationsanalyse, ob Kinder von Müttern, die nach Irland immigriert sind, im Vergleich zu jenen Kindern von in Irland geborenen Müttern, eine höhere Autismusrate aufzeigen. Diese Fragestellung wurde im Kontext des Schweregrads der Symptome, der Demographie und der Ethnizität untersucht. Insgesamt wurden 366 Kinder in die Stichprobe aufgenommen, die in den Jahren 2007 bis 2009 im pädiatrischen Entwicklungszentrum des nationalen Kinderspitals in Tallagh, einem Vorort von Dublin, behandelt wurden. Von den Eltern dieser Kinder sind 248 Mütter in Irland geboren, 58 in Afrika und 53 andernorts. Bei 7

Kindern fehlte die Angabe zum Geburtsort der Mutter. Insgesamt wurden von den 366 Kindern 131 mit Autismus diagnostiziert (vgl. ebd.). Es konnte festgestellt werden, dass jene Kinder der Kohorte von immigrierten Müttern aus Afrika, im Vergleich zur irischen Gruppe (16,3%) und der Gruppe „Others“ (30%), einen größeren Anteil an Autismusdiagnosen hatten, die mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung einhergingen (72,2%). Die Autor\*innen zeigten auf, dass in dieser Gruppe kein Kind mit milderen Formen in der klinischen Präsentation aufschien, wie bspw. mit Asperger-Syndrom oder autistischen Zügen.

Becerra et al. (2014: 64) untersuchten in einer populationsbasierten Kohortenstudie, wie sich die Prävalenz von autistischen Störungen und spezifischen Phänotypen bei Kindern von Müttern unterschiedlicher Herkunft und Ethnizität unterschied. Es wurden nur jene Kinder in die Studie aufgenommen, die in Los Angeles County geboren wurden und anhand der Kriterien des DSM-IV-R und ICD-9 mit einer autistischen Störung diagnostiziert wurden. Die Autor\*innen halten in diesem Zusammenhang jedoch fest, dass die Diagnose auch den Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung im DSM-V entsprechen würde (vgl. ebd.). Insgesamt wurden 7.540 Kinder in die Analyse aufgenommen. Zum einen Kinder mit einer Autismus-Diagnose und Kinder mit einer Autismus-Diagnose und einer komorbiden Intelligenzminderung und zum anderen eine Gruppe von Kindern, beschränkt auf das Alter von fünf Jahren, mit Einschränkungen in der expressiven Sprache als auch die Unterscheidung der Gruppe von Kindern mit Autismus mit starken und weniger starken Gefühlsausbrüchen (vgl. ebd.: 65). Es stellte sich heraus, dass im Vergleich zu in den USA geborenen Müttern der Kategorie „white“, Kinder von afroamerikanischen Müttern, die außerhalb den USA geboren wurden, ein 76 Prozent höheres Risiko, jene von Müttern aus Vietnam ein 43 Prozent höheres Risiko, jene von Müttern aus den Philippinen ein 25 Prozent höheres Risiko, jene von Müttern aus Zentral- und Südamerika ein 26 Prozent höheres Risiko, jene von in den USA geborenen Hispano-Amerikanerinnen und afroamerikanischen Müttern ein 13 bis 14 Prozent höheres Risiko haben mit einer autistischen Störung diagnostiziert zu werden. Im Unterschied dazu haben Kinder von in China und Japan geborenen Müttern im Vergleich zu in den USA geborenen Müttern ein um 30 Prozent geringeres Risiko, die Diagnose einer autistischen Störung zu erhalten (vgl. ebd.). Von den 806 Kindern, die mit einer autistischen Störung und einer komorbiden Intelligenzminderung diagnostiziert wurden, bestand das höchste Risiko für Kinder von außerhalb den USA geborenen afroamerikanischen Müttern und für jene Kinder, deren Mütter in Vietnam geboren wurden. Das höchste Risiko für Autismus mit Schwierigkeiten in der expressiven Sprache und schweren Gefühlsausbrüchen zeigte sich ebenfalls bei Kindern von außerhalb den USA geborenen afroamerikanischen Müttern (vgl. ebd.: 66).

Ähnlich wie Becerra et al. (2014) führten auch Fairthorne et al. (2017: 1) eine populationsbasierte Kohortenstudie durch, um die Wahrscheinlichkeiten einer Autismus-Spektrum-Störung mit komorbider Intelligenzminderung bei Kindern im Kontext maternaler Ethnizität, Migrationsstatus und Geburtsregion zu untersuchen. Es wurde auf drei Datensätze bzw. Register zurückgegriffen und die Daten jener Frauen in die Analyse aufgenommen, deren Kinder zwischen den Jahren 1994 und 1999 und zwischen 2000 bis 2005 in Western Australia geboren wurden (vgl. ebd.: 2). Insgesamt wurden Mütter von 1.028 Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung und komorbider Intelligenzminderung und von 347 Kindern mit einer diagnostizierten Autismus-Spektrum-Störung ohne komorbider Intelligenzminderung in die Analyse aufgenommen. Die Autor\*innen fanden heraus, dass die Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit Autismus und komorbider Intelligenzminderung zu bekommen für Frauen gleich waren, die der „Asian“ und der „Caucasian“ Gruppe zugeordnet wurden (OR 1,09; 95% KI 0,8–1,4). Hingegen war das Risiko für afrikanische Frauen aus Ostafrika mehr als dreimal so hoch, ein Kind mit einer Autismus-Spektrum-Störung und komorbider Intelligenzminderung zu bekommen. Generell konstatierten die Autor\*innen, dass Migrantinnen im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen eine um 40 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit haben, dass ihr Kind eine Autismus-Spektrum-Störung mit komorbider Intelligenzminderung hat (vgl. ebd.: 1).

Abdullahi et al. (2019: 3611 f.) haben in einer populationsbasierten Studie in Western Australia die klinischen Profile jener Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung verglichen, die in den Jahren zwischen 1999 und 2017 im Western Australia Autismus Register aufgenommen wurden und zum Zeitpunkt der Diagnose jünger als 18 Jahre alt waren. Weiteres Inklusionskriterium war die Kenntnis über die maternale Ethnizität. Die Autor\*innen verfolgten das Ziel, die klinische Präsentation zum Zeitpunkt der Diagnose der Kinder von Müttern mit Migrationshintergrund und jenen, die nicht nach Australien immigriert waren, in Bezug auf maternale Ethnizität und der Ethnizität des Kindes, der Herkunft der Mütter und der klinischen Merkmale zu untersuchen und zu vergleichen (vgl. ebd.). Insgesamt wurden 4.776 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 18 Jahren in die Analyse aufgenommen. Es zeigte sich, dass Kinder von immigrierten Müttern, verglichen mit Kindern von in Australien geborenen Müttern, unabhängig der Einkommenskategorie, ein erhöhtes Risiko für eine Autismus-Spektrum-Störung mit einer komorbiden Intelligenzminderung aufwiesen (vgl. ebd.: 3615). Kinder von Müttern, die außerhalb Australiens geboren wurden, wurden zum einen früher diagnostiziert und präsentierten sich zum anderen mit schwereren Ausprägungen von Autismus-Spektrum-Störungen mit komorbider Intelligenzminderung (vgl. ebd.).

Tab. 2: Den Inklusionskriterien entsprechende Systematische Reviews

Systematische Reviews				
Autor*innen (Erscheinungsjahr)	Datenbanken	Suchbegriffe	Inklusions- und Exklusionskriterien	Ausgewählte Studien
Crafa & Warfa (2015)	PubMed, PsycINFO, Google Scholar, Embase	„migration“, „autism“, „autism migrant“, „migration and autism“, „maternal migration and autism“	<i>Inklusionskriterien:</i> „peer-reviewed population data“ zu Autismus und maternaler Migration (prä- und postnatale Migration); Publikation in englischer Sprache; klar definierte Methode der Datenerhebung, -analyse und -beschreibung; Definitionskriterien des ICD-8, ICD-10, DSM-III, DSM-IV, DSM-V <i>Exklusionskriterien:</i> unklare maternale Definition des Migrationsstatus; Studien ohne klar getesteten Validitäts- und Reliabilitätskonstrukten; Studien mit Asperger-Syndrom, PDD-NOS, und anderen Störungen aus dem autistischen Spektrum (z. B.: Rett-Syndrom)	10
Kawa et al. (2016)	ERIC, Master-FILE Premier, MEDLINE, PsycARTICLES, PsycINFO, ScienceDirect, SocINDEX, Scopus, EMBASE, Cochrane Library	„Autism“, „ASD“, „immigration“, „immigrant“, „ethnic minority“, „emigration“, „ethnicity“, „ethnic“	<i>Inklusionskriterien:</i> Berichte über die Prävalenz von ASD und/oder das Risiko von ASD bei Immigrant*innen in Europa; Publikation in peer-reviewed Journals; publiziert in Englisch bis Mai 2016 <i>Exklusionskriterien:</i> Durchführung der Studien außerhalb Europas; Veröffentlichung in nicht-peer-reviewed Journals; keine Daten zu Prävalenz oder Risiko für ASD	17

Sowohl in der systematischen Analyse von Crafa und Warfa (2015) als auch in der Übersichtsarbeit von Kawa et al. (2016) sind Studien enthalten, die den Inklusionskriterien der systematischen Literaturrecherche entsprochen haben und daher in die genauere Analyse aufgenommen und bereits näher erläutert wurden. Aufgrund der Vielzahl an Studien zu dieser Forschungsthematik, wurde dennoch auf die Übersichtsarbeiten zurückgegriffen, um einen systematischen Überblick zu den Forschungsergebnissen zu gewährleisten. Crafa und Warfa (2015: 65) verfolgten mit ihrer systematischen Analyse das Ziel, die aktuelle Literatur hinsichtlich der Prävalenz und den Prädiktoren für Autismus zu durchsuchen. Dabei lag das Hauptaugenmerk der Analyse auf dem Zusammenhang zwischen maternalen Migrationsstressoren, epigenetischen Veränderungen und den erhöhten Raten von Autismus in migrantischen Communities. Insgesamt wurden zehn populationsbasierte Studien aus sechs verschiedenen Ländern in die Analyse aufgenommen. Praktisch alle Studien verwendeten Daten aus Gesundheitsregistern und Krankenakten. Sieben der zehn Studien wurden in westeuropäischen Ländern, zwei in

den USA und eine Studie in Australien durchgeführt (vgl. ebd.: 66). Die Grundgesamtheit der Analyse betrug 4.062.766, insgesamt wurden 11.185 Kinder mit Autismus in die Studiengruppe aufgenommen (vgl. ebd.). Die Autor\*innen analysierten die Autismusraten der zehn Studien und kamen zu folgendem Ergebnis: Vier Studien berichteten über hohe Autismusraten mit einem Mittelwert von 7,09, wohingegen fünf Studien eine niedrige Autismusrate mit einem Mittelwert von 0,25 aufwiesen. Eine Studie lag mit einer Rate von 1 in der Mitte. Es konnten von den Autor\*innen keine Erklärungen für die breite Variation gefunden werden, die auf Differenzen der Studien hinsichtlich der Stichprobe, der Methoden der Datenerhebung oder des Landes, in dem die Studie durchgeführt wurde, schließen würden. In einer vergleichenden Analyse zwischen der Autismusrate von Kindern, die von Migrantinnen geboren wurden und jenen, die von Müttern ohne Migrationshintergrund geboren wurden, zeigten sich bei der Hälfte der Studien keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Autismusraten. Zwei Studien zeigten höhere Raten für Autismus bei Kindern von Müttern ohne Migrationshintergrund und drei Studien berichteten über eine höhere Rate bei Kindern von Migrantinnen. Ein eindeutiges Ergebnis konnten die Autor\*innen mit der berichtigten Autismusrate pro 100.000 Kinder von jeder Studie erzielen. Es konnte aufgezeigt werden, dass bei Kindern von Migrantinnen im Vergleich zu Kindern von Müttern ohne einer Migrationsgeschichte die Autismusrate um 2,69 Prozent höher ist (vgl. ebd.: 67).

Kawa et al. (2016: 101) fokussierten sich in ihrem systematischen Review ausschließlich auf europäische Studien, die sich mit der Prävalenz und dem Risiko für Autismus-Spektrum-Störungen im Zusammenhang mit dem Migrationsstatus auseinandersetzten. Insgesamt wurden 17 Studien ausgewählt, die den Inklusionskriterien entsprachen und die in die Übersichtsarbeit aufgenommen wurden. Die Literaturrecherche zeigte zwei Studien mit klinischen Gruppen, 13 retrospektive populationsbasierte Studien, eine Screeningstudie und eine Fallstudie auf. Die Autor\*innen stellten fest, dass die meisten Studien eine erhöhte Prävalenzrate oder ein erhöhtes Risiko für Autismus für Kinder von zugewanderten Familien verglichen mit Familien ohne Migrationshintergrund aufzeigten (vgl. ebd.: 106 f.).

Wie aus den Übersichtstabellen und den ausführlichen Beschreibungen zu den einzelnen Studien ersichtlich wird, ist ein Vergleich der Studien untereinander aufgrund des unterschiedlichen methodischen Vorgehens nur bedingt möglich. Dennoch kann zusammengefasst festgestellt werden, dass acht von zehn Studien von einem erhöhten Risiko für eine Autismus-Spektrum-Störung bei jenen Kindern ausgehen, deren Mütter oder beide Elternteile außerhalb Europas, Nordamerikas oder Australiens geboren wurden und immigriert sind (Keen et al. 2010, Haglund und Källén 2011, Magnusson et al. 2011, Lehti et al. 2013, Becerra et al. 2014, Bolton et al. 2014, Fairthorne et al. 2017, Abdullahi et al. 2019).

## 7.2 Ergebnisse der Expert\*innenbefragung

### 7.2.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zu potenziellen Erklärungsansätzen

Fast alle Länder haben diese Gruppen mit Migrationshintergrund. Das sind aber nicht immer die gleichen Gruppen (...). Und da gibt es immer so verschiedene Hypothesen, [aber] es gibt keine richtig guten Hypothesen. (zit. nach E11, 00:22:42)

In Bezug auf die Frage zu Erklärungsansätzen für einen elterlichen Migrationshintergrund als Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen konnte ein klarer Mangel an Wissen zu diesem Thema festgestellt werden. „Ich weiß es nicht“ oder „Keine Ahnung“ fiel in beinahe allen Interviews und Hypothesen wurden oftmals wage geäußert. Dennoch konnten die verschiedenen Erklärungsansätze in einem ersten thematischen Vergleich gebündelt und anschließend in neun Themenbereiche kategorisiert bzw. typologisiert werden. Die Expert\*innen stimmen überein, dass die Ätiopathogenese durch genetische und neurobiologische Faktoren bestimmt ist. Hinsichtlich der Rolle verschiedener Umweltfaktoren, einschließlich psychischer und sozialer Aspekte, divergieren die Perspektiven der Interviewpartner\*innen:

Ich gehe davon aus, dass es eine neurobiologische Veranlagung oder (...) Disposition gibt. Ich glaube, dass es gewisse soziale Faktoren gibt oder auch psychische, die das vielleicht noch verstärken können. Aber nicht als Grundursache da sind. Also ich denke mir, wenn ein Kind, das eine Autismus-Spektrum-Störung hat, in einem Umfeld ist, das sehr förderlich ist, wo viele Kontaktangebote gemacht werden, dann wird sich das Kind vielleicht anders entwickeln als das Kind mit Autismus-Spektrum-Störung, das 5 bis 7 Stunden am Tag vor dem Fernseher sitzt. Also insofern spielen die sozialen Faktoren [eine Rolle]. Wenn das Kind in einer sehr belastenden Umgebung aufwächst, weil gerade Trennung oder Frauenhaus (...), dann [wird sich] dieses Entwicklungsfenster auch (...) anders gestalten, als wenn das ein weniger belastetes Umfeld ist. (zit. nach E9, 00:17:35)

Bei der Beantwortung der Frage nach psychosozialen Faktoren in der Ätiopathogenese von Autismus, bezogen sich einige Expert\*innen auf Bruno Bettelheim (1967), dessen Theorie der *Kühlschrankmutter* vielfach diskreditiert wurde. Zudem wurde in diesem Kontext die Wichtigkeit einer differentialdiagnostischen Abklärung betont:

Und natürlich glaub ich, dass in der Ausprägung oder eben dieser Vulnerabilität (...) zu dieser genetischen Disposition, (...) das Soziale und das Psychische eine riesige Rolle spielt. Auch wenn diese 50er-Jahre Geschichte von dieser (...) psychogenen Mutter,

auch wenn das weitgehend obsolet ist, muss man trotzdem sagen, dass es immer wieder Kinder gibt in Familien, die autistisch imponieren. Wo die Struktur in der Familie so ist, dass man sich denkt, da kann man nur autistisch sein, um das auszuhalten. Die Frage ist halt die, der genauen Differentialdiagnostik. (zit. nach E8, 00:17:05)

Nein, also da gibt es den berühmten Dr. Bettelheim mit der Eisschrankmutter. (...) Er hat in Wien Kunst studiert, ist dann nach Amerika emigriert und hat sich dort als Psychologe ausgegeben, unter Anführungszeichen, weil er ein Doktorat der Philosophischen Fakultät gehabt hat, und hat dann dort im Bereich der Kinder-/Jugendpsychiatrie gearbeitet (...) ohne quasi die entsprechende, wenn man so will, akademische unter Anführungszeichen Qualifikation zu haben. Diese Idee (...), dass die Mütter durch ihr sonderbares Verhalten, vielleicht hat er solche Mütter kennengelernt und hat daraus den Hausmeister Schluss gezogen, die autistische Störung [verursachen] (...), haben ihm auch die amerikanischen Frauenvereine sehr, sehr übelgenommen. Und Bettelheim ist dort ein No-Go geworden. Also, so einfach ist es nicht. Es ist im Gegenteil sehr kompliziert. (zit. nach E3, 00:33:12)

Ich sehe einen sehr großen Einfluss von psychischen und sozialen [Faktoren] (...) auf diesen Zustand. Aber gleichzeitig denke ich, dass die Krisen und psychosoziale Umgebung der Menschen in vielen anderen Kontinenten außerhalb von Europa seit Jahrhunderten, Jahrzehnten sehr schwierig ist. Für mich allein erklärt es nicht, dass dadurch Autismus entstehen kann, es kann zu autistischen Zügen kommen, zu autismus-ähnlicher Symptomatik führen. Aber ich bin nicht überzeugt, dass es unter Anführungszeichen rein psychosozial bedingt zu Autismus führt. (zit. nach E10, 00:10:39)

Ein Experte fasst den gegenwärtigen Diskurs zu psychosozialen Faktoren in der Ätiopathogenese von Autismus-Spektrum-Störungen folgendermaßen zusammen:

Psychosoziale Faktoren kommen hier wieder (...) mehr zum Tragen. Ich denke, die meisten Leute sind sich darüber einig, dass natürlich die psychosozialen Faktoren eine extrem wichtige Rolle haben, im Alltag eines jeden Kindes oder jugendlichen Erwachsenen mit Autismus (...). Natürlich macht es einen Riesenunterschied, wo man in welche Schule geht, welche Betreuung man bekommt und welche Aufmerksamkeit. Also was das Leben der Menschen betrifft, da gibt es keine großen Streitereien. Die Frage ist ja nur, was ist die Vorgeordnetheit? Also, ist es etwas, das ätiologisch irgendwie wichtig ist? (...) Die Frage ist irgendwie, ob das wirklich auch eine primäre Ursache ist. (zit. nach E11, 00:16:32)

### 7.2.1.1 Traumatische Lebensereignisse

Ein Trauma ist ein „belastendes Ereignis, das durch Konfrontation mit drohendem oder tatsächlichem Tod, ernsthafter Verletzung oder Gefährdung der körperlichen Unver-

sehrtheit (z. B. sexuelle Gewalt) der eigenen Person oder anderer Personen gekennzeichnet ist“ (zit. nach Pschyrembel 2020). Medizinische Klassifikationssysteme unterscheiden zwischen Anpassungsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen als Reaktionen auf derartig bedrohende Ereignisse (vgl. Ladwig 2014: 11).

Die Mehrheit der Expert\*innen geht in den Interviews auf einen möglichen Zusammenhang von Autismus-Spektrum-Störungen im Kontext von Migration und dem Erleben von traumatischen Lebensereignissen, insbesondere bezogen auf Krieg und Flucht, ein. Gleichzeitig wird diese Assoziation von einigen Interviewpartner\*innen kritisch betrachtet:

Man könnte meinen, dass vielleicht die Personen, die ein sehr traumatisches Erlebnis gehabt haben und deswegen nach Österreich eingewandert sind, dass das ein Grund dafür sein könnte [bezugnehmend auf erhöhte Prävalenz von ASD in der Migrationsbevölkerung, in der von der Autorin durchgeführten Studie, Anm. der Autorin]. Aber es kann ja auch gut sein, dass viele von den Personen schon in der zweiten oder dritten Generation (...) in Österreich leben. (...) Das wäre so ein Ansatzpunkt, der interessant wäre herauszufinden. (zit. nach E1, 00:54:16)

Trauma in der Vorgeschichte, Trauma unterwegs. Was die Familien erlebt haben. Und natürlich, (...) welchen Gefahren wurden sie ausgesetzt? Kriege und so weiter. Und dass das auch ein Auslöser für die Symptomatik sein kann, das ist [eine] meiner Erklärungen. (zit. nach E10, 00:23:39)

Diese Vergewaltigungen, die da passiert sind, und das waren ja alles Traumatisierungen und schwere Traumatisierungen [Experte zieht Vergleich zu 2. Weltkrieg, Anm. der Autorin]. (...). Aber ich würde glauben, dass so etwas eine Rolle spielt. (zit. nach E12, 00:56:25)

Es gibt natürlich die Theorien, dass gewisse Faktoren eine Rolle spielen wie Trauma und Flucht, (...) aber ich finde es immer sehr schwierig, [das] dann auch wirklich festzulegen. (zit. nach E9, 00:17:02)

Die Expertin konkretisiert das an einem Beispiel und hinterfragt außerdem, inwiefern und ob traumatische Lebensereignisse mit pränatalen hirnrorganischen oder neurophysiologischen Veränderungen in Verbindung stehen:

Wir haben teilweise Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung, die eine ganz schwierige Fluchtgeschichte oder wirklich traumatische Fluchtgeschichten haben (...) durch den Syrienkrieg oder so, mit Schlauchbooten. Also wirklich ganz, ganz schwierig. Wo ich mir denke, da muss [man] ganz genau hinschauen, was jetzt eigentlich frühkindliche Traumatisierung [ist], [ob] (...) die Mütter depressiv oder traumatisiert sind und wie sich das im

Kontakt auswirkt. Ist da jetzt der Blickkontakt nicht da, weil die wirklich Autismus haben oder ist es aufgrund der schwierigen Lebensumstände, die die gehabt haben in den ersten Monaten. (zit. nach E9, 00:28:19)

Wenn man davon ausgeht, dass das sozusagen etwas pränatales ist und hirnorganisch. Und da gibt es ja die Studien mit Hormonen, (...) Testosteron oder Hirnfurchen (...). Hier ist die Frage, was das mit Migration an sich zu tun hat und ob das pränatal dann solche Auswirkungen hat, irgendein Kriegstrauma oder was auch immer. Da gibt es viel zu wenig gute Studien, dass man das so sagen könnte. (zit. nach E9, 00:30:19)

Ein Interviewpartner setzt dem folgendes entgegen:

Wir haben ja zum Beispiel bei der Migration (...) [jene] (...) Leute, [die] in der Fluchtsituation gewesen sind, während der Schwangerschaft mit Angst. (...) [Das ist ein] stressiges Erlebnis. Und solche Dinge können [sich] natürlich durchaus irgendwie negativ auf den Fötus (...) auswirken. Das ist eine Hypothese gewesen, es gibt irgendwie auch ein, zwei Papers dazu, die sagen irgendwie je näher sozusagen die Flucht zum Zeitpunkt der Geburt war und je intensiver dieses Fluchterleben war, dass das ein potenzieller Risikofaktor ist. (zit. nach E11, 00:18:53)

### 7.2.1.2 Fehldiagnosen

Zwei Interviewpartner\*innen stellen im Kontext traumatischer Lebensereignisse als ätiologische Erklärung von Autismus-Spektrum-Störungen die Hypothese auf, dass es aufgrund der ähnlichen Symptomatik von autistischen Verhaltensweisen mit anderen Krankheitsbildern oder aufgrund kultureller Faktoren zu Fehldiagnosen kommen könnte:

Ich glaube nicht, dass ein Trauma Autismus auslösen kann, nämlich den echten Autismus. Ich glaube, dass [es] (...) Traumata oder, dass es Hospitalisierungssyndrome gibt, die autistischen Verhaltensweisen ähneln. (zit. nach E5, 00:29:13)

Oder wir diagnostizieren nicht sauber genug und da spielt viel mit Traumatisierung, irgendwelche soziokulturellen Unterschiedlichkeiten im Zugang (...). Vielleicht liegen wir falsch und wir machen traumatisierte, sozial isolierte Familien zu Autisten. (zit. nach E8, 00:24:33)

### 7.2.1.3 Umweltgifte und Einsatz chemischer Waffen

Die Exposition toxischer Umwelteinflüsse als Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen wurde in Kapitel 6.4.2 beleuchtet. Ein Experte geht darauf ein, und zudem auf den Einsatz chemischer Kriegswaffen als möglichen Erklärungsansatz:

Umweltgifte, die die Eltern erlebt haben, die natürlich dann [Auswirkungen] auf genetischer Ebene [haben]. Vor allem (...) tschetschenische Familien [haben] (...) sehr viele Bombenangriffe erlebt (...). Restbestände von radioaktiven, von Phosphorbomben, was alles auf die Eltern wirken kann und (...) dann in die nächste Generation weitergegeben wird. Das könnte für mich, für Familien aus Tschetschenien, eine Erklärung sein. (zit. nach E10, 00:22:56)

#### **7.2.1.4 Pränatale Stressoren, Akkulturationsstress und parentale psychische Erkrankungen**

Neben traumatischen Lebensereignissen, resultierend aus Krieg und Fluchterfahrungen, stellt auch der Migrationsprozess einen herausfordernden und gesundheitsgefährdenden Prozess dar. Menschen sind vor, während und nach der Immigration hohen Anforderungen ausgesetzt und Probleme im Bereich der Akkulturation können zu psychischen Belastungen und in weiterer Folge durch stressbedingte Prozesse zu einer veränderten Aktivität der HPA-Achse und dadurch zu Depressionen führen (vgl. Haasen et al. 2007: 339). Akkulturation wird angelehnt an Han (2016: 222) als „(...) allmählicher Prozess der Einführung der Einwandererminderheiten in die Kultur der dominanten Mehrheit des Aufnahmelandes [verstanden]. In diesem Prozess werden die Angehörigen der Minderheiten von den Wertvorstellungen und Verhaltensnormen ihrer Herkunftskultur in die allgemeinen Wertvorstellungen und Symbolsysteme der Mehrheitskultur hinübergeleitet“. Migration und Akkulturation gehen demnach mit großen Veränderungen und Anforderungen für die Betroffenen einher, die sich auf die psychische Gesundheit der Eltern und in weiterer Folge auf die des Kindes auswirken können. Im Folgenden werden dazu einige Erklärungsansätze der befragten Expert\*innen zitiert.

Es könnte ein Erklärungsansatz sein, dass (...) dieses wahnsinnig traumatische Erlebnis komplett mit seinem alten Leben (...), das aufzugeben und ein komplett neues Leben anzufangen (...), dass das damit zusammenhängen kann. Das könnte sich ja dann (...) auf die Bedingungen innerhalb der Familie auswirken, inwiefern dann die Eltern mit den Kindern umgehen. Dass die Eltern dann vielleicht auch bestimmte Störungen entwickeln, die dann wieder (...) das Heranziehen von den Kindern schwieriger macht und da eben schlechte oder nicht so vorteilhafte Impulse setzen. (zit. nach E1, 00:55:09)

Da muss es auch irgendetwas geben, das, (...) jenseits von diesen Gruppen, zu tun hat mit diesem Migrationsstatus. Das kann natürlich auch sein, dass das bei sehr vielen Gruppen eine Anpassungsstörung auslöst und das auch irgendwie eine Vulnerabilität macht (...). (zit. nach E11, 00:28:15)

Wenn wir zum Beispiel auch über Migrationshintergrund reden, warum jetzt gerade bei Familien, die zum Beispiel auch frisch immigriert sind und den Akkulturationsstress ha-

ben, oder auch Asylantenfamilien, die auch sozusagen während der Schwangerschaft und in dieser frühen Zeit Stress erlebt haben, dass da die Autismushäufigkeit etwas größer ist, ist meines Erachtens eigentlich ganz gut belegt. Das heißt auf Basis einer genetischen Disposition [können] äußere Stressoren durchaus diese Expression unterstützen. (zit. nach E13, 00:13:58)

Unfreiwillige Migration impliziert, wie oben beschrieben, meist die Vertreibung von Menschen mit Gewalt bspw. aus Kriegsgebieten (vgl. Koser 2007, zit. nach Strasser 2009: 18). Ein Experte hält den Zusammenhang mit unfreiwilliger Migration und einer möglichen Depression fest, und beschreibt außerdem, wie xenophobe Haltungen der Ziel-landbevölkerung den Akkulturationsprozess erschweren und sich auf das psychische Wohlbefinden auswirken:

Das kann etwas damit zu tun haben, dass manche Leute, vor allem die, die nicht freiwillig von zu Hause weggegangen sind, vielleicht depressiv sind. (zit. nach E12, 00:49:56)

Ich denke mir, dass das eine Rolle spielt, das Fuß fassen in einer neuen Umgebung (...) und irgendwie Anschluss zu finden, das ist nicht einfach. (...) Mir fällt zum Beispiel ein, die Mutter von einer Freundin, die mir erzählt hat, [dass sie] Flüchtlinge [waren], die irgendwo aus einem deutschen Siedlungsgebiet in der Slowakei nach Österreich geflüchtet [sind], am Ende des Krieges. Sie hat gesagt, wir waren vollkommen unerwünscht. Die anderen Kinder haben nicht mit mir spielen dürfen, hat sie gesagt. Also, sie hat gesagt, es war furchtbar. Die haben Ball gespielt und sie wollte mitspielen und die haben gesagt ‚nein geh weg, weil dich brauchen wir nicht. Geh hin, wo du hergekommen bist‘. Das sind auch alles Verletzungen, die eine Rolle spielen können und die wahrscheinlich nicht nur das Kind treffen, sondern die Eltern genauso. (zit. nach E12, 00:57:20)

Ein Experte beschreibt zudem die Auswirkungen einer maternalen Depression bzw. von Schuldzuweisungen an die Mutter auf die Entwicklung des Kindes:

Es gibt ja viele depressive Mütter oder auch Mütter, die, wenn man dann ein Kind hat, das [sich] offensichtlich (...) nicht so entwickelt, die sind natürlich schuld daran und die Kulturen, die dann auch entsprechend die Schuld (...) den Müttern geben. Und sich das alles (...) dann [auf] diese ganz frühe Eltern-Kind-Synchronizität und (...) auf die Gehirnentwicklung des Kindes [auswirkt]. (zit. nach E13, 00:33:32)

Eine von verschiedenen Expert\*innen hervorgebrachte Hypothese bezieht in diesem Kontext auch soziale Exklusion durch den Verlust sozialer Netzwerke, Isolation und Vereinsamung als Risikofaktor ein:

Aber es gibt auch sehr viele Migrantenfamilien, die kommen und [haben] hier keine Bekannten und [leben] sehr isoliert. (...) Migration ist auch deshalb ein Risikofaktor, weil sie das soziale Netzwerk verlieren, das sie hinter sich lassen. (zit. nach E4, 01:00:07)

### 7.2.1.5 Perinatale Infektionen

Einen möglichen Erklärungsansatz sehen Expert\*innen in der erhöhten Wahrscheinlichkeit für Infektionen während der Schwangerschaft:

Was aber relativ klar ist (...), ist, dass Familien, die (...) noch nicht so lange in Europa sind, ein erhöhtes Risiko haben [hinsichtlich] Infektionen während der Schwangerschaft (...), Frühgeburtlichkeit (...) [und] Geburtskomplikationen. Also, dass die Häufigkeit von frühkindlichem Autismus etwas größer ist, [ist] eigentlich gut belegt. (zit. nach E13, 00:20:54)

Eine Interviewpartnerin vermutet, dass es sich dabei auch um Infektionen handeln könnte, „(...) die im Rahmen eines normalen Vorsorgeprogramms in Österreich erfasst werden würden“ (zit. nach E8, 00:25:51).

### 7.2.1.6 „Family practices“ und Konsanguinität

Morgan (2011, zit. nach Geisen 2016: 50) definiert das Konzept *family practices* folgendermaßen „[T]he importance of family life is not simply the product of bourgeoisie or patriarchal ideology (...) but arises in very complex ways out of everyday life itself. Not all of these elements will be equally important in each circumstance but the sheer weight of these influences taken together must be recognised“. Demnach ist es wichtig, die Geschichte und Biographie einer Familie zu berücksichtigen und sowohl die Ressourcen von Mehrgenerationenfamilien als auch Belastungen durch mögliche patriarchale Strukturen aufzuzeigen.

Ein Experte sieht einen möglichen Zusammenhang zwischen Migration und Autismus darin, dass in Mehrgenerationenfamilien viele Frauen die Entwicklung der Kinder beobachten und es daher bei Auffälligkeiten eher zu einer pädiatrischen Abklärung kommt.

Einerseits quasi das Matriarchat in den islamisch-stämmigen [Communities], wo sozusagen geringe Auffälligkeiten in den Großfamilien auffallen und daher zu einer Konsultation führen. (zit. nach E3, 00:54:52)

(...) dass in den türkischsprachigen Familien, die Mütter sehr eng an ihre Kinder gebunden sind und, dass ihnen Dinge auffallen, auch weil die Großfamilie eine Rolle spielt, dass die Dinge leichter auffallen als in Ein-Kind-Familien (...), der quasi Nicht-Migrationsbevölkerung. (zit. nach E3, 00:47:53)

Einige Expert\*innen beschreiben den Zusammenhang zwischen dem Alter der Väter und der Parität in diversen *family practices*, vor allem jedoch kommt der Konsanguinität als möglicher Erklärungsansatz Bedeutung zu:

Also (...) die älteren Väter, aber dann Cousin [und] Cousine, die miteinander Kinder bekommen. Keine Ahnung, ich mag da jetzt gar nicht irgendwie stigmatisierend sein. Ich kenne mich da zu wenig aus, aber ich denke mir halt doch, dass in manchen religiös geprägten patriarchalischen Gesellschaften das durchaus möglich sein könnte, dass es halt viel verwandtschaftliche Beziehungen oder Ehen gibt. (zit. nach E5, 00:27:36)

Ich (...) denke vielleicht, was (...) noch eine Rolle spielen könnte [ist], dass die türkischsprachigen oder auch arabischen oder serbischen Eltern meistens viele Kinder haben, mehrere Kinder haben, während die Österreicher ja meistens ein Kind oder zwei Kinder haben. Und deswegen (...) auch vielleicht die Chance geringer ist, ein autistisches Kind zu haben. (zit. nach E2, 00:26:29)

Erwiesenermaßen erhöht Konsanguinität das Risiko genetisch bedingter Krankheiten und wird auch von den interviewten Expert\*innen als möglicher Erklärungsansatz in Betracht gezogen:

What we know is that, for instance, in certain countries and in some populations that come from certain [...] countries and namely some Turkish and I don't know, probably also Croatia. But the many, many countries, they have still a relative high consanguinity rate, meaning that parents may be somehow connected. And so we know very well, that if there is more genetic, if the parents are sharing more genetic material, the probability (...) [of] mutation is higher. (zit. nach E7, 00:07:24)

[Ich denke], (...) dass es doch ein bisschen mehr Verwandtenehen in den türkischen Familien gibt und dass bestimmte Krankheiten, ähnlich wie zum Beispiel bei aschkenasischen Juden [erhöhtes Risiko für Erbkrankheiten, Anm. der Autorin], (...) häufiger gefunden werden. (zit. nach E3, 00:48:45)

Manchmal [sind] auch (...) die Eltern Cousinen oder Cousins, also dieser Verwandtschaftsgrad häufig in den fremdsprachigen Kulturen. (...) wir [haben] dann immer wieder konsanguine Paare (...), [von denen] dann interessanterweise nicht alle Kinder (...) autistisch [sind], aber eines von zweien, [ist] dann autistisch (...). (zit. nach E2, 00:17:53)

### 7.2.1.7 Auswirkungen sozioökonomischer Benachteiligung und sowohl institutioneller als auch struktureller Diskriminierung

„Unter dem Begriff der institutionellen Diskriminierung werden Praktiken der Herabsetzung, Benachteiligung und Ausgrenzung von sozialen Gruppen und ihnen angehörigen Personen auf der Ebene von Organisationen und der in ihnen tätigen Professionen untersucht“ (zit. nach Gomolla 2017: 134). Der theoretische Kern liegt in der Auffassung, dass die Prozesse institutioneller Diskriminierung unabhängig von persönlichen Vorurteilen, bspw. hinsichtlich Hautfarbe, Ethnizität oder Behinderungen, operieren und bestehen bleiben können (vgl. ebd.). Institutionelle und strukturelle Diskriminierung sind eng miteinander verknüpft. Unter letzterer wird „(...) die historische und sozialstrukturelle Verdichtung von Diskriminierungen verstanden (...)“ (zit. nach ebd.). Dies führt sowohl zu rassistischen Alltagshandlungen und Diskriminierungen im Wohn- und Arbeitsbereich als auch zu individuellen Gewaltdelikten (vgl. Nghi Ha 2004, zit. nach ebd.).

Eine Expertin fasst das folgendermaßen zusammen:

Sozioökonomische Faktoren, also Bildung, Einkommen, Integration in die Gesellschaft. Alles spielt eine Rolle bei der Entstehung von Krankheiten. Das sind (...) gesellschaftliche und soziale Faktoren und psychische Faktoren, [...] auch institutionelle Diskriminierung. (...) Wenn die Mütter z. B. nicht 40 Stunden arbeiten, [können] die Kinder nicht länger im Kindergarten bleiben (...), oder auch keine Nachmittagsbetreuung bekommen. Und das alles führt einfach dazu, dass die Kinder weniger, deutlich weniger soziale Möglichkeiten und weniger soziale Kontakte zu Gleichaltrigen haben als österreichische Kinder. Die institutionelle Diskriminierung und ökonomische Diskriminierung durch die Aufnahmegesellschaft, bewusst oder unbewusst, das alles spielt eine Rolle. (zit. nach E4, 00:54:57)

Ein Interviewpartner stellt einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung von immigrierten Familien und *family practices* her und zeigt auf, wie sich diese in weiter Folge als Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen entwickeln könnten:

[Viele sind] sozial benachteiligt. Es kann sein, dass viele Sachen auch bei den Familien halt totales Tabu sind, dass da viele Sachen tabuisiert sind und (...) überhaupt nicht darüber geredet (...) wird. Und, dass sie vielleicht noch andere Erziehungsstile und Traditionen pflegen. Ich bin kein Experte, aber (...) soziale Leistungen werden nicht so oft in Anspruch genommen und die gehen auch nicht so viel (...) zur Vorsorge (...). Kann auch eine Rolle spielen. Und das ist natürlich auch eine sprachliche Frage. (zit. nach E11, 00:24:22)

### 7.2.1.8 Ernährungsfaktoren

Wie bereits in Kapitel 6.4.2 beschrieben, gibt es einige Studien, die sich mit der Rolle der Ernährung im Zusammenhang mit Autismus-Spektrum-Störungen beschäftigen. Ein Experte hält diesen Zusammenhang folgendermaßen fest:

Inzwischen hat sich herausgestellt, die Ernährung spielt doch eine Rolle. Und zwar spielen offensichtlich Zusatzstoffe zu den Nahrungsmitteln eine Rolle, Konservierungsstoffe und alles Mögliche. Das ist inzwischen eindeutig nachgewiesen. (zit. nach E12, 00:17:53)

Eine Expertin verknüpft die häufige ökonomische Benachteiligung von Migrant\*innen mit dem Faktor Ernährung:

Und die Migrantenfamilien haben im Vergleich zu einheimischen [Familien] (...) ein geringeres Einkommen, (...) da kommt der Ernährungsaspekt auch einfach dazu. (zit. nach E4, 00:55:56)

Vitamin D-Mangel wird in einigen Studien als mögliche Hypothese diskutiert und von einigen Expert\*innen in den Interviews hervorgebracht, aber zum Teil auch kritisch hinterfragt, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

In islamischen Ländern, wo die Frauen verschleiert sind, wo die Sonne auch viel häufiger scheint. [Oft sind sie] so bedeckt, dass es praktisch sehr häufig [zu einem] Vitamin D-Mangel kommen kann. Die Kinder sind ja hier geboren und haben auch Vitamin D-Prophylaxe. Ob das eine befriedigende Erklärung ist, ich zweifle nicht daran (...), aber (...) die Geschichte dieser Länder hat (...) [sich ja] leider in den letzten zwei, dreihundert Jahren kaum verändert. Auch die Lage von Frauen und so weiter. Und warum (...) Vitamin D (...) Autismus [bewirkt]. Warum jetzt? Es muss immer mehr Menschen mit Autismus gegeben haben. (zit. nach E10, 00:27:37)

Ein Experte betont Mikrobiome bzw. einen gastro-intestinalen Erklärungsansatz im Zusammenhang mit Migration:

Diese Geschichte mit dem Mikrobiom. (...) Der Mensch ist ja besiedelt von (...) vielen Millionen Mikroorganismen, die alle im Darm leben. Im Zusammenhang mit Migration, sage ich, das könnte doch eine Rolle spielen und möglicherweise eine größere, als man denkt. Also, das ist ja ein relativ junges Forschungsgebiet, muss man sagen. Und es ist auch nicht so einfach zu erforschen, weil eben so viele verschiedene Keime in unserem Darm wachsen, und diese Zusammensetzung, die spielt mit Sicherheit eine Rolle. (zit. nach E12, 00:18:49)

### 7.2.1.9 Niederschwelliges Diagnostik- und Therapieangebot in sozialpädiatrischen Einrichtungen, Compliance und Clusterbildung in Communities

Ein Erklärungsansatz der von den Expert\*innen hervorgebracht wird, ist der niederschwellige Zugang zu Intervention und Behandlung:

[Dass die] leichtere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bei uns dazu führt, dass sie sagen, mein Kind ist auffällig. (...) Die gehen quasi nicht zum Schmiedl, sondern die gehen gleich zum Schmied ins Ambulatorium (...), während die anderen (...) einmal zum Kinderarzt [gehen], der vertröstet. (zit. nach E3, 00:55:20)

Einerseits wird davon ausgegangen, dass bei geringeren finanziellen Möglichkeiten lange Wartezeiten in sozialpädiatrischen Zentren akzeptiert werden müssen:

Ich sehe halt einen Riesenunterschied zu der Zeit, wo ich (...) [in einer öffentlichen Einrichtung] gearbeitet habe, wo wir extrem viele [Kinder und Jugendliche] mit Migrationshintergrund [betreut] haben, weil es halt ein kostenloses Angebot ist. (...) Jetzt in der Praxis [hat sich] (...) das Verhältnis komplett geändert (...). Aber da würde ich jetzt (...) vermuten, dass es einen relativ hohen Anteil an Migranten gibt, weil die (...) diese Wartezeit in Kauf nehmen [müssen], während die anderen, die rufen da an, hören es ist ein Jahr Wartezeit, und dann checken sie sich einen Termin irgendwo privat. (zit. nach E5, 00:12:57)

Wir haben einen (...) Großteil mit nicht-deutscher Muttersprache. (...) Kinder ohne Migrationshintergrund werden anders betreut oder es gibt da mehr finanziellen Background und die leisten sich dann eher externe Therapien. (zit. nach E9, 00:21:21)

Andererseits hält ein Interviewpartner fest, dass eine erhöhte Compliance bei Familien mit nicht-deutscher Muttersprache beobachtet werden kann:

Die Compliance, was das medizinische System betrifft, ist bei den Familien mit nicht-deutscher Muttersprache höher als bei den österreichischen Bevölkerungsanteilen. (...) Wenn der Kinderarzt sagt, ‚Ihr Kind versteht noch nicht oder zeigt nicht auf die Bilder im Alter von zwei Jahren, gehen sie mal da und dort hin‘, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie tatsächlich bei uns erscheinen, höher, als das Kind einer (...) [Familie mit deutscher Muttersprache und einem höheren sozioökonomischen Status, Anm. der Autorin]. (...) Kostenlos ist es für alle (...) und das ist natürlich etwas ganz, ganz Entscheidendes. (...) Und, [was] auch einen Einfluss haben kann, ist, dass man dann so als Ableitung ein Stück weit einen guten Ruf hat in der Bevölkerung. (...) Ich denke aber wieder, das spricht dafür, dass es einen freien Zugang gibt und, dass es etablierte, wie kann man sagen, Mutter-Kind-Pass Untersuchungen gibt und dass die dann auch ernst nehmen, was der Kinderarzt sagt. Also, dieses Statement

„Ja, Kinderarzt hat gesagt“. Aber ja, „warum sind Sie denn da, was hat denn das Kind?“ „Weiß ich eigentlich nicht genau“. Das ist mir relativ stark im Ohr. Das würde man sich ja wünschen, so eine Compliance in der Gesamtbevölkerung. (zit. nach E13, 00:35:00)

Ein Interviewpartner hält in diesem Kontext fest, dass die erhöhte Inanspruchnahme bestimmter Communities auch auf andere Faktoren rückführbar sein könnte:

Es kann auch sein, dass einige Gruppen das Gesundheitssystem mehr in Anspruch nehmen als andere, das weiß ich alles nicht. Weil man sonst keine Unterstützung hat und das System nicht versteht. Das könnte auch ein Faktor sein, oder dass man gezwungen wird, sozusagen sich ständig überall zu melden und Nachweise zu erbringen. (zit. nach E11, 00:28:37)

Weiters konstatiert der Experte eine Clusterbildung bei den Diagnosestellungen:

Es gibt sicher auch so eine Clusterbildung, dass die Leute, diese Gruppen sehr gut vernetzt sind. Also, es gibt ja so Clusterbildung beim Autismus in gewissen Bereichen, [wo] irgendwie mehr Diagnosen gestellt werden als in anderen, also auch regional. Und es kann dann sehr gut sein, dass [es] (...) Effekte gibt, [sobald] (...) einmal ein oder zwei Diagnosen gestellt werden, dass man da sehr, sehr viel spricht (...) [und es] eine Art Kettenreaktion gibt, in diesen relativ gut vernetzten kleineren Communities. (zit. nach E11, 00:29:41)

## 7.2.2 Ansatzpunkte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung

Aus einer gesundheitsfördernden Perspektive sind es, wie bereits im fünften Kapitel näher ausgeführt, verschiedene Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen können. Demnach kann der Lebensstil sowohl positive als auch negative Einflüsse auf den Gesundheitszustand haben. Soziale und physische Komponenten spielen eine wesentliche Rolle und sollten demnach in die Betrachtungsweise miteinbezogen werden. Viele Interviewpartner\*innen betonen daher bei der Frage nach möglichen Verbesserungsvorschlägen in der Gesundheitsversorgung von Migrant\*innen sowohl die Rolle der Gesellschaft als auch sozialökonomische, gesellschafts- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, die diesen zugrunde liegen.

Was die Menschen mit Migrationshintergrund betrifft und auch die Jugendlichen, die brauchen intensive Betreuung in der Familie [und] Akzeptanz in der Gesellschaft, weil die Menschen, die [einen] Migrationshintergrund haben und die Sprache nicht beherrschen, [es] sowieso sehr schwer haben, und der Autismus das noch mehr erschwert. (zit. nach E10, 00:37:53)

What worries me the most actually, is that if they are not well integrated into the system, they may fall off in the sense, that they are not receiving the appropriate and sufficient information. They may not receive the appropriate support. (zit. nach E7, 00:20:46)

Zwei Expert\*innen betonen zum einen, das Bewusstsein in der Gesellschaft über Autismus zu fördern und zum anderen, die Partizipation in dieser zu ermöglichen:

Also zunächst einmal das Bewusstsein im Land [schärfen] oder was Autismus [ist]. Da fehlt sehr viel Aufklärungsarbeit. Weil das würde die Kinder zunächst einmal an die richtige Stelle bringen [und] würde sozusagen auch die Eltern wachrütteln. (zit. nach E3, 01:02:05)

I mean, what they need is support from the society in (...) having them participating to the society, not being isolated and [to] take part (...). (zit. nach E7, 00:16:25)

Ein Interviewpartner verdeutlicht die Schwierigkeiten, die sich für immigrierte Menschen im Zuwanderungsland durch eine jahrzehntelang verfehlte Integrations- und Migrationspolitik ergeben:

Also, dass letztlich auch die Bereitschaft gefördert werden muss, sich da in der Sprache des Gastlandes fit zu machen. [Denn] man wird nicht für jeden einen simultanen Dolmetsch [zur Verfügung stellen können]. Das ist vielleicht für die tschetschenischen Familien eine wichtige Geschichte, aber man wird nicht jede Therapiestunde mit dem Simultan-Dolmetscher oder so machen können. [Es muss versucht werden], nicht mit Zwang, aber mit Angeboten, vor allem mit Incentives [zu arbeiten]. Wenn man denkt, dass die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge nicht ausreichend Deutschkurse bekommen, dass sie nicht einmal die Straßenbahnkarte bezahlt bekommen, um dorthin zu kommen. Und solche Irrsinne [sic!]. Also, ich denke, da ist ein unglaublicher Nachholbedarf in der Migrationspolitik und in der Integrationspolitik notwendig. (zit. nach E3, 01:07:51)

Eine Interviewpartnerin äußert ihre Gedanken über eine mögliche Stigmatisierung bzw. Diskreditierung bestimmter Bevölkerungsgruppen infolge migrationsspezifischer Forschungen:

Was mir schon wichtig ist [noch anzumerken], ist, dass man gern [mehr] wissen möchte [Fragestellung nach erhöhter Prävalenz von ASD bei immigrierten Menschen, Anm. der Autorin], weil sie eben irgendwie überproportional erscheint und auf der anderen Seite natürlich (...) diese (...) Stigmatisierung. Also dass man so vorsichtig sein muss, dass man nicht irgendwelche Gruppen stigmatisiert. Und sagt, die haben das mehr und die haben das weniger. [Dennoch] finde ich, muss man es frei diskutieren dürfen und diese Fragen stellen dürfen [mit dem Wissen, dass] das immer so schnell so heikel [wird], (...) weil es

eine politische Dimension bekommt. Weil da kommt dann gleich, ‚da haben wir ja nur Migranten und (...) wollen wir das überhaupt. Jetzt kosten uns die eh schon so viele Ressourcen, und da kosten sie uns auch noch so viele Ressourcen‘ und also schon auch so irgendwie das Gefühl, wenn man Unterschiede betont, (...) dann stigmatisiert man. Und dann öffnet man halt auch unbeabsichtigt solchen Diskussionen Tür und Tor. (...) Es ist klar, dass es heikel ist, aber man [muss darüber] reden können (...) und auch gesellschaftlich diskutieren, ohne dass das (...) von irgendwelchen Gruppen missbraucht oder instrumentalisiert wird, aber das ist halt immer so schwierig. Weil das ja gleich für irgendwelche Dinge benutzt wird, oft. So sehe ich das. (zit. nach E8, 00:39:24)

### 7.2.2.1 Ausbau kostenfreier Therapieplätze

Die überwiegende Mehrheit der Expert\*innen hält fest, dass es an der Basis fehlt, nämlich an ausreichenden kostenfreien Therapieplätzen:

Wir wissen oft nicht, wo wir die Leute hinschicken [sollen] und vor allem, wenn Sie halt kein Geld haben. (zit. nach E2, 00:35:19)

Mehr Therapieangebote brauchen wir. (...) Gerade in einem reichen Land wie Österreich, dass es diese Zentren noch nicht gibt, ist eigenartig [und] sehr schade. Therapiezentren brauchen wir [und] mehr Therapieangebote, die natürlich von den Versicherungsträgern [übernommen werden]. (zit. nach E4, 01:05:32)

Es gibt zu wenige Ressourcen, um eine flächendeckende Versorgung für Kinder- und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung gewährleisten zu können, wie die folgenden Zitate zeigen:

Es muss längerfristig noch mehr geben, weil es gibt noch viel, viel zu wenig Angebote. Jetzt hoffen wir, dass (...) dann irgendwie flächendeckend noch zwei, drei [Autismuszentren, Anm. der Autorin] kommen würden. (...) Also ich glaube, wir haben jetzt die Möglichkeit, für eine bestimmte Gruppe von Kindern dreimal in der Woche Therapien anzubieten, sowohl ambulant, wie als Hausbesuch. Das ist einmal ein guter Anfang. Es ist aber immer noch viel zu wenig, um jetzt wirklich eine gute Versorgung zu haben, weil wir da zu wenig Ressourcen haben. (zit. nach E9, 00:25:47)

Es ist leider sehr unbefriedigend, als Diagnostiker sage ich das, wenn die Kapazitäten erschöpft sind. Wohin schicke ich das Kind, weil ich eine Vorstellung habe, was dieses Kind braucht. Und ich kann es in keiner Weise selber oder [auch] die Institution nicht anbieten (...). Aber der größere Teil der Arbeit [nach der Diagnosestellung] ist, was machen wir jetzt? Und es gibt sehr gute Zentren in Wien, in Niederösterreich und in ganz Österreich, die überhaupt nicht ausreichen. Und ich denke, dass das, was wir anbieten können, ist,

wenn ich einmal in der Woche Ergotherapie (...) oder Logopädie (...) anbiete. Das ist einfach für einen Menschen mit, für eine Familie, mit einem autistischen Kind, auch für das betroffene Kind sehr, sehr wenig. (zit. nach E10, 00:36:00)

[I heard about] negative experiences, like they go to the doctor and receive a diagnosis and then say, ‚but well, whats next?‘ And then they are being told [that] nothing is next because we cannot do anything. Except in certain cases. So they feel that they are left alone [and] (...) they don't see the progress. (zit. nach E7, 00:19:30)

Und [es] spielt (...) eine Riesenrolle, dass (...) die meisten Kinder in Österreich die Gießkanne bekommen. Das heißt nach einer Wartezeit von eineinhalb Jahren (...) kriegen sie halt zehn Einheiten Ergotherapie genehmigt (...). Aber was tatsächlich passiert, ist erschreckend. Das wäre so, wie wenn man einem Krebskranken sagt, ‚naja, nehmen sie einmal Schmerzmittel‘ (...). (zit. nach E3, 00:42:46)

Ich würde sagen, die meisten (...) Angehörigen und alle Leute mit Diagnosen, [wenn] (...) man die fragt, ob sie zufrieden sind, sagen sie natürlich, dass das nicht der Fall ist, dass es da an sehr, sehr vielen Ecken und Enden hapert. Die typische Aussage wäre: ‚Ich muss sehr, sehr lange warten, damit irgendwas passiert, und dann passiert halt nichts‘. (zit. nach E11, 00:35:54)

### 7.2.2.2 Frühe und evidenzbasierte Diagnostik und Intervention

Weitgehender Konsens besteht hinsichtlich der Wichtigkeit einer frühen evidenzbasierten Diagnostik und Behandlung. Zwei Interviewpartner beschreiben das wie folgt:

[Es wäre wichtig,] dass eben Diagnose und Identifikation früh passiert, wenn es denn möglich ist, dass eben auch Intervention früh angeboten werden kann, weil man eben weiß, dass das einen wichtigen Beitrag dazu leistet, wie das Kind sich weiter entwickelt in der Kindheit und welche Bausteine eigentlich gelegt werden für das weitere Leben, auf denen man dann weiter aufbauen kann. (...) Man darf nicht denken ‚Diagnose und jetzt fertig, sondern Diagnose und jetzt was?‘ (zit. nach E1, 01:06:16)

Es muss Therapiezentren geben, in denen [es] zumindest [ein] ausreichendes Angebot an primär Elternschulung, an Diagnostik, an akuter Diagnostik und Therapie [gibt, und] das (...) möglichst im kritischen Alter, das heißt, dass man die schon mit zwei spätestens erfasst und dann die nächsten zwei Jahre intensiv therapiert und sie dann in ein ganz anderes Umfeld quasi entlässt und halt noch weiter arbeitet, dass sie sich noch weiter verbessern können. Und dass eben auch die Qualitätsstandards kontrolliert werden. (zit. nach E3, 01:03:10)

Ein Interviewpartner konstatiert, dass eventuell die Diagnostik, nicht jedoch die Intervention ausreichend evidenzbasiert ist:

Sehr viel in dem Bereich ist nicht evidenzbasiert. Vielleicht die Diagnostik, aber die Intervention ist immer noch ein riesengroßer, bunter Blumenstrauß, und alle machen so ein bisschen, was sie wollen. Und die Interventionsseite ist auch ganz schwach. (zit. nach E11, 00:34:47)

Diese Einschätzung teilt auch ein anderer Experte:

Momentan ist es eher so, dass quasi die ganze Population eine bestimmte Intervention bekommt, aber es ist nicht wirklich wissenschaftlich belegt, welche Interventionen vielleicht für bestimmte Subgruppen effektiver sind als für andere. (zit. nach E1, 00:03:32)

Dabei wird in den Gesprächen mit den Expert\*innen ersichtlich, dass es Mängel auf allen Ebenen gibt. Die Wartezeiten auf einen Diagnostik- und/oder Therapieplatz sind zu lange und es gibt zu wenig ausgebildetes Personal sowohl im medizinischen als auch therapeutischen Bereich:

Dann braucht es oft sehr, sehr lange bis sie irgendwie einen Termin bekommen bei einem Arzt. Es gibt zu wenig Ärzte, die sich auskennen mit dieser Problematik. Also viel mehr Schulung, auch der Ärzte oder (...). Selbst, wenn Sie das dann erkennen, okay es ist das, was kann man da tun? Also da glaub ich, ist auch noch viel Arbeit. Und dann, was Therapien betrifft, [gibt es] glaub ich viel zu wenige Leute in Österreich, die, also ich red jetzt von frühkindlichen Autisten, eine facheinschlägige Therapie[ausbildung] haben. Und wenn sie sie haben, sind sie voll auf alle Ewigkeit beziehungsweise privat. (zit. nach E2, 00:32:18)

Da ist ein gewisses Streamlining (...) erforderlich. Da braucht man auch einfach mehr Ressourcen. Ich halte ganz, ganz viel von einer guten Qualifizierung von niedergelassenen Kinderärzten [und] (...) vielleicht im zweiten Schritt auch von Allgemeinmediziner\*innen, die eben solche Entwicklungsscreenings im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen machen sollen. Ich halte ganz, ganz viel von systematischen Screenings, also nicht von einer Blickdiagnostik. Und wenn ein Kind, wie manche Kinderärzte sagen, ‚ja lässt sich viel Zeit, aber spricht noch nicht, dann ist es vermutlich Autist‘, ist das vielleicht (...) nicht ausreichend. (zit. nach E13, 00:47:35)

Weil eben nicht alle Kinderärzte fit sind auf diesem Gebiet, (...) wird viel verschleppt. Ich habe so viele Kinder kennengelernt, die erst mit zehn oder zwölf Jahren [gekommen sind], obwohl sie eine ganz klare Geschichte hatten, vor allem hochfunktionale Autisten [werden] wahnsinnig schlecht erkannt (...) in der Kinderärzte- oder Kinderpsychiater-Szene. (zit. nach E3, 00:57:55)

Ganz wichtig wäre es, Therapeut\*innen auszubilden für strukturierte Therapie. Es gibt nur eine Handvoll und das ist ein Wahnsinn, nicht? (zit. nach E3, 01:11:50)

### 7.2.2.3 Professioneller Ausbau von Dolmetsch- und transkulturellen Schulungsangeboten

Muttersprachliche Angebote (...) wären super. Das ist natürlich ein frommer Wunsch, wenn [es] schon im deutschsprachigen Bereich so wenig gibt. (zit. nach E5, 00:54:59)

Ein Interviewpartner beschreibt, wie sich Sprachbarrieren auf die Arbeit auswirken:

Mit Dolmetscher gelingt es nicht, sehr schwer. Also, es können sehr viele Missverständnisse entstehen und das erschwert die Arbeit. Das verständlich zu machen: Was heißt diese Diagnose? Welche Folgen hat das? Was benötigt das Kind? (...) Die Sprachbarriere erschwert es. Und natürlich die Akzeptanz, dass mein Kind autistisch ist, das ist wahrscheinlich international. Die Reaktion kann sehr unterschiedlich sein, dass man [das] auch für eine bestimmte Zeit verdrängt. Aber die Reaktion darauf, das braucht sehr viel Unterstützung der Familie in ihrer eigenen Sprache. Wir versuchen es, bei den Familien, die bei mir (...) sind, durch mehrere Sprachen versuche ich es selbst. Aber ich kann mir vorstellen (...), wenn nicht sehr intensiv mit der Familie in ihrer eigenen Sprache gesprochen wird, dass [es] sehr schwierig ist. Es ist sowieso eine sehr schwierige, unklare Diagnose und [das macht es schwieriger] sich ein Bild zu machen. Die Gefahr ist, das passiert auch wirklich, dass man in Google [nach]schaut und Erklärungsmodelle findet. (zit. nach E10, 00:19:02)

Eine andere Expertin hält die Auswirkungen sprachlicher Barrieren folgendermaßen fest:

Was ich mir dringend wünschen würde, wäre da die Begleitung von Familien mit Migrationshintergrund, um auf die sprachlichen Möglichkeiten besser eingehen zu können, [so dass] der Zusammenschluss zwischen Diagnostik, therapeutischem Setting und Schule vielfach besser funktionieren könnte (...). Wenn diese [sprachliche] Barriere nicht wäre, dass die Eltern ja oft schon im therapeutischen Setting nicht verstanden haben, nämlich von der Sprache ja nicht verstanden haben, worum es jetzt eigentlich geht, und das noch weniger dann in die Schule transportieren können, braucht es irgendwo Schnittstellen, wo man besser damit umgehen kann. (zit. nach E6, 00:24:23)

Eine Interviewpartnerin beschreibt, dass es die Möglichkeit des Video-Dolmetsch gibt, diese jedoch nur begrenzt einsetzbar ist:

Also, [dass] die verschiedensten Angebote auch in diversen Sprachen sicher sehr hilfreich wären. Ja, also wir haben jetzt hier einen Video-Dolmetsch, den wir machen. Manchmal eben, wobei es ganz schwierig ist mit der Übersetzung. Aber man kann nicht Therapien mit dem Video-Dolmetsch machen, weil der Video-Dolmetsch ist in einem Kammerl, das

nicht geeignet ist für Kinder und da darf man natürlich auch nichts raus und nichts rein räumen und das geht alles nicht. (zit. nach E2, 00:36:27)

Außerdem erläutert die Expertin in diesem Zusammenhang die Situation und mögliche Auswirkungen der Eltern mit Sprachbarrieren:

Oft sind sie auch sehr eingeschüchtert die Eltern. Oder ich hab den Eindruck, dass sie sich einfach nicht trauen zu sagen, dass sie ein Wort nicht verstehen. (...) Manchmal [denke ich] auch, dass man sie überschätzt. Also im Sprachverständnis. (zit. nach E2, 00:37:26)

Diesbezüglich konstatieren zwei Expert\*innen die Notwendigkeit der Schulung des medizinischen und therapeutischen Personals hinsichtlich transkultureller Kompetenzen:

Und es gibt die kulturellen Unterschiede, und mit den kulturellen Unterschieden muss man sich auseinandersetzen, wenn man mit solchen dann zu tun hat. Und das ist meines Erachtens unumgänglich, weil viele Dinge eine andere Bedeutung haben in anderen Kulturen. Also ich glaube, man muss sich (...) [den Familien] annähern, und man muss auch aufpassen. (...) Ich [habe] immer wieder erlebt, (...) [dass] die Kolleginnen gesagt haben, das sind so undankbare Eltern und jetzt haben wir uns da so bemüht. Wo man einfach solche Dinge übersehen hat. (...) [Für] den Umgang gibt's Methoden, wo ich sage, die soll man anwenden. (zit. nach E12, 01:04:06)

[Es bräuchte] viel mehr sprachliche Angebote und (...) Personal soll natürlich auch bezüglich transkultureller Kompetenzen geschult werden. Man kann nicht überall für jede Sprache für jede Therapie jemanden anstellen. Das wird schwierig sein, aber man kann (...) Personal bezüglich transkultureller Unterschiede, transkultureller Kompetenzen (...) schulen, sodass die Arbeit mit Migranten für beide Seiten, sowohl für Migranten als auch für die Fachpersonen viel befriedigender ist und viel besser funktioniert. (zit. nach E4, 01:08:00)

#### **7.2.2.4 Kultursensible Angebote zur Entlastung, Unterstützung und Beratung der Familien**

Die überwiegende Mehrheit der Expert\*innen betont die Wichtigkeit der Elternarbeit. Ein Interviewpartner beschreibt das folgendermaßen:

Also eine gute Versorgung bezieht auf jeden Fall die Eltern mit ein, aber ich denke, das ist heute eh eine Selbstverständlichkeit, also Elternberatung ist, würde ich sagen, etwas Unumgängliches. (...) dass die [Eltern] irgendwie nicht das Gefühl haben, vollkommen hilflos dazustehen und nicht zu wissen, wie sie mit dem Kind umgehen sollen. (zit. nach E12, 01:01:10)

Dabei ist die ganzheitliche Betrachtungsweise auf die Familie eine elementare Voraussetzung für eine gute Versorgung:

Die gute Versorgung macht aus, die Interdisziplinarität, dass man die Familien extrem stützt, dass man die aus ihrer Isolierung herausholt, weil es sind ja nicht nur die Kinder gefangen im Autismus, sondern die Familien isoliert und die Eltern massiv belastet. Das muss man so sagen. Diese Betrachtungsweise, das ist nicht das Problem eines einzelnen, sondern wirklich ein systemisches Problem. Es betrifft tatsächlich die ganze Familie, die Geschwisterkinder genauso. [Es braucht] eine umfassende Betreuung der gesamten Familie in der Interdisziplinarität. (zit. nach E8, 00:28:43)

Zwei Interviewpartnerinnen heben hervor, dass Unterstützungsangebote zum einen mit dem Familienalltag vereinbar und zum anderen auch aufsuchend sein sollen:

Ich denke, im Rahmen unserer Möglichkeiten ist es eine gute Versorgung, wenn wir ein therapeutisches Setting für das Kind anbieten können, wenn das mit dem Familienalltag organisierbar ist, weil eine Familie, die noch zwei, drei andere Kinder hat, die schulpflichtig sind, oder Eltern, [die] berufstätig [sind], die können nicht drei Termine in der Woche wahrnehmen. Das ist so. Man muss natürlich auch immer schauen, was schafft die Familie, was ist möglich. Und wenn (...) die Eltern Angebote haben, wo sie ihre Fragen deponieren können, wo sie Entlastungsangebote haben oder Schulungsangebote, dann sind wir da schon einmal einen großen Schritt oder einen Schritt zumindest so, dass es in Richtung optimal geht. Optimal ist es noch immer nicht. (zit. nach E9, 00:34:18)

Und es braucht meiner Ansicht nach ganz, ganz, ganz viel Angebot im Bereich Familien-coaching, also Elternarbeit, auch Geschwisterarbeit. Da gibt es auch zu wenig. Ich glaube die Eltern sind ganz, ganz wichtig. (...) [Das ist der] absolute Schlüssel, dass sie da miteinbezogen werden und dass mit den Eltern gearbeitet wird. (zit. nach E5, 00:53:00)

Die Expertin beschreibt weiterhin, wie die Arbeit, besonders bei Mehr-Kind-Familien und Familien mit einem geringen sozioökonomischen Status oder bei sprachlichen Barrieren, durch zusätzliche aufsuchende Angebote, verbessert werden könnte:

Und vielleicht bei den sozial schwachen Familien auch mehr aufsuchende Angebote, (...) weil ich mir denke, dass es oft auch ganz schwierig ist. Die können bei mir in der Beratung sitzen, und wir besprechen da schön, welche Maßnahmen, Strukturierungsmaßnahmen und (...) Visualisierungspläne (...) [usw., sie] für ihr Kind einführen sollen. (...) Und dann sind sie [zu Hause] auf engstem Raum und haben noch drei Geschwisterkinder, die herumschreien. Und das ist einfach überhaupt nicht möglich. Ich denke einfach auch auf-

suchende Arbeit oder [das Beisein der] Eltern (...) [bei den] Therapiesitzungen. Das (...) ist extrem hilfreich, weil die das halt dann einfach umsetzen können. Und selbst Eltern, die nicht so gut Deutsch sprechen, sehen einfach und kriegen mit, was du machst“ (zit. nach E5, 00:55:21).

Ein Experte betont neben einladenden Systemen auch die Wichtigkeit der Kommunikation mit den Eltern:

Einladende Systeme sind hilfreich. Familien sind mitunter schockiert oder paralysiert, [wenn] (...) dann der Kinderarzt [sagt], ‚vielleicht ist es Autismus‘ (...). Ich denke ja auch, dass diese Information nicht zu sagen, den Autismusverdacht, sondern ‚da kommt die Sprache und die sprachliche Kommunikation noch zu wenig und wir sollten (...) darauf schauen, um das Kind auch früh fördern zu können‘, dass das durchaus ein hilfreicher Zugang sein kann. (zit. nach E13, 00:50:54)

Zwei Expert\*innen konstatieren, dass zu wenig Kapazitäten vorhanden sind, um Familien adäquat betreuen zu können:

Elterntrainings denk ich gibt es theoretisch. Ich glaub Stellen, wo diese gemacht werden, gibt es wenige. (...) Wenn die Eltern nicht selbst sehr, glaub ich, firm sind und sich da was besorgen (...), also erstens engagiert sind und zweitens, glaub ich, eine gewisse intellektuelle oder auch ja finanzielle Möglichkeit haben, dann schauts schlecht aus. Also derzeit. (zit. nach E2, 00:34:05)

Die Familien brauchen eine intensive Betreuung und das ist leider sehr unbefriedigend, weil diese Intention sich keine Institution leisten kann. (zit. nach E10, 00:38:46)

In Bezug auf einen erhöhten Medienkonsum in den Familien wird die Wichtigkeit der Elternbildung und Aufklärungsarbeit und die positiven Auswirkungen auf die frühkindliche Entwicklung nach Elternberatungen verdeutlicht:

Ganz ein großes Thema [Medienkonsum, Anm. der Autorin] bei allen Familien oder bei vielen Familien. Das haben wir auch schon gehabt, wo man sagt, ‚okay keine Medien oder sehr reduzieren‘. Und dann ist das Kind auf einmal ganz anders im Kontaktverhalten. (zit. nach E9, 00:14:50)

[Übermäßiger und früher Medienkonsum] hat mit dem Bildungsgrad zu tun und nachdem der Bildungsgrad vererbt wird oder quasi mit dem sozioökonomischen Status unmittelbar in Zusammenhang steht, ist es für mich ganz klar, weil wir merken ja auch, wenn wir Auf-

klärungsarbeit betreiben, dass die Eltern zum Teil erschrecken, weil sie es wirklich nicht wissen und (...) gerade in den Migrantengemeinschaften auch oft diese Annahme herrscht, ich selber kann nicht so gut Deutsch und daher schaut das Kind deutsche Filme, aber auch englische YouTube-Videos. Und auch so diese Idee, ich tue meinem Kind etwas Gutes und das bildet. Das ist ganz oft das Motiv dieser Eltern. Die machen das ja nicht, um ihrem Kind zu schaden, [sondern] erschrecken, wenn man sie darauf aufmerksam macht, es kann ihrem Kind auch schaden, sondern sind ja irgendwie der Meinung, das ist eine gute Idee. Das transportiert einen Bildungsansatz. (zit. nach E8, 00:13:20)

Ein Interviewpartner geht dabei insbesondere auf die Situation der Mütter ein, die unterstützt werden müssten:

Aber es gibt noch sehr viel, sozusagen Isolierung, vor allem von Müttern, die also auch in der zweiten Generation noch nicht so fit sind, wie sie sein könnten oder sollten. Und dort denke ich, wäre es zunächst einmal ganz wichtig, Elternschule auch im sprachlichen Bereich anzubieten und (...) zu machen. (zit. nach E3, 01:06:51)

Generell wird die Wichtigkeit eines kultursensiblen Umgangs mit den Familien betont:

Ich denke, es geht ja immer (...) [darum], sich in die Kultur hinein zu fühlen, weil was wir als optimale Erziehung oder spielen mit einem Kind oder Förderung [betrachten], ist vielleicht für [eine] Mama aus Nigeria ganz anders. Und da einen Zugang zu finden, ohne entwertend zu sein und gegenseitig wertschätzend zu sein. Was kann ich von der Familie übernehmen und lernen und was können die von uns annehmen? (...) Das ist immer auch eine Herausforderung. (...) Man muss halt versuchen sich anzunähern und zu schauen, was passt und was passt für ihren Alltag und was braucht das Kind (...). Vielleicht ist diese Struktur, die vielleicht auch unserer Kultur näher ist, in der anderen Kultur gar nicht so, dann sind halt die Kinder bis um 11 Uhr am Abend munter und es gibt halt bestimmte Rituale nicht. (zit. nach E9, 00:37:26)

Ein Interviewpartner sieht einen kultursensiblen Umgang mit den Familien als Schlüssel einer erfolgreichen Behandlung und erkennt in diesem Bereich noch Entwicklungspotential, insbesondere in der Schulung des sozialpädagogischen oder medizinischen Fachpersonals:

Das sagen uns oft nämlich die Eltern. ‚Ja, die [Familienhelfer\*innen, Anm. der Autorin] sprechen gern mit uns, und sie helfen auch im Haushalt. Aber die haben Angst vor unseren Kindern. Die sind total unsicher mit unseren Kindern.‘ Das kann doch nicht sein. Und wir denken, dass man halt auch diese familienunterstützenden Systeme und in dem Fall

eben auch die Pädagogik oder auch die Sozialpädagogik, Familienpädagogik qualifizieren müsste im Umgang und dem Verständnis von Autismus, damit das wirklich hilfreich erlebt werden kann. Und die Eltern sind so belastet durch die großen Familien, die Wohnung, diese [Akkulturation], die Belastung speziell der Mamas, die dann diese gesamte Last und auch Schuld mitunter da zu tragen haben, dass die gar nicht emotional frei sind, in dieser Intervention dann auch entsprechend mitzumachen. Die bemühen sich sehr und möchten das tun. Aber es muss auch die Intervention (...) Freude machen mit dem Kind und dazu braucht es eine systemische Entlastung. (zit. nach E13, 00:52:27)

Der Experte führt fort:

Generell glaube ich, haben wir sehr vieles zu lernen in Österreich, obwohl gesagt wird, in der Frühförderung sind wir super familienzentriert. Wir haben ganz viel altes Modelldenken, dass junge Therapeut\*innen oder junge Frühförder\*innen, (...) sozusagen als Expert\*innen in die Familie kommen und der Familie sagen, was sie zu tun haben, wie man spielt, (...) und das wirkliche Aktivieren von Familienressourcen, in dem Sinne, ‚was haben Sie schon probiert, was denken Sie? Was macht man da in Ihrer Kultur? Was schaut das Kind gerne an und spielt es gerne?‘. Dass da noch viel zu wenig gemacht wird. (...) Da gibt es noch ganz, ganz viel Raum für Entwicklung, und wir merken, das auch der Autismustherapeut, vielleicht nach dem Early Start Denver Model [Interventionsprogramm für Kinder mit ASD, Anm. der Autorin] (...) zertifiziert zu sein, (...) nicht [impliziert], dass man die Skills hat Eltern zu empowern und Ressourcen auch zu nutzen, auch soziale Netzwerke der Familie zu stärken. Das sind Skills, die sozusagen extra noch nötig sind. (...) Aber da ist noch viel Spielraum und natürlich können wir nicht einfach unsere Modelle aus der österreichischen Kultur eins zu eins übertragen, aber dass Familie und die familiäre Interaktion im Alltag ein entscheidender Schlüssel ist, gerade bei jungen Kindern, das ist wohl völlig klar. (zit. nach E13, 00:57:00)

Der Interviewpartner berichtet außerdem von den guten Erfahrungen mit Elterngruppen und der Förderung von Empowerment und Ressourcenstärkung (vgl. E13, 00:54:43). Eine Expertin wünscht sich in diesem Kontext mehr Angebote für betroffene Familien und insbesondere für die Mütter:

Ich bemerke im Gespräch, warum [es] so besonders schwierig [ist], in der Kommunikation mit den Familien. Da würde ich gerne ein bisschen mehr Bewusstsein schaffen, dass (...) Eltern mehr Unterstützung bekommen in Form von Selbsthilfegruppen oder was man da alles installieren könnte. Dass sich da eben die unterschiedlichen Familien [oder] Teile der Familie besser austauschen könnten, das wäre eine Entlastung für manche Situationen. Mein Fokus [liegt] hauptsächlich bei den Müttern, wo ich das Gefühl habe, [dass durch] (...)

Möglichkeiten des Zusammenschlusses (...) vielleicht manches ein bisschen leichter fallen [würde]. In Familien mit Migrationshintergrund [liegt es oft in] der Rolle der Frau, dass sie das auch tragen, alles übernehmen und sich selber ganz zurückstellen [muss]. (zit. nach E6, 00:25:23)

### 7.2.2.5 Inklusion in Kindergarten und Schule

Ein Interviewpartner erklärt, dass sich durch Veränderungen in der Unterrichtspraxis auch die Anforderungen an Schüler\*innen erhöhen:

[Früher gab es den] sehr klassischen, irgendwie frontalen Unterricht, und man wusste relativ gut, was man machen soll oder nicht machen sollte. Neue Schulkonzepte (...) stellen ja viel, viel höhere Ansprüche an Schüler mit ganz komischen Schulplänen und Projektarbeit und Gruppenarbeit und ein sehr, sehr hohes Maß an Selbstständigkeit und eigener Orientierung. Es sind ein bisschen mehr kleine Universitäten heute als Schulen. Das ist für die Gruppe [der Menschen mit ASD, Anm. der Autorin] halt auch sehr, sehr schwer. Das stellt einfach Anforderungen an die Selbstorganisation, und das finde ich einfach zu optimistisch. (...) Die werden ganz einfach auffälliger, da wo sie arbeiten, in der Schule, da sie es einfach nicht hinkriegen. Und zusammen natürlich mit diesem Konzept von Inklusion was ja, darüber kann man natürlich streiten. Das ist natürlich gut, wenn es klappt. Und gut, wenn man es richtig gut macht, aber was natürlich auch passiert ist, dass (...) sehr viele Kinder und Schüler in Regelschulen gehen und [man] die Schulen, die das machen sollen, aber nicht verändert. Also, die machen keine Inklusion, die machen normalen Unterricht. Aber die Kinder gehen an diese Schulen [und] ohne dass irgendwas passiert, ist das natürlich auch schwierig. (zit. nach E10, 00:11:15)

Die Integration in Kindergarten und Schule ist ausschlaggebend für die Entwicklung des Kindes, sei es hinsichtlich der Förderung seiner motorischen, kognitiven oder sozialen Fähigkeiten. Eine Interviewpartnerin hält dazu folgendes fest:

Zentral würde ich sagen wären Kindergartenplätze bzw. Schulplätze. Aber ich glaub Schule ist noch besser [zu finden], Kindergarten glaub ich ganz, ganz schlimm. Viele Kinder die monate-, jahrelang keinen Kindergartenplatz bekommen in Wien. Wo die Eltern immer wieder anrufen, wo klar ist, sie brauchen einen Integrationskindergarten oder [eine] heilpädagogische Gruppe, aber es gibt keine. (zit. nach E2, 00:30:58)

Die befragten Expert\*innen berichten in diesem Kontext über Mängel hinsichtlich der Betreuungsstruktur und mangelndem Pflegepersonal:

Ich [würde] mir wünschen, dass zusätzliche Personen zur Verfügung gestellt werden, die nicht immer unbedingt Lehrer sein müssen. Ich denke mir, [es gibt] in dem Bereich zum Teil pflegerische Tätigkeiten zu erfüllen. Und ich finde, es darf nicht sein, dass die Schuwahl sich nach dem pflegerischen Bedürfnis zu richten hat, weil wir da einfach unterschiedliche Möglichkeiten haben. (...) [Es] muss ein Umdenken stattfinden. (...) Da braucht es einfach mehr Flexibilität und mehr Bewusstsein, dass da einfach andere Dinge außer Pädagogik auch gebraucht werden. (zit. nach E6, 00:23:06)

Weil es bei dieser (...) Betreuungsstruktur in unseren Kindergärten und Schulen mit diesen riesigen Gruppen und diesem nicht adäquaten Betreuungsschlüssel nicht [möglich ist, Kinder] zu halten (...). (zit. nach E8, 00:45:56)

Nach Anders (2013: 237) hat eine frühe institutionelle Betreuung positive Effekte für die kognitive und sprachliche Entwicklung und ist daher insbesondere für Kinder aus bildungsbenachteiligten Familien besonders wichtig. Der Besuch in einem Kindergarten bietet Möglichkeiten des sozialen Lernens und der Sprachkompetenzförderung. Erhalten die Kinder keinen Platz in einer institutionellen Betreuungsstätte wird die Care-Arbeit den Müttern überlassen, die in weiterer Folge womöglich keiner anderen Arbeit nachgehen können und in die Armut abgleiten.

[Gehen Kinder früh in den] Kindergarten, (...) lernen [sie die Sprache] (...) und werden früh auch sozialisiert (...). Und wenn man das dann nicht macht, ist die Wahrscheinlichkeit vielleicht auch noch höher, dass man irgendwie andersartig wird und wirkt. (zit. nach E11, 00:23:47)

Die [Kinder] sitzen dann zu Hause, oft haben sie auch keine Geschwister, nur die Eltern. Und meistens ist [es] dann auch die Mutter, die nicht arbeiten gehen kann, sondern die mehr oder weniger das Kind pflegen muss und mehr oder weniger allein verantwortlich ist. Meistens sind das sehr arme Familien, also finanziell sehr arme Familien. Also, findet keine Therapie statt, findet keine Gruppe statt, findet keine Entwicklungsförderung statt. Findet einfach gar nichts statt. (zit. nach 00:31:25)

### 7.2.2.6 Transition und intersektorale Kooperation

Intersektorale Kooperation ist ein wichtiger Ansatz in der Gesundheitsförderung von Kindern. Dabei arbeiten Akteur\*innen aus unterschiedlichen Sektoren auf verschiedenen Ebenen koordiniert zusammen (vgl. Bentgens 2020: 349). Einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung stellt daher die Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsträger zur Sicherstellung einer guten Versorgung dar:

Worum ich mich seit Jahren bemühe [sind] die Schnittstellen, dass nicht jeder nur seinen Schrebergarten bearbeitet. Also diese Medizin-Therapie-Pädagogik, dass das viel mehr ineinandergreifen muss. Das denke ich, macht eine gute Betreuung in dieser Kinderzeit aus. (zit. nach E8, 00:29:32)

Was es eigentlich bräuchte wäre (...) im Prinzip für alle Altersbereiche eine adäquate Begleitung. Also wenn die Kinder früh diagnostiziert werden, dann braucht es halt eine frühe Förderung. Da müsste man denen helfen, sozusagen aus dem Kindergarten dann in die Schule zu kommen [und dann] so ein Übergang von der Schule. Im Prinzip müssten die Leute irgendwie in allen ihren Lebensphasen eine adäquate Unterstützung bekommen, damit sozusagen das Risiko (...) exkludiert zu werden (...), kleiner ist. (zit. nach E11, 00:34:56)

Dabei sehen Expert\*innen durchaus noch Verbesserungspotential:

Also die beste Therapie (...) sind vielleicht vier Stunden in der Woche. Das Kind hat aber hundert Stunden Zeit, Wachzeit, die es zuhause (...) oder auch im Kindergarten verbringt. (...) Diese Trennung zwischen Therapie und Pädagogik gibt es heutzutage im Kindergarten. Dass der Therapeut dort im Kindergarten erscheinen [darf], ist vom Goodwill der Kindergartenleitung (...) [abhängig], es gibt keine gesetzliche Grundlage. (zit. nach E13, 01:00:26)

Wo wir hoffen, dass es funktioniert, aber auch sicher zu wenig Ressourcen vorhanden sind, ist die Vernetzungsarbeit mit den Kindergärten [und] mit den Schulen. (zit. nach E9, 00:35:21)

Zum einen sieht eine Interviewpartnerin eine mögliche Lösung darin, gut ausgebildete Personen anzustellen, wo medizinische und therapeutische Behandlungen von der Krankenkasse finanziert werden. Zum anderen bräuchte es ihres Erachtens ein anderes Konzept oder eine Koordinationsstelle:

Und das Schwierige, glaub ich, ist dieses langfristige Planen, weil das ja Kinder sind, die kriegen zehn Mal Block das [z. B. Logopädie oder Ergotherapie etc., Anm. der Autorin] und dann sind sie fertig, sondern über Jahre hinweg. Also, irgendwie habe ich auch den Eindruck, es gibt konzeptuell so wenig. (...) Also einen Koordinator, (...) irgendjemand, der das dann koordiniert für diese Kinder, das ist mein Eindruck, oder für diese Eltern. (zit. nach E2, 00:33:38)

Transition ist ein multidimensionaler Prozess, der mit *Übergang* übersetzt werden kann. Verstanden wird darunter die Transition von Kinder- und Jugendlichen von der Pädiatrie hin zur Erwachsenenmedizin (vgl. Meleis 2007, zit. nach Thun-Hohenstein 2016: S10). Es wird deutlich, dass es hinsichtlich des Transitionsprozesses noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt:

Ich denke, es bräuchte mehr Angebote im Erwachsenenbereich. Da gibt's fast nichts. (E5, 00:52:52)

Man weiß ja auch, dass Autismus eine lebenslange Entwicklungsstörung ist, eine Beeinträchtigung fürs Individuum darstellt. Aber ich glaube, dass viele eigentlich, sobald Personen 18 werden und unter das Erwachsenengesetz fallen, dass dann einfach vieles wegfällt und viel Versorgung wegfällt. Das eigentlich Ideale [wäre], dass die verschiedenen Systeme ineinandergreifen, zusammenarbeiten und sich so ein bisschen die Hand reichen und die Person mitnehmen auf dem Lebensweg. Ich denke, das wäre ganz wichtig. (zit. nach E1, 01:05:38)

Und ich glaub auch im Erwachsenenbereich ist ganz wenig Diagnostik oder bräuchte es noch mehr Umdenken, auch im Zugang der Erwachsenenpsychiater. Da ist es sicher [so] (...), dass die unter anderen Diagnosen firmieren, weil als Kinder wurden sie nicht diagnostiziert (...) und ich glaube schon, dass es da noch ein ganz breites Feld in der Versorgung gibt. (zit. nach E8, 00:30:56)

Und es gibt ganz wenige (...) Erwachsenenpsychiater, die etwas von Autismus verstehen und den Leuten helfen können mit ihren Schlafstörungen oder mit ihren Zwängen (...). Also ich finde (...) [da ist] noch richtig viel zu machen. (zit. nach E11, 00:37:46).

### **7.2.2.7 Integration in den Arbeitsmarkt und selbstständiges, teilbetreutes oder betreutes Wohnen**

Arbeit dient zum einen der finanziellen Unabhängigkeit. Zum anderen bietet die Integration in den Arbeitsmarkt Alltagsstrukturierung, die Möglichkeit sozialer Interaktion, das Gefühl gebraucht zu werden und sie dient der Stabilität des Selbstwertgefühls durch sinnstiftende Tätigkeiten und ist demzufolge wesentlich für die psychische Gesundheit (vgl. Brähler et al. 2002, Kieselbach und Beelmann 2006, zit. nach Sabatella und Mira 2018: 60). Es muss daher ein Fokus auf die Integration von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung in den Arbeitsmarkt gelegt werden. Die Zitate der folgenden Expert\*innen verdeutlichen diese Notwendigkeit:

Weil es letztlich gelingen muss, mehr Kinder für die Berufswelt fit zu machen. Dass acht von zehn autistischen Kindern keine Arbeit haben, ist ein Wahnsinn und gehört unbedingt geändert. (...) Das ist ja wesentlich [und] was entgeht dem Staat und vor allem, was fügt man den Familien zu. (...) Das ist ja der allergrößte Wahnsinn. Weil wir ja wissen, was es ausmacht, keine Arbeit zu haben. Die Selbstmordrate ist sehr hoch und (...) schon sehr ernst zu nehmen. (zit. nach E3, 01:04:57)

Eine Expertin beschreibt zudem, wie es möglich ist, Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung in den Arbeitsmarkt zu integrieren:

Wo wir sicher nicht gut sind, ist im Bereich dieser jugendlichen Geschichte. Also da gäbe es noch viel zu tun, und zwar [für] Jugendliche auch im Hinblick auf Berufsausbildung und mit der Schnittstelle Arbeitsmarkt, nämlich nicht nur an den beiden Enden erster Arbeitsmarkt oder Tagesheimstätte, sondern irgendwie ein Spektrum dazwischen zu schaffen, mit reduzierten Arbeitszeiten, weil nicht so belastbar, mit Unterstützung für die Firmen, die die aufnehmen, mit Unterstützung für den einzelnen Klienten oder Patienten (...). (zit. nach E8, 00:30:14)

Eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt ist nur ein Baustein, der ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Ein anderer liegt unter anderem darin, adäquate Wohnformen für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen zu finden:

(...) auch was das Wohnen im Erwachsenenalter betrifft, dass ja viele zu Hause wohnen, weil sie es nicht ganz selbstständig meistern alleine zu wohnen, aber leicht in einer Wohngruppe oder mit minimaler sozialarbeiterischer Unterstützung alleine leben könnten. Also ich glaube, da ist das Feld noch ziemlich groß, dass es da gilt zu bearbeiten in der Versorgung. Also so diese ganzheitliche Betrachtung von: Was ist relevant im Leben eines Menschen? Und da sozusagen diese Kräfte zu bündeln, nicht nur ausgerichtet auf das medizinische und therapeutische, das ist eh schon viel zu wenig. Da sind wir schon Entwicklungsland, sondern auch das andere mit hinein zu nehmen. (zit. nach E8, 00:30:14)

### **7.3 Gegenüberstellung der Ergebnisse zum bisherigen Forschungsstand**

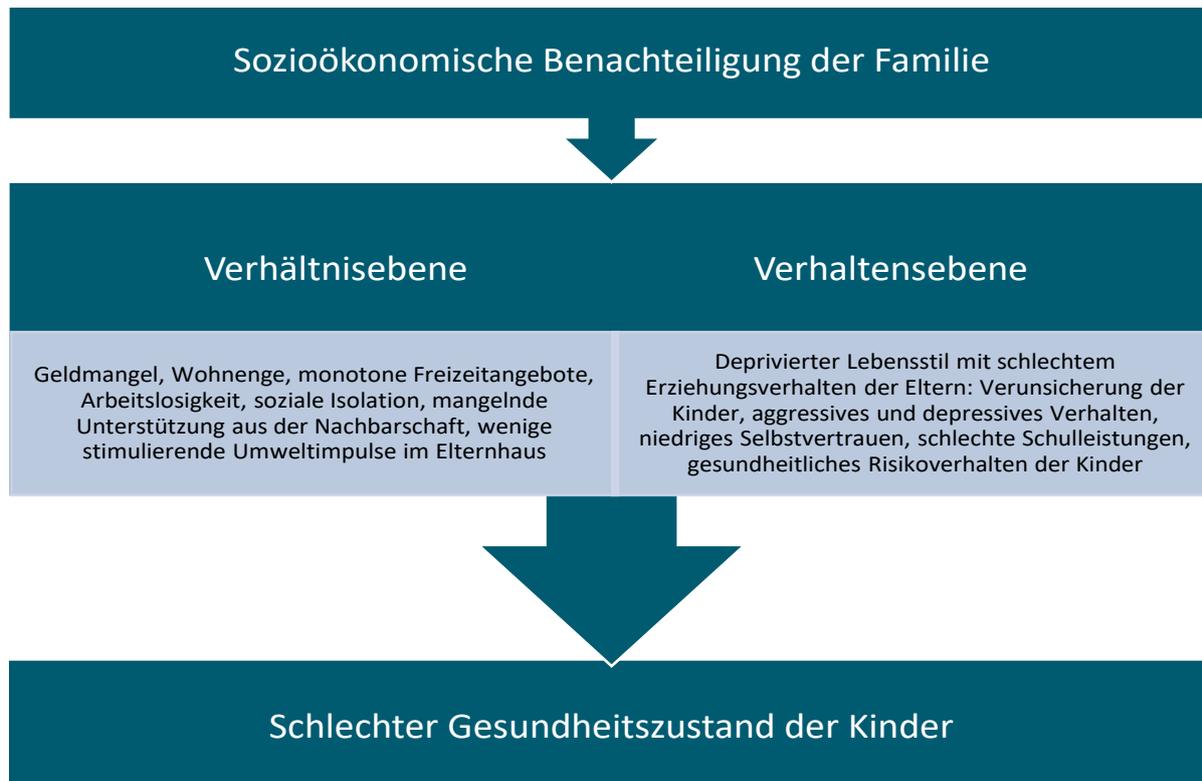
In diesem Kapitel werden die Resultate der Expert\*innenbefragung, zu Erklärungsansätzen hinsichtlich des Zusammenhangs von Migration und Autismus-Spektrum-Störungen, den Befunden aus der Literatur gegenübergestellt. Einige Studienautor\*innen vermuten, dass ein maternales Stresserleben im Zusammenhang mit Migration zu epigenetischen Veränderungen führt (vgl. Gardener et al. 2009, Keen et al. 2010, Kinney et al. 2008, Magnusson et al. 2012, zit. nach Crafa und Warfa 2015: 65). Die Ergebnisse der vorliegenden qualitativen Analyse decken sich, hinsichtlich pränataler Stressfaktoren und Akkulturationsstress als Risikofaktoren für Autismus-Spektrum-Störungen, mit jenen aus der Literatur. Nach Walder (2014, zit. nach Fairthorne et al. 2017: 7) und Fisher (2013, zit. nach ebd.) führen sowohl pränatale Stressoren als auch Stress, der mit Lebensveränderungen einhergeht, zu einer höheren Rate von Autismus-Spektrum-Störungen. Letztere Hypothese

bezieht sich auf immigrierte Frauen aus Ostafrika, die traumatischen Lebensereignissen wie Krieg oder Hungersnot, aber auch einem lang andauernden Asylstatus, ausgesetzt waren (vgl. Fisher 2013, zit. nach ebd.). In Anlehnung an Carballo und Nerukar (2001, zit. nach Abdullahi et al. 2012: 3624) kann postuliert werden, dass sich Erfahrungen wie Krieg, Trauma und Not mit chronischer Unterernährung negativ auf die maternale, neonatale und frühkindliche Entwicklung auswirken. Wie ein Interviewpartner (E13, 00:13:58) konstatierte, scheint das Risiko für Autismus am höchsten zu sein, wenn die Migration im Jahr vor der Geburt stattgefunden hat. Dies wurde in der Studie von Magnusson et al. (2012: 112) für Low Functioning Autismus bestätigt. In der Übersichtsarbeit von Kinney et al. (2008: 1530) stellen die Autor\*innen fest, dass die empirische Evidenz einer Vielzahl an Studien Anlass zu der Auffassung geben, dass pränataler Stress eine signifikante Rolle in der Ätiologie von Autismus-Spektrum-Störungen spielt. Nach Scheinost et al. (2016, zit. nach Fairthorne et al. 2017: 7) könnte ein möglicher Mechanismus in der veränderten Freisetzung von Cortisol in Stresssituationen sein, der zu Veränderungen der fetalen Umgebung führt. Bergman et al. (2010: 1026) fanden in einer Studie heraus, dass eine pränatale Exposition gegenüber Cortisol, unabhängig anderer pränataler, geburtshilflicher oder sozioökonomischer Faktoren negative Auswirkungen auf die kognitive Fähigkeit des Säuglings haben kann. Gleichzeitig stellten die Autor\*innen jedoch fest, dass die Auswirkungen von pränatalen Stressoren abhängig von der Mutter-Kind-Beziehung waren und es keine Assoziation bei Kindern gab, die zuhause eine sichere Beziehung erfuhren (vgl. ebd.). Binder (2017: 136 ff.) betont in diesem Zusammenhang auch die Rolle bereits geborener Kinder und deren neue und veränderte Anforderungen an sie im Familienverband. „(...) Die eigenen Eltern verzweifelt und hoffnungslos zu erleben“ kann sich auch traumatisierend auf die Kinder auswirken (vgl. ebd.). Maternale Stresserfahrungen oder psychiatrische Erkrankungen, die in Zusammenhang mit traumatischen Lebensereignissen wie Kriegserfahrungen stehen, wurden in den Studien von Roberts et al. (2013, zit. nach Becerra et al. 2014: e67) und Yirmiya und Shaked (2005, zit. nach ebd.) als mögliche Risikofaktoren für eine Autismus-Spektrum-Störung bei Kindern diskutiert. In der Meta-Analyse von Yirmiya und Shaked (2005: 69) verglichen die Autor\*innen in einer Meta-Analyse Eltern von normal entwickelten Kindern mit Eltern von Kindern mit anderen Diagnosen. Die Resultate waren inkonsistent, zeigten jedoch auf, dass Eltern von autistischen Kindern im Vergleich zu anderen Eltern vermehrt psychiatrische Diagnosen aufwiesen (vgl. ebd.). Zwei Interviewpartner\*innen äußern vor allem im Zusammenhang mit traumatischen Lebensereignissen und sozialer Isolation die Hypothese, dass Kinder womöglich falsch diagnostiziert wurden (E5, 00:29:13; E8, 00:24:33). Noterdaeme et al. (2001, zit. nach Kawa et al. 2016: 108) vermuteten gleichermaßen, dass die Ähnlichkeit autistischer Symptome mit anderen Störungen zu Fehldiagnosen führen könnte. Kawa et al. (zit. nach ebd.) betonen in diesem Zusammenhang auch die Rolle kultureller Faktoren: „Different cultural approaches in child education, cultural differences in defining

problematic behaviours in children (...), cultural differences in the use of non-verbal communication and social norms may mislead the decisions of a clinician“.

Ein Interviewpartner (E10, 00:22:56) sieht einen möglichen Erklärungsansatz in der parentalen Exposition gegenüber Umweltgiften und chemischen Waffen. Die Ergebnisse der Studienlandschaft über einen Zusammenhang von in der Luft befindlichen Schadstoffen und Autismus-Spektrum-Störungen sind inkonsistent. Wie in Kapitel 6.4.2 bereits erläutert wurde, haben Schwermetalle in der Umgebungsluft nach Lam et al. (2016, zit. nach Bölte et al. 2019: 1284) einen positiven und statistisch signifikanten Effekt im Zusammenhang mit Autismus dargelegt, wobei die Effekte generell klein und nicht konsistent waren. Persistente organische Schadstoffe wie DDT, PCB und PBDE stehen in einer potentiellen Assoziation mit Autismus als auch autismus-relevanten Phänotypen (vgl. Ye et al. 2017, zit. nach Bölte et al. 2019: 1284). Während des Jugoslawienkriegs wurde bspw. Uranmunition und PCB eingesetzt (vgl. Klanova et al. 2007, Carvalho und Oliveira 2013, zit. nach Lehti et al. 2013: 6). Tschetschenische Ärzt\*innen berichteten über genetische Veränderungen bei Neugeborenen, die auf die starke Umweltverschmutzung zurückzuführen sind, außerdem soll Agent Orange eingesetzt worden sein (vgl. GfbV 2006). Ob jedoch eine paternale Exposition gegenüber Agent Orange auf die Genexpression während der Spermatogenese Auswirkungen hat, ist nicht erwiesen (vgl. Hansen 2008, zit. nach Lehti et al. 2013: 6). Rossignol et al. (2014: 1 f.) vermuten, dass die Ätiologie von Autismus-Spektrum-Störungen möglicherweise eine komplexe Interaktion zwischen genetischen Faktoren und bestimmten Umweltgiften involviert. Perinatale Infektionen oder immunologische Faktoren werden in einigen Studien als mögliche Risikofaktoren diskutiert (vgl. Lauritsen et al. 2005, Barnevik-Olssen, 2008, zit. nach Kawa et al. 2016: 107 f.). Nach Becerra et al. (2014: e 68) könnte die Tatsache in einem anderen Land geboren und aufgewachsen zu sein, zu einer geringeren Immunität gegenüber den Pathogenen des Ziellandes führen. Demgegenüber konnten Haglund und Källén (2011: 180) keine Evidenzen für die Hypothese eines erhöhten Risikos von Autismus aufgrund eines Mangels an Immunität gegenüber bestimmten Infektionen während der Schwangerschaft bei Migrant\*innen, die in der zweiten Generation im Land leben, finden. In der Literatur werden konsanguine Ehen, wie auch in den Expert\*inneninterviews, als mögliche Erklärungen für eine höhere Prävalenz von Autismus-Spektrum-Störungen genannt (vgl. Kawa et al. 2016: 107, Haglund und Källén 2011: 180 f.). Die Potentiale und Ressourcen, die sich aus dem familiären Zusammenhalt ergeben, können nach Aussagen eines Interviewpartners, zu früheren ärztlichen Konsultationen führen (E3, 00:47:53, 00:54:52). In diesem Zusammenhang halten Crafa und Warfa (2015: 69) zum einen die möglichen Vorteile sozialer Communities fest, in denen Kinder aufgezogen werden. Zum anderen betonen die Autor\*innen auch die Wichtigkeit, mögliche negative Effekte soziokultureller Praktiken auf die psychische und phy-

sische Gesundheit zu erkennen. Wie in Abb. 5 dargestellt, führt die sozioökonomische Benachteiligung einer Familie erwiesenermaßen aufgrund verschiedenster Faktoren auf der Verhältnis- und Verhaltensebene, wie bspw. geringe finanzielle Möglichkeiten, soziale Isolation oder ein deprivierter Erziehungsstil zu einem schlechten Gesundheitsstatus der Kinder (vgl. Hurrelmann und Richter 2013: 75).



**Abb. 5** Auswirkungen eines geringen sozioökonomischen Status auf den Gesundheitszustand des Kindes (zit. nach Hurrelmann und Richter 2013: 75)

Hinsichtlich der ätiologischen Erklärung eines geringen sozioökonomischen Status im Kontext der Migration als Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen bietet die Literatur keine übereinstimmenden Befunde. Becerra et al. (2014: e 67) konstatieren, dass Migrant\*innen nach der Ankunft im Zielland oft in Umgebungen mit niedrigen Haushaltseinkommen in der Nachbarschaft ziehen, was zu einer sozialen Vulnerabilität führt. Rai et al. (2012: 472) fanden in einer schwedischen populationsbasierten Studie heraus, dass Kinder aus Familien mit einem niedrigen Haushaltseinkommen und Kinder von Eltern, die unqualifizierte Beschäftigungen nachgehen ein höheres Risiko für Autismus-Spektrum-Störungen haben. Eine Erklärung für diese erhöhte Prävalenz ist, dass Personen mit einer genetischen Vulnerabilität für den Broad Autism Phenotype (BAP)<sup>7</sup> zum einen

<sup>7</sup> Der BAP umfasst biologische, kognitive, emotionale, inter- und intrapersonale Charakteristika, ähnlich jenen, die das Autismus-Spektrum betreffen. Diese sind subtiler ausgeprägt und entsprechen daher nicht den formalen Kriterien eines Klassifikationssystem für die Diagnose einer ASD (vgl. Deisinger 2015: X).

eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen geringeren sozioökonomischen Status haben und zum anderen für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (vgl. ebd.: 474). Demgegenüber konnten Lehti et al. (2013: 4) ihre Hypothese zu einem erhöhten Risiko von frühkindlichem Autismus bei nicht-europäischen Eltern nur teilweise bestätigen (siehe Kapitel 7.1) und ihre Ergebnisse deuten nicht darauf hin, dass Erklärungen auf den sozioökonomischen Status der Eltern zurückzuführen sind. Verschiedene Studien zeigen auf (Dyches et al. 2004, Amri und Bemak 2013, zit. nach Kawa et al. 2016: 108), dass Migrant\*innen kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen wenig nutzen. Dies könnte nach Boon et al. (2010, zit. nach ebd.) nicht ausschließlich mit dem sozioökonomischen Status erklärt werden. Dennoch wird darauf hingewiesen, dass das Aufsuchen von Hilfe bei Autismus-Spektrum-Störungen der Kinder, durch die Bildung der Eltern beeinflusst ist (Seif Eldin 2008, zit. nach ebd.). Außerdem kann es aufgrund der Angst vor Stigmatisierung vermieden werden, Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Dyches et al. 2004, Thomas et al. 2007, zit. nach ebd.). Migrant\*innen mit Diskriminierungserfahrungen berichteten über einen signifikant schlechteren Gesundheitsstatus als jene Personen, die sich noch nie diskriminiert fühlten (vgl. Igel et al. 2010: 186). Die Autor\*innen schlussfolgern daraus, dass neben den sozioökonomischen Faktoren, der Diskriminierung als psychosoziale Belastung mehr Beachtung entgegengebracht werden sollte (vgl. ebd.: 183).

Es gibt viele Erklärungsansätze, die sich mit dem ätiologischen Zusammenhang von Ernährung oder Darmbakterien und Autismus-Spektrum-Störungen beschäftigen. Im Kontext von Migration wird in vielen Studien ein Mangel an Vitamin D als mögliche Ursache diskutiert (vgl. Keen et al. 2010: 279, Skull et al. 2003, zit. nach Fairthorne et al. 2017: 7). Jedoch halten einige Autor\*innen fest, dass es keine Evidenz für einen solchen Zusammenhang gibt (vgl. Keen et al. 2010: 279, Croen et al. 2002, Barnevik-Olssen et al. 2008, zit. nach Haglund und Källén 2011: 180). Die Hypothese eines Zusammenhangs von Darmbakterien und Autismus-Spektrum-Störungen wurde in Tiermodellen und Humanstudien untersucht (vgl. Laue et al. 2020: 1). Laue et al. (2020: 1) erforschten in einer prospektiven Studie die Assoziation zwischen Darm-Mikrobiomen in Säuglingen und Kleinkindern und autismus-ähnlichen sozialen Verhaltensweisen mit dem 3. Lebensjahr und konnten einen möglichen Zusammenhang zwischen frühkindlichen Darm-Mikrobiomen und sozialen Verhaltensweisen aufzeigen.

Ein Erklärungsansatz, der aus der qualitativen Analyse der Expert\*innenbefragung hervorging, liegt darin, dass niederschwellige Diagnostik- und Therapieangebote in sozialpädiatrischen Einrichtungen oder öffentlichen Krankenhäusern eher von Migrant\*innen oder Familien mit einem geringen sozioökonomischen Status in Anspruch genommen werden. Familien mit ausreichenden finanziellen Möglichkeiten gehen nach Aussagen der Expert\*innen eher zu Wahlärzt\*innen und -therapeut\*innen, um lange Wartezeiten zu

vermeiden (vgl. E3, 00:55:20, E5, 00:12:57, E9, 00:21:21). In der Literatur wird hingegen eher auf Schwierigkeiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund sprachlicher Barrieren, Ethnizität oder dem fehlenden Wissen darüber, wo und wie eine adäquate Hilfe in Anspruch genommen werden kann, eingegangen (vgl. Keen et al. 2010: 279, Fassert 2009, zit. nach Kawa et al. 2016: 108). Auf der einen Seite stellten Baird et al. (2006, zit. nach Keen et al. 2010: 279) und Yeargin-Allsop et al. (2003, zit. nach ebd.) fest, dass Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen von Eltern mit einem geringen Bildungsgrad kaum in lokalen Gesundheitseinrichtungen diagnostiziert wurden. Zudem können kulturelle Faktoren die Diagnosestellung beeinflussen. Unterschiedliche Ansätze in der Kindeserziehung, kulturelle Differenzen in der Beschreibung der Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, kulturelle Differenzen hinsichtlich non-verbaler Kommunikation und sozialer Normen können zu Fehldiagnosen führen (vgl. Kawa et al. 2016: 108). Auf der anderen Seite wird eine Clusterbildung von Diagnosen diskutiert (vgl. E11, 00:29:41). Fairthorne et al. (2017: 7) beschreiben, dass womöglich in gut vernetzten Communities Autismus-Diagnosen in einigen Familien wiederum andere Familien beeinflussen könnten, Kinder mit vermuteten Entwicklungsverzögerungen zu einer ärztlichen Begutachtung zu schicken, um die Kinder adäquat versorgen zu lassen. Die Ergebnisse der Studie von Mazumdar et al. (2013: 95) bestätigen diese Annahme. Die Autor\*innen konnten eine Clusterbildung von Kindern mit der Diagnose Autismus-Spektrum-Störung in einer Geburtskohorte feststellen.

## 7.4 Diskussion und Ausblick

Wie im letzten Kapitel ersichtlich wurde, gibt es viele Überschneidungen zwischen den Befunden aus der Literatur und den Ergebnissen der Expert\*innenbefragung. Eine Vielzahl an Studien erkennt einen möglichen Zusammenhang zwischen Migrationserfahrungen und Autismus-Spektrum-Störungen und zeigt eine höhere Autismusrate bzw. ein erhöhtes Risiko für Autismus bei Kindern zugewanderter Eltern auf (vgl. z. B. Lehti et al. 2013, Magnusson et al. 2012, Bolton et al. 2013). Nach Abdullahi et al. (2019: 3618) werden Kinder von immigrierten Müttern einerseits zu einem früheren Zeitpunkt diagnostiziert. Andererseits zeigen Kinder von Müttern, die in einem Niedriglohnland geboren wurden, schwerere Ausprägungen von Autismus-Spektrum-Störungen (vgl. ebd.). Die Mehrheit der Studien belegt, dass eine maternale oder parentale Herkunft aus Ländern mit einem niedrigen Human Development Index (HDI) das Risiko für ein Kind mit einer Autismus-Spektrum-Störung erhöht (vgl. Bolton et al. 2014: 337, Keen et al. 2010: 276, Magnusson et al. 2012: 112, Becerra et al. 2014: e63). In einigen Studien wird konstatiert, dass das Risiko ein Kind zu bekommen, dass mit einer Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert wird, für bestimmte Ethnizitäten oder Bevölkerungsgruppen ausgewählter Herkunftsländer oder -regionen,

wie bspw. für Mütter aus Subsahara Afrika besonders hoch sei (vgl. Haglund und Källén 2011: 163, Bolton et al. 2014: 337, Magnusson et al. 2012: 111). Demgegenüber stellen Lehti et al. (2013: 4) in ihrer Studie fest, dass sich das Risiko für Autismus bei Migrant\*innen aus Afrika oder dem Nahen Osten, dementsprechend aus Ländern mit einem niedrigeren HDI, nicht substantiell von jenen Migrant\*innen aus Regionen mit einem hohen Einkommen unterscheidet. Außerdem konnten die Autor\*innen keinen Zusammenhang zwischen Eltern aus Subsahara Afrika und einem erhöhten Risiko für frühkindlichen Autismus feststellen (vgl. ebd.). In einer schwedischen Studie haben Barnevik-Olsson et al. (2008, zit. nach Haglund und Källén 2011: 164) einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Immigration von Frauen aus Somalia und einem erhöhten Risiko für Autismus-Diagnosen bei deren Kindern festgestellt. Croen et al. (2002, zit. nach ebd.) haben hingegen in einer amerikanischen Studie kein erhöhtes Risiko im Zusammenhang mit maternaler Immigration erkennen können, allerdings im Zusammenhang mit maternaler Ethnizität. Crafa und Warfa (2015: 68) haben ebenfalls herausgefunden, dass Ethnizität ein starker Einflussfaktor ist und eine höhere Autismusrate bei Kindern von immigrierten Müttern festgestellt. Eine Ausnahme bildeten Kinder von lateinamerikanischen Müttern, die in die USA immigriert sind (vgl. Acevedo-Garcia et al. 2005, Collins und Shay 1994, Fuentes-Afflick und Lurie 1997, zit. nach ebd.). Das sogenannte *Latina oder Hispanic Paradox* wurde darauf zurückgeführt, dass es für die betroffenen Familien eine Erleichterung darstellt, von einer herausfordernden soziopolitischen Situation im Heimatland in die eng verbundenen hispanischen Communities, wie sie in den USA typisch sind, zu übersiedeln (vgl. ebd.). Eine Evidenz für das *Latina Paradox* wird von Becerra et al. unterstrichen (2014: e68), die ein erhöhtes Risiko für eine Autismus-Spektrum-Störung der Kinder bei in den USA geborenen Lateinamerikanerinnen festgestellt haben. Entgegen dieser Annahmen erkannten Nevison und Zahorodny (2019: 4729) in einer aktuellen amerikanischen Studie die größte Zunahme der Prävalenz von Autismus-Spektrum-Störungen, basierend auf dem *Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*, bei hispanischen Kindern. Diese überstieg dabei die der „white“ Prävalenz bei einem Drittel der Staaten in der Geburtskohorte von 2013 (vgl. ebd.). Zusammenfassend kann dennoch postuliert werden, dass die Studienlage darauf hindeutet, dass die Autismusrate von Kindern aus migrantischen Communities höher ist, als jene von Kindern ohne einem Migrationshintergrund (Elsabbagh et al. 2012, zit. nach Crafa 2017: 56).

Ätiologisch betrachtet liegen Autismus-Spektrum-Störungen neurobiologische und genetische Faktoren zugrunde (vgl. Kampe-Becker und Bölte 2014: 34, Lord et al. 2020: 7). Dabei kommt der Wechselwirkung mit verschiedenen Umweltfaktoren große Bedeutung zu (vgl. Kampe-Becker und Bölte 2014: 34). Traumatische Lebensereignisse, wie Krieg und Fluchterfahrungen, die Exposition gegenüber Umweltgiften, verschiedene Stressoren im Kontext von Migration, unterschiedliche soziokulturelle Faktoren, Ernährung und perinatale Infektionen wurden von den Expert\*innen, als auch in der Literatur als mög-

liche Erklärungsansätze für einen Zusammenhang zwischen Migration und Autismus-Spektrum-Störungen diskutiert. Crafa und Warfa (2015: 69) stellen die Hypothese auf, dass maternale Stressoren zu epigenetischen Veränderungen während der Schwangerschaft, und in weiterer Folge zu Autismus führen können. Dabei beziehen sich die Autor\*innen auf Prä- und Post-Migrationsstressoren, wie traumatische Erfahrungen im Herkunftsland oder Diskriminierung und Akkulturationsstressoren (vgl. Crafa 2017: 59). Stressbedingte Prozesse können zu einer veränderten Aktivität der HPA-Achse führen (vgl. Haasen et al. 2007: 339). Nach Magnusson et al. (2012: 113) könnte außerdem eine Dysregulation der HPA-Achse zu Schädigungen in der neuronalen Entwicklung führen. Außerdem werden immunologische Faktoren, Ernährungsfaktoren und insbesondere ein Vitamin D-Mangel als Erklärungsansätze in Betracht gezogen (Becerra et al. 2014: e67, Keen et al. 2010: 279). In der Literatur, wie auch in den Expert\*inneninterviews, werden konsanguine Ehen als mögliche Erklärungen für eine höhere Prävalenz von Autismus-Spektrum-Störungen bei Migrant\*innen genannt (vgl. Kawa et al. 2016: 107, Haglund und Källén 2011: 180 f.). Viele der eben angeführten Hypothesen werden kontrovers diskutiert (siehe Kapitel 7.3). Zusammengefasst wird festgehalten, dass die Ursachen von Autismus-Spektrum-Störungen äußerst heterogen sind und ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren darstellen, wobei die kausalen Faktoren in den meisten Fällen ungeklärt bleiben (vgl. Bölte et al. 2019: 1286). Weiterer Forschungsbedarf wird daher vor allem in der Ursachenforschung, mit dem Fokus des Einflusses verschiedener Umweltfaktoren auf die Ätiopathogenese von Autismus-Spektrum-Störungen, gesehen.

Neben den bereits diskutierten Erklärungsansätzen ist es gerade im Zusammenhang mit Migration von großer Bedeutung näher auf die kulturellen Faktoren einzugehen. Wie bereits eingangs erwähnt, gibt es unterschiedliche kulturelle Zugänge und Definitionen zu Gesundheit und Krankheit. Die Präsentation, Interpretation und Diagnostik von Symptomen werden durch die Kultur geprägt (vgl. Tomeny und Baker 2017: 379 f.). Außerdem beeinflussen kulturelle Faktoren sowohl ätiologische Diskurse und Prävalenzraten als auch die Prognosen und Behandlungsansätze von Autismus-Spektrum-Störungen (vgl. ebd.).

Western societies subscribe to the medical model of diagnosis, which conceptualizes psychological diagnoses, such as ASD, as individual psychobiological dysfunctions composed of deviant and maladaptive behaviors that significantly impair the individual's functioning. (...) Although the medical model focuses on a biological etiology of disorders, it is the interaction between biological and environmental factors that influences the emergence of a neurodevelopmental disorder such as ASD. Specifically, cultural differences likely greatly influence the phenotypes of ASD above and beyond any biological explanations of the disorder. (vgl. Norbury und Sparks 2013, zit. nach ebd.)

Zudem halten Mandell et al. (2005, zit. nach Fairthorne et al. 2017: 7) fest, dass kulturelle Normen und Erwartungen sich auf die Sozialisation des Kindes auswirken und sowohl Blickkontakt als auch Sprache beeinflussen und dementsprechend einen Effekt auf die Genauigkeit von Testergebnissen haben (vgl. ebd.). Es kann daher, angelehnt an Magnusson et al. (2012: 114), konstatiert werden, dass die interkulturelle Validität für Assessment Tools für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen zukünftiger Forschung bedarf. Außerdem können Sprachbarrieren und kulturelle Differenzen hinsichtlich des Gebrauchs non-verbaler Kommunikation und sozialer Normen auch zu falschen Einschätzungen und in weiterer Folge zu Fehldiagnosen seitens der Kliniker\*innen führen (vgl. Kawa et al. 2016: 108, Lehti et al. 2013: 6).

Es wurde bereits dargelegt, dass Personengruppen bestimmter Communities früher als andere Diagnosen aus dem Autismus-Spektrum erhalten. Eine höhere Prävalenzrate bei Familien mit einer Migrationsgeschichte könnte neben kulturell unterschiedlichen *family practices* (vgl. E3, 00:54:52) möglicherweise auf die Clusterbildung von Diagnosen in gut vernetzten Communities zurückzuführen sein (vgl. Fairthorne et al. 2017: 7). Daneben wird von einem Interviewpartner eine sehr gute Compliance von Migrant\*innen konstatiert (vgl. E13, 00:35:00). Das niederschwellige Angebot in sozialpädiatrischen Einrichtungen könnte hingegen auch dazu führen, dass dieses eher von zugewanderten Familien mit geringen finanziellen Möglichkeiten in Anspruch genommen wird und dies möglicherweise auch die Prävalenzrate bestimmter Bevölkerungsgruppen verzerrt (vgl. E5, 00:12:57, E9, 00:21:21). Demgegenüber wird in der Literatur in diesem Kontext vermehrt auf die geringere Inanspruchnahme der Angebote des Gesundheitssystems hingewiesen. Diese ist zum einen auf ein geringeres Bedürfnis für psychiatrische Versorgungssysteme, bestehende Stigmata und ein mangelndes Bewusstsein über die Möglichkeiten, wo Hilfe in Anspruch genommen werden kann, zurückzuführen (vgl. Fassaert et al. 2009, Bradby et al. 2009, zit. nach Magnusson et al. 2012: 114). Zum anderen könnten kulturelle Faktoren auch ein Grund dafür sein, dass die Eltern ein Verhalten des Kindes nicht als auffällig erachten und daher keine medizinische oder therapeutische Hilfe aufsuchen (vgl. Kawa et al. 2016: 108). Baird et al. (2006, zit. nach ebd.) und Yeargin-Allsop (2003, zit. nach ebd.) konstatieren, dass gerade Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen aus bildungsbenachteiligten Familien seltener in lokalen Gesundheitseinrichtungen diagnostiziert werden. Diese Faktoren könnten dazu beitragen und erklären, weshalb die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind die Diagnose Asperger-Syndrom oder High Functioning Autismus erhält, für Migrant\*innen im Vergleich zu Personen ohne einer Migrationsgeschichte geringer ist (vgl. Magnusson et al. 2012: 113, Lehti et al. 2015: 941, Haglund und Källén 2011: 163). Dies könnte wiederum implizieren, dass sowohl die Prävalenzrate von Autismus-Spektrum-Störungen unter Migrant\*innen unterschätzt wurde, als auch der Effekt von Ethnizität und Migrationsfaktoren eher unterschätzt, als über-

schätzt wurde (vgl. Keen et al. 2010: 279). Der Einfluss kultureller Faktoren auf Autismus-Diagnosen und der Zusammenhang zwischen Ethnizität und Fehldiagnosen implizieren daher ebenfalls zukünftigen Forschungsbedarf (vgl. Kawa et al. 2016: 109).

Abschließend lässt sich feststellen, dass es keine gesicherten Evidenzen zu den dargelegten Erklärungsansätzen, inwiefern Migration einen Risikofaktor für die Entstehung von Autismus-Spektrum-Störungen darstellt, gibt. Die Auswirkungen verschiedener Einflussfaktoren, wie genetischer, biologischer, kultureller oder Umweltfaktoren, und deren gegenseitige Interaktion müssen daher näher erforscht werden, bevor gesicherte Aussagen über mögliche kausale Effekte getätigt werden können. Zudem unterliegt diese Forschungsarbeit einigen methodischen Restriktionen. Ein zentraler Aspekt hinsichtlich der Limitationen dieser Forschungsarbeit liegt in der Auswahl der Inklusionskriterien. Studien, welche die ausgewählten Schlüsselwörter nicht in Abstract und Titel enthalten und nicht in den Datenbanken Pubmed oder ScienceDirect gespeichert waren, wurden nicht in die systematische Literaturrecherche aufgenommen. Dem kann entgegengehalten werden, dass durch Querlesen und unter Anwendung der *Berrypicking Methode* weitere für die Forschungsthematik relevante Literatur rezipiert wurde. Forschungsergebnisse, die vor 2010 publiziert wurden, werden unter anderem in dem Kapitel „Gegenüberstellung der Forschungsergebnisse zum bisherigen Forschungsstand“ dargestellt. Eine weitere Limitation liegt in den verschiedenen Forschungsdesigns der diskutierten Studien als auch in den Unterschieden hinsichtlich der Auswahl parentaler Kategorien oder medizinischer Klassifikationssysteme. Die Forschungsergebnisse der vorliegenden Arbeit sind daher nicht repräsentativ für migrantische Communities, die in verschiedenen Ländern leben.

## 8 Conclusio

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass eine Vielzahl an Studien von einem erhöhten Risiko für eine Autismus-Spektrum-Störung bei jenen Kindern ausgehen, deren Mütter oder beide Elternteile außerhalb Europas, Nordamerikas oder Australiens geboren wurden und immigriert sind. Die Befunde aus der Literatur und die Ergebnisse der qualitativen Analyse der Expert\*innenperspektiven zeigen unterschiedliche Erklärungsansätze auf, die von traumatischen Lebensereignissen und verschiedenen Migrationsstressoren, Fehldiagnosen, über die Rolle verschiedener Umweltfaktoren und perinatalen Infektionen, den Auswirkungen sozioökonomischer Benachteiligung und Diskriminierung, über *family practices* und Konsanguinität hin zu einer Clusterbildung der Diagnosen in bestimmten Communities reichen. Zur Unterstützung der betroffenen Familien bedarf es in erster Linie gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse von Familien mit einer Migrationsgeschichte zugeschnitten werden müssen, um sozioökonomische Benachteiligungen und damit einhergehende gesundheitliche Ungleichheit für Kinder abzuwenden. Um verschiedene Ansätze der Gesundheitsförderung umzusetzen, benötigt es Strategien einer gesundheitsorientierten Sozialpolitik (vgl. Hurrelmann und Richter 2013: 156). Altgeld und Kolip (2004: 44, zit. nach Hurrelmann und Lasser 2006: 768) unterscheiden zwei wesentliche Ausgangspunkte. Erstens, die *Herstellung von Intersektoralität*, denn Gesundheitsförderung betrifft alle Politikbereiche der Gesellschaft. Das bedeutet, der Gesundheitszustand von einzelnen Personen oder Gruppen kann nur über den Weg der Intersektoralität verbessert werden, denn nur so ist es möglich, eigene Bedürfnisse zu erkennen, Stärken wahrzunehmen und auf die Lebensumwelt einzuwirken. Der zweite Ansatz bezieht sich auf die *Basierung von Interventionsaktivitäten in sozialen Systemen*. Darunter wird verstanden, dass in verschiedenen sozialen Institutionen Umwelteinflüsse ausgeübt werden und die Gesundheitsbilanz durch die Einbeziehung der Angehörigen aktiv gestaltet werden kann (vgl. ebd.). Hornung (2010, S. 363 ff.) stellt die Maßnahmen der Gesundheitsförderung von Migrant\*innen auf einer Vier-Felder-Matrix dar, wobei die eine Dimension den Belastungsabbau versus der Ressourcenstärkung zeigt und die andere Person und Struktur gegenüberstellt. Der Autor postuliert, dass das Angebot beim Abbau individueller Belastungen zum einen auf die Bedürfnisse von Kriegs- und Folteropfern ausgelegt werden und es zum anderen niederschwellig sein muss (vgl. ebd.). Zudem fordert Hornung (vgl. ebd.), dass Angebote der Gesundheitsförderung in das Umfeld von zugewanderten Menschen gebracht werden müssen und es einer strikten Gesetzgebung bedarf, um Stigmatisierungen und Diskriminierungen von Migrant\*innen zu beseitigen. Wird nun die Ressourcenstärkung näher

beleuchtet, ist einerseits die interkulturelle Kompetenz von medizinischem Fachpersonal von Bedeutung, die durch Aus-, Fort- und Weiterbildungen gewährleistet werden soll. Auf der anderen Seite sollen Ressourcen und Eigenverantwortlichkeit der Migrant\*innen im Sinne einer *Health Literacy* gestärkt werden (vgl. ebd., Hurrelmann und Richter 2013: 227). Dies kann bspw. durch den Einsatz muttersprachlicher Informationsbroschüren erreicht werden. Andererseits auch durch den Einsatz von Mediator\*innen, die der jeweiligen Community angehören. Die Weiterbildung von Multiplikator\*innen, Sprach- und Kulturvermittler\*innen ist ein essentieller Bestandteil zur Förderung des Empowerments. Zur Stärkung der Ressourcen auf struktureller Ebene liegt nach Hornung die zentrale Botschaft in der „... (...) transkulturellen Öffnung der Dienste“ (Hornung 2010: 364). Als wesentliche Maßnahmen beschreibt der Autor die Einbeziehung mehrsprachiger Mitarbeiter\*innen, einen erleichterten Zugang für ausländische Ärzt\*innen zum Gesundheitssystem, die Integration von Dolmetschdiensten und die Vernetzung gesundheitlicher und psychosozialer Versorgungsdienste (vgl. ebd.). Gesundheitsfördernde Maßnahmen für zugewanderte Menschen sind daher nur zielführend, sofern sie Teil einer gesamt-politischen Strategie zur Verbesserung der Lebensbedingungen für Migrant\*innen sind.

Basierend auf der Tatsache, dass sich diese Arbeit vor allem mit den Herausforderungen und Stressoren im Zusammenhang mit Migration und Akkulturation beschäftigt, ist es der Autorin ein Anliegen abschließend darauf hinzuweisen, dass ausgewählte Personengruppen keinem Stigma zu unterworfen sind und die Auswertung und Diskussion der Ergebnisse nicht zu einer Diskriminierung oder Diskreditierung von Migrant\*innen beitragen darf.

## 9 Literaturverzeichnis

- Abdullahi, Ifrah, Kingsley Wong, Keely Bebbington, Raewyn Mutch, Nicholas de Klerk, Sarah Cherian, Jenny Downs, Helen Leonard & Emma J. Glasson (2019): Diagnosis of Autism Spectrum Disorder According to Maternal-Race, Ethnicity and Country of Birth: A Register-Based Study, in: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Jg. 49, Nr. 9, S. 3611–3624.
- Aderhold, Volkmar (2018): Klinische Diagnosen als soziale Konstruktionen, in: *Psychotherapie-Wissenschaft*, Jg. 8, Nr. 1, S. 25–32.
- Albrecht, Ulrich (2018): Ethnizität, in: Ulrich Albrecht & Helmut Volger (Hrsg.), *Lexikon der Internationalen Politik*, Berlin & Boston: De Gruyter, S. 125–126.
- Anders, Yvonne (2013): Stichwort: Auswirkungen frühkindlicher institutioneller Betreuung und Bildung, in: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, Jg. 16, Nr. 2, S. 237–275.
- Anhorn, Roland & Marcus Balzereit (Hrsg.) (2016): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Archibald, Mandy M., Rachel C. Ambagtsheer, Mavourneen G. Casey & Michael Lawless (2019): Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants, in: *International Journal of Qualitative Methods*, Jg. 18, S. 1–8.
- Babitsch, Birgit, Antje Ducki & Ulrike Maschewsky-Schneider (2012): Geschlecht und Gesundheit, in: Klaus Hurrelmann & Oliver Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Weinheim: Beltz Juventa, S. 639–657.
- Banaschewski, Tobias, Luise Poustka & Martin Holtmann (2011): Autismus und ADHS über die Lebensspanne. Differenzialdiagnosen oder Komorbidität, in: *Der Nervenarzt*, Jg. 82, Nr. 5, S. 573–581.
- Barker, Kristin & Tasha R. Galardi (2015): Diagnostic Domain Defense: Autism Spectrum Disorder and the DSM-5, in: *Social Problems*, Jg. 62, Nr. 1, S. 120–140.
- Baron-Cohen, Simon (2017): Editorial Perspective: Neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry, in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Jg. 58, Nr. 6, S. 744–747.
- Bartholdi, Deborah (2008): Copy number variants (CNV). Krankheitsverursachend, Risikofaktor oder bedeutungslose Normvariante?, in: *Schweizerisches Medizin-Forum*, Jg. 8, Nr. 51, S. 1007–1008.
- Bates, Maria J. (1989): The design of browsing and berrypicking techniques for the online search interface, in: *Online review*, Jg. 13, Nr. 5, S. 407–424.
- Bentgens, Caroline (2020): Intersektorale Kooperationen auf verschiedenen Steuerungsebenen in der kommunalen Gesundheitsförderung von Kindern. Eine qualitative Analyse von Expertenperspektiven, in: *Prävention und Gesundheitsförderung*, Jg. 15, Nr. 4, S. 347–353.
- Berger, Peter L. & Thomas Luckmann (2018): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*, 27. Auflage, Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.
- Bergman, Kristin, Pampa Sarkar, Vivette Glover & Thomas G. O'Connor (2010): Maternal Prenatal Cortisol and Infant Cognitive Development: Moderation by Infant-Mother Attachment, in: *Biological psychiatry*, Jg. 67, Nr. 11, S. 1026–1032.
- Becerra, Tracy A., Ondine S. von Ehrenstein, Julia E. Heck, Jorn Olsen, Onyebuchi A. Arah, Shafali S. Jeste, Michael Rodriguez & Beate Ritz (2014): Autism Spectrum Disorders and Race, Ethnicity, and Nativity: A Population-Based Study, in: *Pediatrics*, Jg. 134, Nr. 1, S. e63-e71.
- Bernard, Hans-Ulrich (2017): *Ursachen von Autismus-Spektrum-Störungen. Eine Spurensuche*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Binder, Susanne (2017): Sozialanthropologische Flüchtlingsforschung: Begriffsbestimmungen, Konzepte und theoretische Perspektiven, in: Susanne Binder & Gebhard Fartacek (Hrsg.), *Facetten von Flucht aus dem Nahen und Mittleren Osten*, Wien: Facultas, S. 123–149.
- Binder-Fritz, Christine & Anita Rieder (2014): Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischen Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 57, Nr. 9, S. 1031–1037.

- Bogner, Alexander, Beate Littig & Wolfgang Menz (2014): *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bölte, Sven, Sonya Girdler & Peter B. Marschik (2019): The contribution of environmental exposure to the etiology of autism spectrum disorder, in: *Cellular and Molecular Life Sciences*, Jg. 76, Nr. 7, S. 1275–1297.
- Bolton, Suzanne, Denise McDonald, Emma Curtis, Stephanie Kelly & Luise Gallagher (2014): Autism in a recently arrived immigrant population, in: *European Journal of Pediatrics*, Jg. 173, Nr. 3, S. 337–343.
- Braig, Johanna, Pia Schmees & Heike Eschenbeck (2020): Erfassung von Stress im Kontext von Migration und Akkulturation, in: Tobias Ringeisen, Petia Genkova & Frederick T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 1–19.
- Brubaker, Rogers, Mara Loveman & Peter Stamatov (2007): Ethnizität als Kognition, in: Rogers Brubaker (Autor), *Ethnizität ohne Gruppen*, Hamburg: Hamburger Edition, S. 96–128.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention): [https://www.cdc.gov/biomonitoring/PBDEs\\_FactSheet.html](https://www.cdc.gov/biomonitoring/PBDEs_FactSheet.html) (zugeschrieben am 29.10.2020).
- Conrad, Peter (2007): *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Crafa, Daina & Nasir Warfa (2015): Maternal migration and autism risk: Systematic analysis, in: *International Review of Psychiatry*, Jg. 27, Nr. 1, S. 64–71.
- Crafa, Diana (2017): Migration and Autism Diagnosis, in: Michael Fitzgerald & Jane Yip (Hrsg.), *Autism – Paradigms, Recent Research and Clinical Applications*, London & Rijeka: IntechOpen, S. 55–68.
- Deisinger, Julie A. & Anthony F. Rotatori (Hrsg.) (2015): *The Broad Autism Phenotype*, United Kingdom: Emerald.
- Fairthorne, Jenny, Nick de Klerk, Helen M. Leonard, Laura A. Schieve & Marshalyn Yeargin-Allsopp (2017): Maternal Race-Ethnicity, Immigrant Status, Country of Birth, and the Odds of a Child With Autism, in: *Child Neurology Open*, Jg. 4, S. 1–9.
- Feinstein, Adam (2010): *A history of autism. Conversations with the Pioneers*, Malden (u.a.): Blackwell Publishing.
- Flick, Uwe (2011): *Triangulation. Eine Einführung*, 3. aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS Springer Fachmedien.
- Fombonne, Eric (2018): Editorial: The rising prevalence of autism, in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Jg. 59, Nr. 7, S. 717–720.
- Franke, Alexa (2012): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*, 3. überarbeitete Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
- GfbV (Gesellschaft für bedrohte Völker 2006): <https://www.gfbv.de/de/news/tschetschenien-tagebuch-juni-2006-794/> (zugeschrieben am 03.11.2020).
- Goffman, Erving (2003): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, 1. Auflage, Berlin: Suhrkamp-Verlag.
- Gomolla, Mechthild (2017): Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung, in: Albert Scherr, Aladin El-Mafaalani & Gökçen Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 133–155.
- Grinker, Roy Richard (2020): Autism, „Stigma“, Disability. A Shifting Historical Terrain, in: *Current Anthropology*, Jg. 61, Suppl. 21, S. S55–S67.
- Haasen, Christian, Olga Levit, Anna Gelbert, Noushin Foroutan, Amra Norovjav, Mirweys Sinaa & Cüneyt Demiralay (2007): Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten, in: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 34, Nr. 7, S. 339–342.
- Hacking, Ian (2016): Wie wird Autismus zu Autismus, in: Netzwerk Entresol (Hrsg.), *Autismus – Zu einer klinischen und kulturellen Diagnose*, Zürich: sphères Verlag, S. 61–88.
- Haglund, Nils G. S. & Karin B. M. Källén (2011): Risk factors for autism and Asperger syndrom. Perinatal factors and migration, in: *Autism*, Jg. 15, Nr. 2, S. 163–183.
- Han, Petrus (2016): *Soziologie der Migration*, 4. unveränderte Auflage, Konstanz & München: UVK Verlagsgesellschaft.
- Heilmann, Joachim (2015): Autismus ist nicht gleich Autismus. Vom frühkindlichen Autismus zur Autismus-Spektrum-Störung (ASS), in: Joachim Heilmann, Annelinde Eggert-Schmid Noerr & Ursula Pforr (Hrsg.), *Störungsbilder – Mythos oder Realität? Psychoanalytisch-pädagogische Diskussionen zu ADHS, Asperger-Autismus und anderen Diagnosen*, Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 127–145.
- Helmchen, Hanfried (2013): Anmerkungen zur Sprache des Psychiaters und Stigmatisierung psychisch Kranker, in: *Der Nervenarzt*, Jg. 84, Nr. 3, S. 334–339.

- Hochgerner, Josef (2011): Migration ist Mobilität in der Weltgesellschaft, in: Johann Dvořák & Hermann Mückler (Hrsg.), *Stadt-Globalisierung-Migration*, Wien: Facultas Verlag, S. 161–174.
- Hornung, Rainer (2010): Prävention und Gesundheitsförderung, in: Klaus Hurrelmann, Theodor Kotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, S. 359–366.
- Hurrelmann, Klaus & Ulrich Lasser (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Klaus Hurrelmann, Ulrich Lasser & Oliver Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 4. Auflage, Weinheim & München: Juventa Verlag, S. 749–780.
- Hurrelmann, Klaus & Matthias Richter (2013): *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*, 8. überarbeitete Auflage, Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- ICD-10 (International Classification of Diseases – Tenth Revision): <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F84.-.html?sp=Sautismus> (zugriffen am 29.03.2020).
- ICD-11 (International Classification of Diseases – Eleventh Revision): <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/437815624> (zugriffen am 29.03.2020).
- Igel, Ulrike, Elmar Brähler & Gesinde Grande (2010): Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen, in: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 37, Nr. 4, S. 183–190.
- Jordan, Rita (2009): Medicalization of autism spectrum disorders: implications for services, in: *British Journal of Hospital Medicine*, Jg. 70, Nr. 3, S. 128–129.
- Kamp-Becker, Inge & Sven Bölte (2014): *Autismus*, 2. unveröffentlichte Auflage, Wien (u. a.): Böhlau-Verlag.
- Kawa, Rafal, Evald Saemundsen, Sigrídur Lóa Jónsdóttir, Annika Hellendoorn, Sanne Lemcke, Ricardo Canal-Bedia, Patricia García-Primo & Irma Moilanen (2016): European studies on prevalence and risk of autism spectrum disorders according to immigrant status – a review, in: *The European Journal of Public Health*, Jg. 27, Nr. 1, S. 101–110.
- Keen, Daphne V., Fiona D. Reid und Danilo Arnone (2010): Autism, ethnicity and maternal immigration, in: *The British Journal of Psychiatry*, Jg. 196, S. 274–281.
- Keller, Rainer (2011): *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*, 3. Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kennedy, Mark, Jana Kreppner, Nicky Knights, Robert Kumsta, Barbara Maughan, Dennis Golm, Michael Rutter, Wolff Schlotz & Edmund J. S. Sonuga-Barke (2016): Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical presentation, developmental continuities and life circumstances in the English and Romanian Adoptees study, in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Jg. 57, Nr. 10, S. 1113–1125.
- Kinney, Dennis K., Kerim M. Munir, David J. Crowley & Andrea M. Miller (2008): Prenatal stress and risk for autism, in: *Neuroscience and biobehavioral reviews*, Jg.32, Nr. 8, S.1519–1532.
- Kizilhan, Jan Ilhan (2011): Psychologie der Migration, in: Wielant Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*, 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S.55–62.
- Kleining, Gerhard (1995): Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung, in: Uwe Flick, Ernst von Kardorff, Reiner Keupp, Lutz von Rosenstiel & Stephan Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, 2. Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 12–22.
- Knipper, Michael (2015): Verstehen oder Stigmatisieren? Die Krux mit der „Kultur“ in Medizin und Public Health, in: *Public Health Forum*, Jg. 23, Nr. 2, S. 97–99.
- Kohls, Martin (2015): Sterberisiken von Migranten. Analysen zum Healthy-Migrant-Effekt nach dem Zensus 2011, in: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, Jg. 58, Nr. 6, S. 519–526.
- Kroska, Amy & Sarah K. Harkness (2008): Exploring the Role of Diagnosis in the Modified Labeling Theory of Mental Illness, in: *Social Psychology Quarterly*, Jg. 71, Nr. 2, S. 193–208.
- Kutalek, Ruth (2009): Migration und Gesundheit: Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren, in: Maria Six-Hohenbalken & Jelena Tošić (Hrsg.innen), *Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte*, Wien: Facultas Verlag, S. 302–321.
- Ladwig, Karl-Heinz (2014): Kritische Lebensereignisse, in: *Public Health Forum*, Jg. 22, Nr. 82, S. 10–12.
- Lai, Meng-Chuan, Michael V. Lombardo & Simon Baron-Cohen (2014): Autism, in: *The Lancet*, Jg. 383, Nr. 9920, S. 896–910.
- Lamnek, Siegfried (2010): *Qualitative Sozialforschung*, 5. überarbeitete Auflage, Weinheim & Basel: Beltz-Verlag.

- Laue, Hannah E., Susan A. Korrick, Emily R. Baker, Margaret R. Karagas & Juliette C. Madan (2020): Prospective association of the infant gut microbiome and microbial function with social behaviours related to autism at age 3 years, in: *Scientific Reports*, Jg. 10, S. 1–11.
- Lehti, Venla, Susanna Hinkka-Yli-Salomäki, Keely Cheslack-Postava, Mika Gissler, Alan S. Brown & Andre Sourander (2013): The risk of childhood autism among second-generation migrants in Finland: a case-control study, in: *BMC Pediatrics*, Jg. 13, S. 1–7.
- Lehti, Venla, Keely Cheslack-Postava, Mika Gissler, Susanna Hinkka-Yli-Salomäki, Alan S. Brown & Andre Sourander (2015): Parental migration and Asperger's syndrome, in: *European Child & Adolescent Psychiatry*, Jg. 24, Nr. 8, S. 941–948.
- Levoto, Jessica A. (2018): Toward a sociology of autism and neurodiversity, in: *Sociology Compass*, Nr. 12, S. 1–17.
- Lindemeier, Alexander (2015): Gibt es eine Autismus-Epidemie? in: *Neuropsychiatrie*, Jg. 29, Nr. 2, S. 93–96.
- Link, Bruce G. & Jo C. Phelan (2001): Conceptualizing Stigma, in: *Annual Review of Sociology*, Jg. 27, Nr. 1, S. 363–385.
- Lord, Catherine, Traolach S. Brugha, Tony Charman, James Cusack, Guillaume Dumas, Thomas Frazier, Emily J. H. Jones, Rebecca M. Jones, Andrew Pickles, Matthew W. State, Julie Lounds Taylor & Jeremy Veenstra-VanderWeele (2020): Autism spectrum disorder, in: *Nature Reviews Disease Primers*, Jg. 6, Nr. 5, S. 1–23
- Machleidt, Wielant & Andreas Heinz (2011): Dynamische Modelle der Migration, in: Wielant Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*, 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S.33–42.
- Magnusson, Cecilia, Dheeraj Rai, Anna Goodman, Michael Lundberg, Selma Idrizbegovic, Anna C. Svensson, Ilona Koupil, Eva Serlachius & Christina Dalman (2012): Migration and autism spectrum disorders: a population-based study, in: *The British journal of psychiatry*, Jg. 201, Nr. 2, S. 109–115.
- Magnusson, Cecilia, Michael Lundberg, Brian K. Lee, Dheeraj Rai, Håkan Karlsson, Renee Gardner, Kyriaki Kosidou, Stefan Arver & Christina Dalman (2016): Maternal vitamin D deficiency and the risk of autism spectrum disorders: population based study, in: *BJPsych open*, Jg. 2, Nr. 2, S. 170–172.
- Marik-Lebeck, Stephan (2009): Migration – Menschen in Bewegung, in: Ursula Karl-Trummer & Christoph Pammer (Hrsg.), *Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen*. Gesundheitswissenschaften, Bd. 39, Linz: Johannes Kepler Universität, S. 11–32.
- Masataka, Nobuo (2017): Implications of the idea of neurodiversity for understanding the origins of developmental disorders, in: *Physics of Life Reviews*, Jg. 20, S. 85–108.
- Mazumdar, Soumya, Alix Winter, Ka-Yuet Liu & Peter Bearman (2013): Spatial clusters of autism births and diagnosis point to contextual drivers of increased prevalence, in: *Social Science & Medicine*, Jg. 95, S. 87–96.
- Meuser, Michael & Ulrike Nagel (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: Detlef Garz & Klaus Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdt. Verlag, S. 441–471.
- Meuser, Michael & Ulrike Nagel (2009): Das ExpertInneninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage, in: Susanne Pickel, Gert Pickel, Hans-Joachim Lauth & Detlef Jahn (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 465–479.
- Meuser, Michael & Ulrike Nagel (2010): ExpertInneninterview: Zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens, in: Ruth Becker & Beate Kortendiek (Hrsg.innen), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*, 3. erweiterte und durchgesehene Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 376–379.
- Nevison, Cynthia & Walter Zahorodny (2019): Race/Ethnicity-Resolved Time Trends in United States ASD Prevalence Estimates from IDEA and ADDM, in: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Jg. 49, Nr. 12, S. 4721–4730.
- Milton, Damian (2013): „Filling in the gaps“: A micro-sociological analysis of autism, in: *Autonomy, the Critical Journal of Interdisciplinary Autism Studies*, Jg. 1, Nr. 2, S. 1–8.
- Modabbernia, Amirhossein, Eva Velthorst & Abraham Reichenberg (2017): Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses, in: *Molecular autism*, Jg. 8, Nr. 1, S. 1–16.
- NGFN (Nationales Genomforschungsnetz): [http://www.ngfn.de/index.php/genetische\\_varianten\\_.html](http://www.ngfn.de/index.php/genetische_varianten_.html) (zugegriffen am 02.10.2020).

Patel, Vikram, Shekhar Saxena, Crick Lund, Graham Thornicroft, Florence Baingana, Paul Bolton, Dan Chisholm, Pamela Y. Collins, Janice L. Cooper, Julian Eaton, Helen Herrman, Mohammad M. Herzallah, Yueqin Huang, Mark J. D. Jordans, Arthur Kleinman, Maria Elena Medina-Mora, Ellen Morgan, Unaiza Niaz, Olayinka Omigbodun, Martin Prince, Atif Rahman, Benedetto Saraceno, Bidyut K. Sarkar, Mary De Silva, Iliana Singh, Dan J. Stein, Charlene Sunkel & Jürgen Unützer (2018): The Lancet Commission on global mental health and sustainable development, in: *The Lancet*, Jg. 392, Nr. 10157, S. 1553–1598.

Poustka, Luise (2014): Kühlschrankmutter, in: Georg Theunissen, Wolfram Kulig, Vico Leuchte & Henriette Paetz (Hrsg.), *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 242.

Prior, Margot (2003): Is there an increase in the prevalence of autism spectrum disorders?, in: *Journal of Paediatrics and Child Health*, Jg. 39, Nr. 2, S. 81–82.

Pschyrembel: <https://www.pschyrembel.de/Trauma/P01KM/doc/> (zugegriffen am 23.10.2020).

Rai, Dheeraj, Glyn Lewis, Michaael Lundberg, Ricardo Araya, Anna Svensson, Christina Dalman, Peter Carpenter & Cecilia Magnusson (2012): Parental Socioeconomic Status and Risk of Offspring Autism Spectrum Disorder in a Swedish Population-Based Study, in: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Jg. 51, Nr. 5, S. 467–476.

Razum, Oliver, Jacob Spallek & Hajo Zeeb (2011): Migration und Gesundheit, in: Thomas Schott & Claudia Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*, 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 555–574.

Richardson, Sarah S., Cynthia R. Daniels, Matthew W. Gillman, Janet Golden, Rebecca Kukla, Christopher Kuzawa & Janet Rich-Edwards (2014): Don't blame the mothers, in: *Nature*, Jg. 512, Nr. 7513, S. 131–132.

Rosen, Brittany N., Brian K. Lee, Nora L. Lee, Yunwen Yang & Igor Burstyn (2015): Maternal Smoking and Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis, in *Journal of autism and developmental disorders*, Jg. 45, Nr. 6, S. 1689–1698.

Rossignol, Dan A., Stephen J. Genuis & Richard E. Frye (2014): Environmental toxicants and autism spectrum disorders: a systematic review, in: *Translational Psychiatry*, Jg. 4, Nr. 2, S. 1–23.

Rutter, Michael, Jana Kreppner, Carla Croft, Marianna Murin, Emma Colvert, Celia Beckett, Jenny Castle & Edmund Sonuga-Barke (2007): Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism, in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Jg. 48, Nr. 12, S. 1200–1207.

Sabatella, Filomena & Angeline Mirer (2018): Arbeitslosigkeit und psychische Belastung, in: Filomena Sabatella & Agnes von Wyl (Hrsg.innen): *Jugendliche im Übergang zwischen Schule und Beruf. Psychische Belastungen und Ressourcen*, Berlin: Springer-Verlag, S. 59–73.

Scheufele, Bertram (2003): *Frames – Framing – Framing-Effekt: theoretische und methodische Grundlegung des Framing-Ansatzes sowie empirische Befunde zur Nachrichtenproduktion*, 1. Auflage, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Schinardi, Alessia (2011): Autismus-Spektrum-Störung (ASS): eine Modediagnose?, in: *Schweizerisches Medizin-Forum*, Jg. 11, Nr. 35, S. 588–590.

Schmidt, Rebecca J., Daniel J. Tancredi, Paula Krakowiak, Robin L. Hansen & Sally Ozonoff (2014): Maternal Intake of Supplemental Iron and Risk of Autism Spectrum Disorder, in: *American Journal of Epidemiology*, Jg. 180, Nr. 9, S. 890–900.

Schomerus, Georg & Steffi Riedel-Heller (2020): Das Stigma psychischer Krankheit im Fokus, in: *Der Nervenarzt*, Jg. 91, Nr. 9, S. 777–778.

Shin, Hyeong-Moo, Rebecca J. Schmidt, Daniel Tancredi, Jacqueline Barkoski, Sally Ozonoff, Deborah H. Bennett & Irva Hertz Picciotto (2018): Prenatal exposure to phthalates and autism spectrum disorder in the MARBLES study, in: *Environmental Health*, Jg. 17, Nr. 1, S. 1–14.

Sieben, Anna & Jürgen Straub (2011). Migration, Kultur und Identität, in: Wielant Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*, 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 43–53.

Siefen, Rainer-Georg (2005): Psychische Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, in: Theda Borde & Matthias David (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 107–120.

Silberman, Steve (2015): *NeuroTribes: the legacy of autism and the future of neurodiversity*, New York: Avery.

Silverman, Chloe (2011): *Understanding autism: parents, doctors and the history of a disorder*, Princeton: Princeton University Press.

- Singer, Judy (2017): *NeuroDiversity. The Birth of an Idea*, o. O.: Kindle eBook.
- Strasser, Elisabeth (2009) Was ist Migration? in: Maria Six-Hohenbalken & Jelena Tošić (Hrsg.innen), *Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte*, Wien: Facultas Verlag, S. 15–28.
- The St. Petersburg-USA Orphanage Research (2009): *The Effects of Early Social-Emotional and Relationship Experience on the Development of Young Orphanage Children*, 1. Auflage, Boston (u. a.): Wiley-Blackwell.
- Thun-Hohenstein, Leonhard (2016): Transitionsmedizin. Übergang von kinder- und jugendmedizinischer in erwachsenenmedizinische Betreuung, in: *Pädiatrie & Pädologie*, Jg. 51, Nr. S1, S. 10–15.
- Tomeny, Theodore S. & Lorien K. Baker (2017): Autism Spectrum Disorder: Cultural factors, in: Amy Wenzel (Hrsg. in), *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., S. 379 f.
- Umweltbundesamt: <https://www.umweltbundesamt.at/umweltthemen/luft/luftschadstoffe/pops/pcb> (zugriffen am 29.10.2020).
- Ünlü, Can (2016): Vorwort. Der unsichtbare Autist, in: Netzwerk Entresol (Hrsg.), *Autismus – Zu einer klinischen und kulturellen Diagnose*, Zürich: sphères Verlag, S. 5–12.
- van der Ven, Els, Fabian Termorshuizen, Wijnand Laan, Emeli J. Breetvelt, Jean-Paul Selten & Jim van Os (2013): An incidence study of diagnosed autism-spectrum disorders among immigrants to the Netherlands, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 128, Nr. 1, S. 54–60.
- Weintraub, Karen (2011): Autism counts, in: *Nature*, Jg. 479, S. 22–24.
- Winett, Liana B., Alyssa B. Wulf & Lawrence Wallack (2016): Framing Strategies to Avoid Mother-Blame in Communicating the Origins of Chronic Disease, in: *American Journal of Public Health*, Jg. 106, Nr. 8, S. 1369–1373.
- Wu, Shunquan, Fuquan Wu, Yingying Ding, Jun Hou, Jingfeng Bi & Zheng Zhang (2017): Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jg. 135, Nr. 1, S. 29–41.
- Yang, Chunyan, Weiwei Zhao, Kui Deng, Vanessa Zhou, Xiaohua Zhou & Yan Hou (2017): The association between air pollutants and autism spectrum disorders, in: *Environmental Science and Pollution Research*, Jg. 24, Nr. 19, S. 15949–15958.
- Yirmiya, Nurit & Michal Shaked (2005): Psychiatric disorders in parents of children with autism: a meta-analysis, in: *Journal of child psychology and psychiatry*, Jg. 46, Nr. 1, S. 69–83.

## 10 Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADI-R	Autism Diagnostic Interview – Revised
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule
AKH	Allgemeines Krankenhaus
aOR	adjusted odds ratio
ASD	Autismus spectrum disorder
BPA	Bisphenol A
BAP	Broad Autism Phenotype
CNV	copy number variation
CDC	Center for Disease Control and Prevention
DDT	Dichlordiphenyltrichlorethan
DSM-I	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – First Edition
DSM-II	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Second Edition
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Revised Third Edition
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition
DSM-IV-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Revised Fourth Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – Text Revision
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition
EEG	Elektroenzephalographie
GBD	Global Burden Disease
HDI	Human Development Index
HPA-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
ICD-9	International Classification of Diseases – Ninth Revision
ICD-10	International Classification of Diseases – Tenth Revision
ICD-11	International Classification of Diseases – Eleventh Revision
KI	Konfidenzintervall
MEG	Magnetenzephalographie
MMR	Masern-Mumps-Röteln
MRT	Magnetresonanztomographie
MW	Mittelwert
ÖGKJ	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
OR	Odds ratio
PCB	Polychlorierte Biphenyle
PBDE	Polybromierte Diphenylether
PDD-NOS	Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified
RR	Relatives Risiko
SD	Standardabweichung
SNV	single nucleotide variants
SNP	single nucleotide polymorphism
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
VKKJ	Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche

---

# 11 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<b>Abb. 1:</b> Triangulationsmodell .....	8
<b>Abb. 2:</b> Stressfaktoren im Kontext von Migration und Akkulturation .....	25
<b>Abb. 3</b> Soziale und biologische Determinanten der neuronalen Entwicklung .....	27
<b>Abb. 4:</b> Anstiegskurve der Diagnosen .....	30
<b>Abb. 5</b> Auswirkungen eines geringen sozioökonomischen Status auf den Gesundheitszustand des Kindes .....	77
<b>Abb. 6:</b> Umweltrisikofaktoren für die Entstehung von Autismus-Spektrum-Störungen .....	94
<b>Abb. 7:</b> Heuristische Studie · Häufigkeitsverteilung der Erstsprache der Eltern.....	101
<b>Abb. 8:</b> Heuristische Studie · Erstsprachen der Eltern .....	102
<b>Abb. 9:</b> Heuristische Studie · Häufigkeitsverteilung der Diagnosen .....	102
<b>Tab. 1</b> Den Inklusionskriterien entsprechende Studien.....	38
<b>Tab. 2:</b> Den Inklusionskriterien entsprechende Systematische Reviews.....	46

# 12 Anhang

## 12.1 Umweltrisikofaktoren für Autismus-Spektrum-Störungen

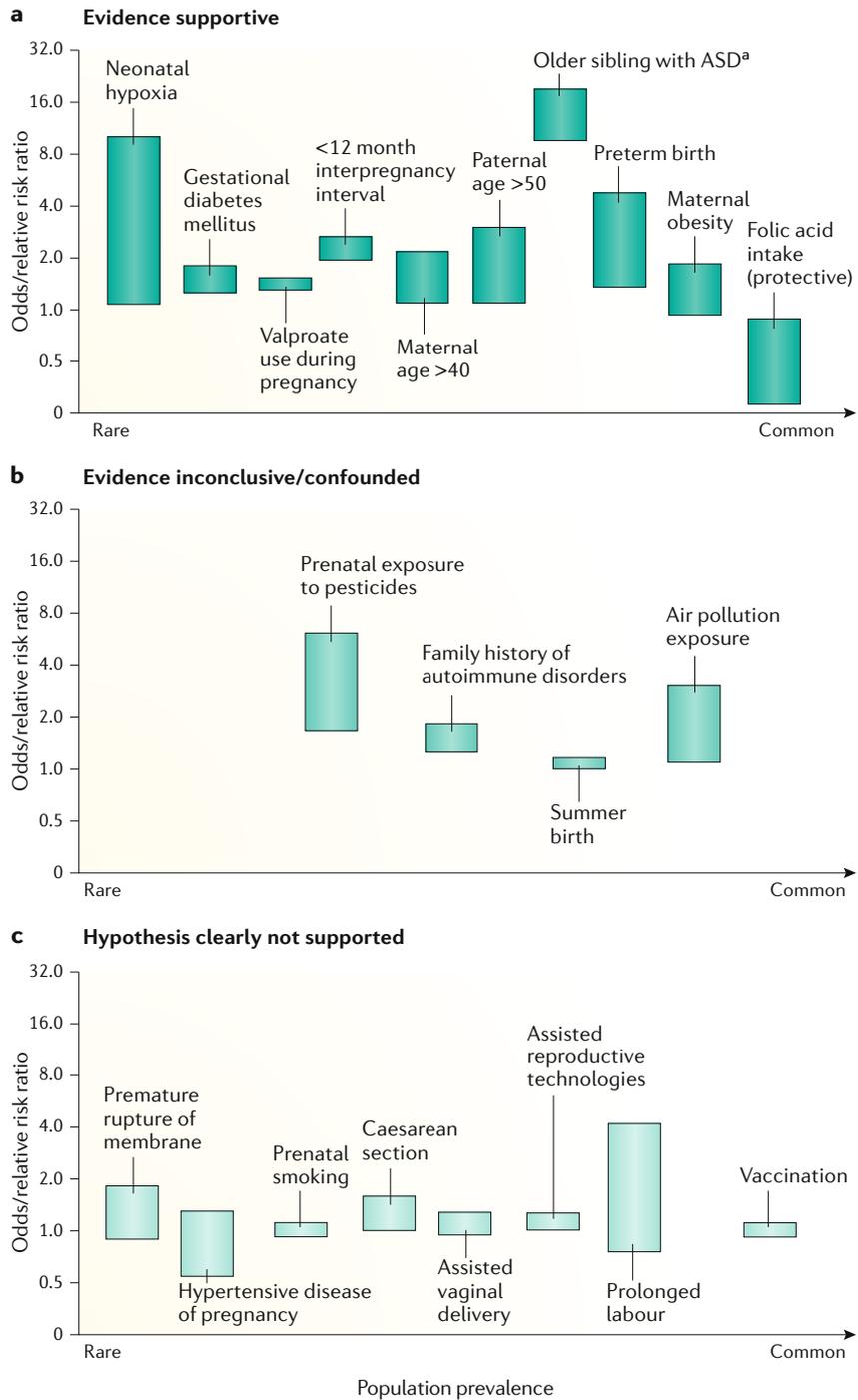


Abb. 6: Umweltrisikofaktoren für die Entstehung von Autismus-Spektrum-Störungen (zit. nach Lord et al. 2020: 5)

## 12.2 Hintergrundinformationen zu den Expert\*innen

### Türkan Akkaya-Kalayci

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Systemische Familientherapeutin, Aufbau und Leitung der Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen im Kindes- und Jugendalter (AKH Wien)

Konzipierung, Entwicklung des Curriculums und Leitung des Universitätslehrgangs „Transkulturelle Medizin und Diversity Care“

### Ali Asisi

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde (Neuropädiatrie), Leitung des Zentrums für Entwicklungsförderung, 1220 Wien, Lieblgasse

### Sven Bölte

Ordinarius für kinder- und jugendpsychiatrische Wissenschaft am Karolinska Institut und klinischer Psychologe an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychiatrieforschung in Stockholm (Schweden)

Direktor des Center of Neurodevelopmental Disorders („KIND“), Herausgeber der Zeitschriften AUTISM, Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychology and Psychiatry, und Mitherausgeber des Journal of Autism and Developmental Disorders

### Friedrich Brandstetter

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde (Neuropädiatrie), Engagement in den Arbeitsgruppen Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie Neuropädiatrie in der ÖGKJ und der European Academy of Childhood Disability

ehemaliger ärztlicher Leiter des Zentrums für Entwicklungsförderung, 1220 Wien, Langobardenstraße

### Sonja Gobara

Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde (Neuropädiatrie), Ärztin für psychotherapeutische Medizin

Aufbau des Autismuszentrums Sonnenschein, Leitung des Ambulatoriums und Autismuszentrums Sonnenschein (St. Pölten)

### Kathrin Hippler

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Lehrbeauftragte

Aufbau der Ambulanz für Autismus-Spektrum-Störungen an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde am AKH Wien, EU-Projekt „Autism Competence Exchange“, dzt. tätig in freier Praxis (Wien)

**Daniel Holzinger**

Klinischer Linguist, Leitung des Zentrums für Kommunikation und Sprache der Neurologisch linguistischen Ambulanz des Konventhospitals der Barmherzigen Brüder (Linz)

**Elisabeth Jencio-Stricker**

Sonderpädagogin, ehemalige Leiterin des Zentrums für Inklusion und Sonderpädagogik, 1100 Wien, Hebbelplatz

Aufbau und Leitung des Kompetenzzentrums für SchülerInnen im Autismus-Spektrum (Wien)

**Barbara Mally**

Klinische- und Gesundheitspsychologin, fachliche Leitung des Autismus-Therapie-zentrums der VKKJ im Ambulatorium Sonnwendviertel (Wien)

**Gaia Novarino**

Biologin, Leiterin der Forschungsgruppe Genetische und molekulare Grundlagen neurologischer Entwicklungsstörungen am Institute for Science and Technology (IST Austria)

**Susanne Ohmann**

Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Verhaltens-therapeutin, Dissertation an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des AKH Wien  
tätig an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des AKH Wien mit dem Schwerpunkt der Diagnostik von Kleinkindern mit Autismus-Spektrum-Störungen

**Christian Popow**

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, jahrelange Tätigkeit an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des AKH Wien, Obmann des Vereins „Politische Kindermedizin“  
tätig im Landeskrankenhaus Mauer und in einer Ordination (Wien)

**Julian Tillmann**

Psychologe, Postdoktorand, wissenschaftlicher Mitarbeiter bei dem Projekt EU-Aims (European Autism Interventions – A Multicentre Study for Developing New Medications)

## 12.3 Interviewleitfaden

Thema	
<b>Begrüßung</b>	Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für das Interview nehmen. Da Sie ein/e Expert*in in diesem Feld sind, würde ich gerne mit Ihnen über Autismus-Spektrum-Störungen sprechen. Falls Fragen unklar sind, zögern Sie bitte nicht nachzufragen.
<b>Vorstellung</b>	Ich studiere Soziologie an der Universität Wien. Wie bereits angekündigt, möchte ich mich im Zuge meiner Masterarbeit mit der Frage auseinandersetzen, ob Migration einen Risikofaktor für Autismus-Spektrum-Störungen (ASD) darstellt.
<b>Offene Fragen</b>	Sind noch Fragen offengeblieben?
<b>Tonaufzeichnung</b>	Das Interview wird mit dem Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert (und anonymisiert). [Tonbandaufzeichnung nach Absprache beginnen]

Thema	Hauptfragen	Nachfragen
<b>Gesprächseinstieg</b>	Sie sind _____ bei/in _____. Erzählen Sie doch bitte, was Ihr Aufgabenbereich ist? Erzählen Sie bitte kurz über Ihren Werdegang.	Erzählen Sie bitte von aktuellen Forschungsvorhaben zum Thema ASD.
<b>Zunehmende Prävalenz von ASD</b>	Wie deuten Sie die zunehmende Prävalenz von ASD?	Worauf ist die steigende Prävalenz von ASD Ihres Erachtens zurückzuführen? Wie würden Sie gesellschaftliche Veränderungen mit der Zunahme autistischer Diagnosestellungen in Zusammenhang zu bringen? Warum werden die Diagnosen Asperger-Syndrom, frühkindlicher und atypischer Autismus in den neuen Versionen des DSM (V) und ICD (11) durch die Diagnose ASD ersetzt? Wie sinnvoll erscheint Ihnen die Erweiterung der Diagnosekriterien?
<b>Ätiologie</b>	Die Ursachen von ASD werden in der Literatur aus verschiedenen Perspektiven diskutiert. Erklären Sie bitte die Ätiologie bzw. Ätiopathogenese von ASD.	Neurobiologische und genetische Ursachen der Krankheitsentstehung bestimmen den Diskurs. Wie beurteilen Sie psychische und soziale Aspekte der Krankheitsentstehung?
<b>ASD bei Kindern aus Familien mit einer Migrationsgeschichte</b>	Im Ambulatorium und Autismuszentrum Sonnenschein zeigte sich in einer heuristischen Studie, dass über 50% der im Behandlungszeitraum von Jänner bis Dezember 2019 mit ASD diagnostizierten Kinder und Jugendlichen mindestens einen Elternteil haben, dessen Erstsprache nicht Deutsch ist. Wie deuten Sie diesen Prozentsatz?	Wenn Sie an Ihre Forschungsteilnehmer*innen denken, beobachten Sie eine ähnliche Häufigkeitsverteilung? Wie würden Sie die Häufigkeitsverteilung in Ihrer Institution einschätzen? Haben sie ähnliche Beobachtungen auch in früheren/anderen Arbeitsstellen oder in der Ordination/Arztpraxis gemacht? Was bedeutet das für Ihre Arbeit?

<b>Erklärungsmodelle für die Hypothese von Migration als Risikofaktor für ASD</b>	<p>Verschiedene Studien<sup>8</sup> deuten darauf hin, dass ein elterlicher Migrationshintergrund und/oder Ethnizität ein möglicher Risikofaktor für ASD sind, doch die Ergebnisse der Studien sind inkonsistent.</p> <p>Wie würden Sie das beurteilen? Was wären Ihre Erklärungen für den möglichen Zusammenhang?</p>	<p>Eine Ausnahme bilden Familien aus Lateinamerika, die in die USA immigriert sind („Hispanic/Latina Paradox“). Sind eng verbundene Communities, wie sie für Lateinamerikaner*innen in den USA typisch sind ein förderndes Potential bzw. umgekehrt gefragt, kann soziale Exklusion ein begünstigender Faktor für die Entstehung von ASD sein?</p>
<b>Versorgungslandschaft</b>	<p>Was macht für Sie eine gute Versorgung für Menschen mit ASD aus?</p>	<p>Was könnte (insbesondere in der Behandlung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer Migrationsgeschichte) verbessert werden?</p>
<b>Empfehlung Interviewpartner*innen</b>	<p>Wen würden Sie mir als weitere Interviewpartner*innen empfehlen?</p>	<p>Können Sie mir jemanden empfehlen, der eine andere Position vertritt als Sie?</p>
<b>Erzählgenerierende abschließende Frage</b>	<p>Welche Themen, die noch nicht erwähnt wurden, sind Ihnen noch wichtig zu besprechen?</p>	

8 vgl. Hultman et al. 2002, Gillberg und Gillberg 1996; Maimburg und Vaeth 2006, Williams et al. 2008, zit. nach Haglund und Källén 2011: 164; Keen et al. 2010, Magnusson et al. 2012, Abdullahi 2019; Barnevik-Olsson et al. 2008, zit. nach Haglund und Källén 2011: 164, Croen et al. 2002; Crafa und Warfa 2015: 68.

## 12.4 Einverständniserklärung zum Expert\*inneninterview



### Einverständniserklärung

#### zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Sehr geehrte/r Interviewteilnehmer/in,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklären, an dem Interview für die Masterarbeit zum Thema *Migration und Autismus* teilzunehmen. Das Thema der Masterarbeit wurde bereits am Institut für Soziologie der Universität Wien eingereicht und wird von Priv.-Doz. Dr. Karl Krajcic betreut.

Die Prävalenz von Autismus-Spektrum-Störungen ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Neben dieser Entwicklung stehen die Ätiologie bzw. die Ätiopathogenese im Zentrum zahlreicher wissenschaftlicher Forschungen. Die Masterarbeit erläutert unterschiedliche Paradigmen des aktuellen Diskurses und diskutiert, ob Migration einen möglichen Risikofaktor für Autismus darstellt.

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und auszugsweise transkribiert. Die Forscherin verpflichtet sich mit den anvertrauten Daten und Informationen sorgfältig umzugehen und sie vertraulich zu behandeln. Die Weitergabe der Daten an Dritte sowie das Speichern auf für andere Personen zugängliche Datenträger sind untersagt.

Ich bitte Sie um die Erlaubnis, einzelne Textpassagen aus dem Interview in meiner Masterarbeit und daraus resultierenden Publikationen zitieren zu dürfen. Bitte kreuzen Sie nachfolgend an, unter welchen Bedingungen Sie einer Zitation zustimmen:

Ich bin damit einverstanden, dass ich mit meinem Namen zitiert werde.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass ich zitiert werde, sofern keine Rückschlüsse auf meine Person zu ziehen sind (Daten werden anonymisiert).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass ich zitiert werde, sofern mein Name pseudonymisiert wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit einer E-Mail an [kathrin.morasek@gmx.at](mailto:kathrin.morasek@gmx.at) widerrufen kann.

Ich habe diese Einverständniserklärung gelesen, verstanden und eine Kopie davon erhalten. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und zurzeit keine weiteren Fragen. Mit meiner datierten Unterschrift gebe ich hiermit freiwillig mein Einverständnis zum Interview.

---

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin

---

Datum und Unterschrift

*Kathrin Morasek*

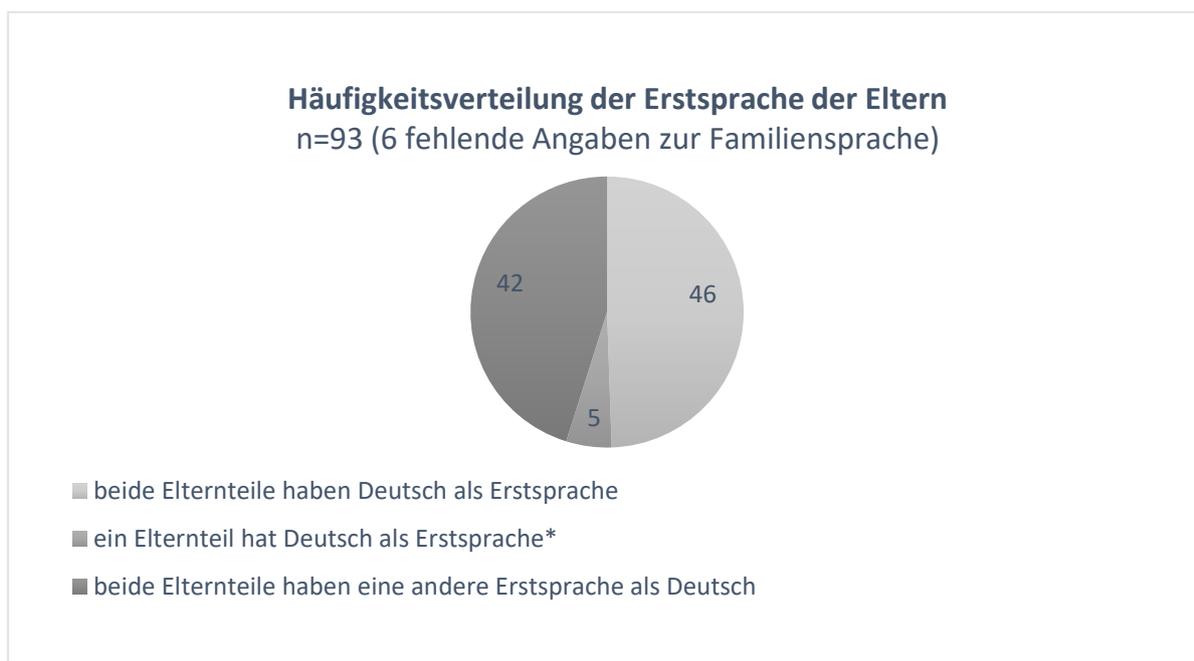
Name der Forscherin

---

Datum und Unterschrift

## 12.5 Überblick über die Ergebnisse der heuristischen Studie

Retrospektive Analyse der ärztlichen Notizen und Befunde der Erstuntersuchungen aller Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren, die im Behandlungszeitraum von 01.01.2019 bis 31.12.2019, nach ADOS<sup>9</sup> und ADI-R<sup>10</sup> diagnostiziert wurden und eine Diagnose nach ICD-10 im Autismus-Spektrum erhalten haben oder bereits vor dieser Zeitspanne eine Diagnose im Autismus-Spektrum (nach ADOS und ADI-R diagnostiziert) erhalten haben und ein Therapieangebot oder eine ärztliche Untersuchung in Anspruch genommen haben.



**Abb. 7:** Heuristische Studie · Häufigkeitsverteilung der Erstsprache der Eltern

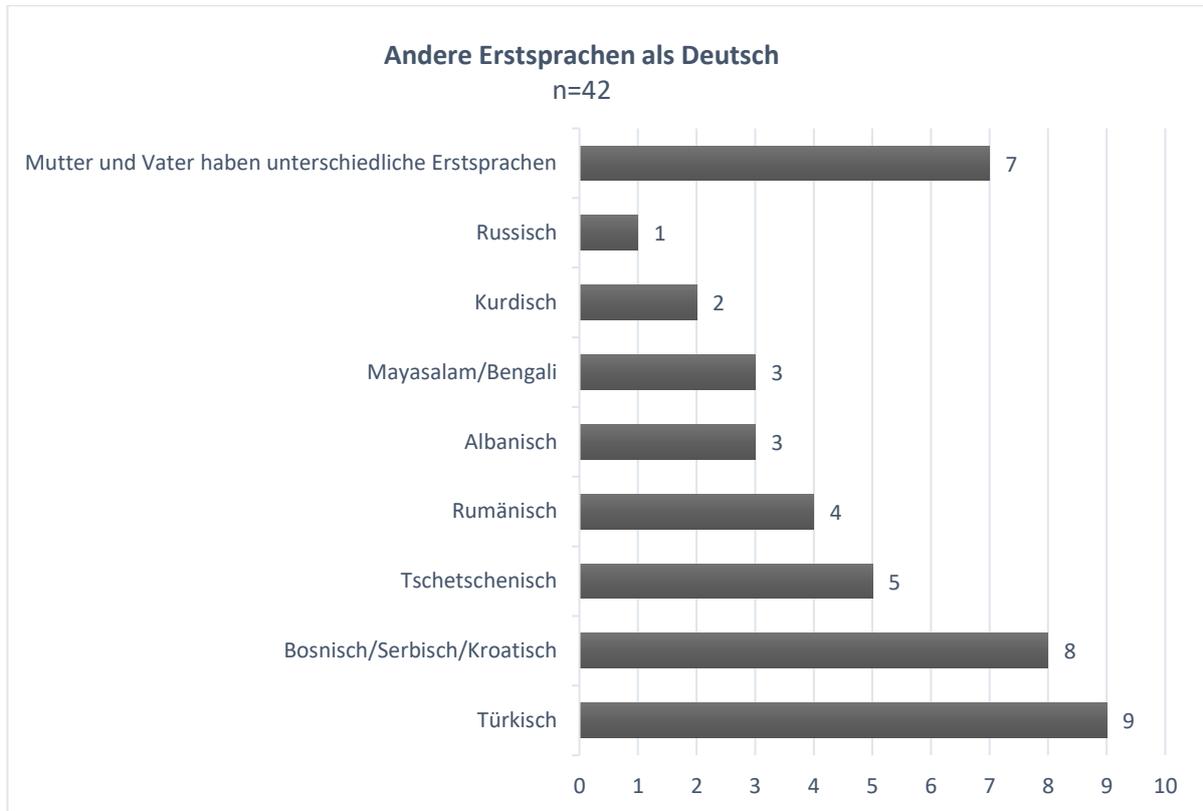
\* in folgenden Kombinationen:

maternale Erstsprache	paternale Erstsprache
Deutsch	Arabisch
Urdu	Deutsch
Russisch	Deutsch
Russisch oder Ukrainisch	Deutsch
Deutsch	Hindi

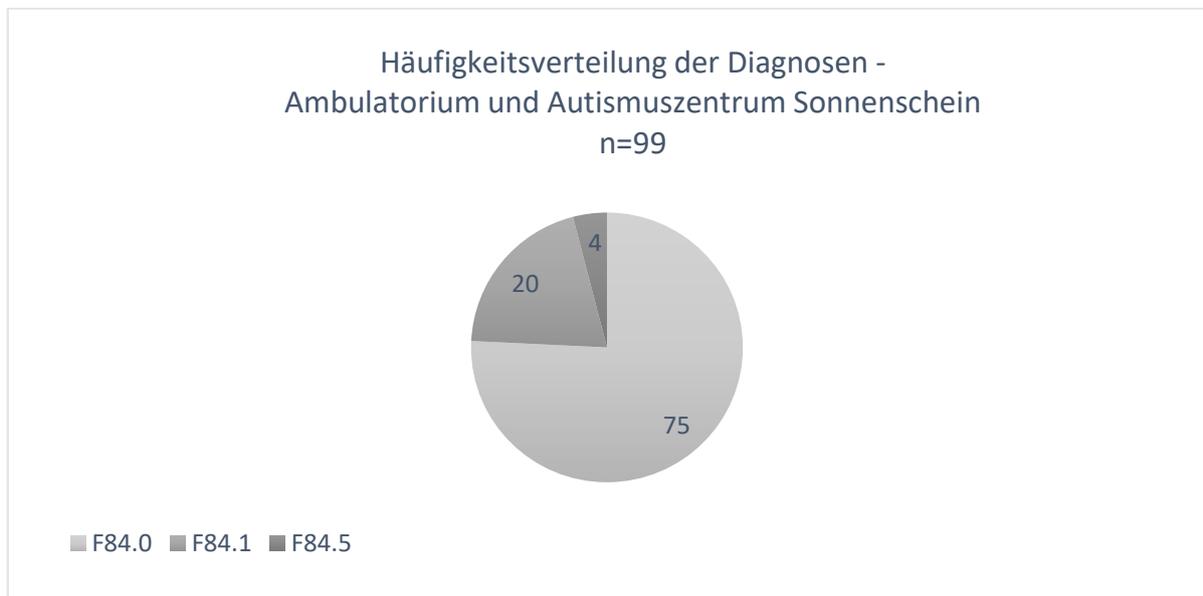
<sup>9</sup> ADOS ist eine Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen.

<sup>10</sup> ADI-R ist die Abkürzung für Autism Diagnostic Interview – Revised, ADOS und ADI-R gelten als Goldstandard der strukturierten Diagnostik (vgl. Kamp-Becker und Bölte 2011: 63).

Haben die Eltern eine andere Erstsprache als Deutsch, zeigen sich folgende Häufigkeiten:



**Abb. 8:** Heuristische Studie · Erstsprachen der Eltern



**Abb. 9:** Heuristische Studie · Häufigkeitsverteilung der Diagnosen