


publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

Kurzfassung der evidenz- und konsensbasierten Leitlinie (S3)  
AWMF-Registernummer 028-020

**Störungen des Sozialverhaltens:  
Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung**

**Herausgebende AWMF-Fachgesellschaft:**

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Beteiligte Fachgesellschaften und Verbände**

- BAG** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
- BKJ** Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten e.V.
- BKJPP** Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
- BVKJ** Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V.
- BVVP** Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
- DGKJ** Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
- DGKJP** Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- DGPs** Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie
- DGSF** Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie
- DVJJ** Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.
- SGKJPP** Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- VAKJP** Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

**Steuerungsgruppe:**


Prof. Dr. Dr. Christina Stadler  
Prof. Dr. Tobias Banaschewski  
Prof. Dr. Jörg M. Fegert  
Prof. Dr. Manfred Döpfner  
PD Dr. Anja Görtz-Dorten  
Prof. Dr. Paul Plener (ab 2016)

**Weitere Beteiligte:**

Dr. Marc Allroggen (DGKJP), Dr. Alexander Häge (DGKJP), Dr. Thea Dr. Rau (DGKJP), Dr. Filip Caby (DGSF)


**Koordinatorin der Leitlinie:**

Prof. Dr. Dr. Christina Stadler


publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>II. Empfehlungen mit Schlüsselfragen</b> .....	<b>6</b>
1. EMPFEHLUNGEN ZUR KOMMUNIKATION, MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTS-SICHERUNG UND KOORDINATION VON BEHANDLUNGSANGEBOTEN.....	6
2. EMPFEHLUNGEN ZUR DIAGNOSTIK .....	10
2.1. Erste Abklärung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens .....	11
2.2. Ausführliche diagnostische Untersuchung .....	12
3. EMPFEHLUNGEN ZUR BEHANDLUNGSINDIKATION UND ZUM BEHANDLUNGSSETTING.....	14
3.1. Empfohlene Maßnahmen zu Therapiebeginn .....	14
3.2. Empfehlung ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung.....	16
3.3. Empfehlung teilstationäre und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung .....	16
3.4. Empfehlung kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische aufsuchende Behandlungsformen und Empfehlungen zur stationären Jugendhilfe .....	18
4. EMPFEHLUNGEN ZU ELTERN- UND FAMILIENZENTRIERTEN INTERVENTIONEN (elternzentriert und eltern-kindzentrierte Interventionen).....	19
4.1. Empfehlungen zur Indikation für elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Interventionen ...	19
4.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiemethoden .....	20
5. EMPFEHLUNGEN FÜR PATIENTENZENTRIERTE INTERVENTIONEN .....	22
5.1. Empfehlungen zur Indikation für patientenzentrierte Interventionen .....	22
5.2. Empfehlungen zum Therapieformat/Intensität und Therapiemethoden .....	23
6. EMPFEHLUNGEN ZU KINDERTAGESSTÄTTEN- UND SCHULZENTRIERTEN INTERVENTIONEN	25
6.1 Empfehlungen zur Indikation präventiver Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen...	25
6.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiestrategien.....	26
7. EMPFEHLUNGEN ZU MULTIMODALEN INTERVENTIONEN .....	27
7.1. Empfehlungen zur Indikation für multimodale Interventionen .....	27
7.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiemethoden .....	28
8. EMPFEHLUNGEN ZU PHARMAKOLOGISCHEN INTERVENTIONEN .....	29
8.1. Empfehlungen zur Indikation pharmakologischer Interventionen.....	29
8.2. Empfehlungen zur Notfallmedikation.....	32
9. EMPFEHLUNG ZUR DEESKALATION UND ZUM EINSATZ VON ZWANGSMASSNAHMEN BEI AKUT AGGRESSIVER SYMPTOMATIK (VOR ALLEM BEI SELBST- UND/ODER FREMDGEFÄHRDUNG) .....	33

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

<b>III. Anhang .....</b>	<b>36</b>
1. Anhang: Deutschsprachige psychometrisch untersuchte Verfahren zur Erfassung von SSV-Symptomatik, aggressivem Verhalten oder spezifischen Aspekten von Aggressivität im Kindes- und Jugendalter .....	36
2. Anhang: Deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von SSV-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen .....	37
2.1. Eltern-, kindergarten-, und schulzentrierte und multimodale Präventions- und Therapieprogramme .....	38
2.2. Primär patientenzentrierte Präventions- und Therapieprogramme .....	44
<b>IV. Literatur.....</b>	<b>48</b>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## I. Einleitung

Die vorliegende Leitlinie verfolgt das Ziel, Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) im ambulanten, stationären und teilstationären klinischen Rahmen zu definieren. Da in der Regel eine Vielzahl von Institutionen in die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens involviert sind, schließt die LL darüber hinaus Empfehlungen für den (vor)schulischen Bereich und Empfehlungen für die Gestaltung optimaler Versorgungswege mit ein. Die Empfehlungen gelten somit auch für Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer SSV, z.B. Kinder psychisch kranker Eltern oder Kinder und Jugendliche mit Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen und oder Kinder aus einem sozio-ökonomisch benachteiligten Umfeld, für die möglichst frühzeitig ein Behandlungsbedarf zu überprüfen ist, um dem gegebenen erhöhten Risiko für die Entwicklung von Verhaltensstörungen entgegenzuwirken.


Zur Anwendergruppe der Leitlinie zählen Assistenz- und Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, klinische Psychologen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, sowie weitere Personen, die professionell an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens sowie Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens beteiligt sind. Den Patienten, ihren Familien und anderen interessierten Personen soll die Leitlinie zur Information dienen. Die Verbreitung und Umsetzung der S3-Leitlinie soll dazu beitragen, dass mehr betroffene Kinder und Jugendliche die für sie optimale Diagnostik und Behandlung erhalten. Die Behandlung soll die Symptomatik, die Störungsdauer und das Risiko weiterer, damit verbundener Erkrankungen oder Folgerisiken (z.B. Schulabbrüche, Gesundheitsrisiken, Delinquenz) verringern.

Insgesamt besteht die interdisziplinäre evidenz- und konsensbasierte (S3) Leitlinie „Störungen des Sozialverhaltens“ (SSV) (AWMF-Registernummer 028-020) aus 1) der vorliegenden Kurzfassung, die die Empfehlungen beinhaltet, 2) der Langfassung, die neben den Empfehlungen auch Kommentare, Sondervoten und die Herleitung der Evidenz beinhaltet und 3) den Leitlinienreport, in der das detaillierte methodische Vorgehen zur Erstellung der Leitlinie beschrieben ist.




In der Kurzfassung sowie in der Langfassung finden Sie unter jeder Empfehlung den Grad der Empfehlung (Grade of Recommendation) sowie das finale Abstimmungsergebnis der Mandatsträger der beteiligten Fachgesellschaften. Der Konsensusprozess wurde von Frau Dr. Muche-Borowski von der AWMF moderiert. Ein zweiter Abstimmungsprozess wurde durchgeführt, wenn bei der ersten Lesung Anträge auf Änderung der Empfehlung eingegeben worden waren.

Die Graduierung der Empfehlung dieser Leitlinie erfolgt mittels der in Tabelle 1 dargestellten Symbole. Zusätzlich zu den Symbolen reflektiert auch die Formulierung der Empfehlung den jeweiligen Empfehlungsgrad. Weitere Informationen finden Sie im Methodenreport.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in der gesamten Leitlinie nur die männliche Form verwendet. Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.


publiziert bei:	 <b>AWMF online</b> <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**Tabelle 1: Graduierung von Empfehlungen nach AWMF, 2012**

Empfehlungsgrad	Symbol	Beschreibung
<b>A</b>		Starke Empfehlung
<b>B</b>		Empfehlung
<b>O</b>		Empfehlung offen
<b>KKP*</b>	--	Gute klinische Praxis*

Anmerkung: Tabelle entsprechend Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – ständige Kommission Leitlinien, AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage. 2012. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>. 2012.

KKP\* („Klinischer Konsenspunkt“ bzw. Expertenkonsens): Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## II. Empfehlungen mit Schlüsselfragen

### 1. EMPFEHLUNGEN ZUR KOMMUNIKATION, MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTS-SICHERUNG UND KOORDINATION VON BEHANDLUNGSANGEBOTEN

#### Schlüsselfragen:

- S1: Was fördert die Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen, Heranwachsenden mit SSV und deren Sorgeberechtigten?
- S2: Sind spezifische sozio-kulturelle und ethnische Aspekte zu berücksichtigen?
- S3: Was ist hinsichtlich des Umgangs mit vertraulichen Informationen zu berücksichtigen (Welche Bedingungen rechtfertigen eine Verletzung der Schweigepflicht)?
- S4: Welche Maßnahmen sind bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren umzusetzen?
- S5: Was trägt zur Qualitätssicherung des Behandlungsangebots bei? Was garantiert eine hohe Sachkompetenz von Mitarbeitern?
- S6: Welche Maßnahmen sind geeignet, den Zugang zu Behandlungsangeboten zu erleichtern und damit den Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine Behandlung beanspruchen, zu erhöhen?
- S7: Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Fachstellen zu gestalten? Was kann getan werden, um Behandlungsangebote optimal aufeinander abzustimmen und den Behandlungsbedürfnissen betroffener Kinder/Jugendlicher und deren Sorgeberechtigter gerecht zu werden?
- S8: Welche Maßnahmen sind geeignet zur Sicherstellung von Versorgungsangeboten bei Behandlungsende und beim Übergang ins Erwachsenenalter?


#### S1: Empfehlungen zur Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen, Heranwachsenden mit SSV und deren Sorgeberechtigten<sup>2</sup>

**1.1.** Es soll sichergestellt werden, dass Gespräche in einer ungestörten, von Respekt und Wertschätzung gekennzeichneten Atmosphäre stattfinden. Die Tatsache, dass Kinder und Jugendliche mit SSV nicht selten negative Erfahrungen mit bisherigen Bezugspersonen gemacht haben und Erwachsenen häufig misstrauisch und ablehnend gegenüberstehen sollte ebenso berücksichtigt werden wie die damit verbundene Konsequenz, dass der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ausreichend Zeit erfordert. Kinder/Jugendliche sollen vorab darüber informiert werden, wie vertrauliche Informationen behandelt werden und unter welchen Bedingungen (unter Beachtung der gesetzlichen Grundlagen) Informationen an die Sorgeberechtigten weitergegeben werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%<sup>3</sup>*

<sup>2</sup> Im Kapitel allgemeine Behandlungsempfehlungen wurde auf die Nummerierung von Unterkapitel verzichtet.

<sup>3</sup> Qualität der Evidenz bei KKK: Expertenkonsens, Kapitel zu Evidenzen zu den Empfehlungen finden sich in der Langfassung und in den jeweiligen Evidenztabelle im Anhang des Leitlinienreport III.4.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**1.2.** Um eine positive Beziehung zu den Jugendlichen zu ermöglichen, kann es hilfreich sein, für die sekundären Folgen problematischen Verhaltens Verständnis zu zeigen (Verärgerung über Bestrafung, Auseinandersetzung und Streit mit Eltern, Lehrern). Es sollten keine Vorverurteilungen hinsichtlich aggressiven oder dissozialen Verhaltens geäußert werden. Die Perspektive des Kindes/Jugendlichen sowie der Wunsch nach Autonomie sind zu berücksichtigen und Partizipation in der Behandlungsplanung aufzuzeigen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**1.3.** Die Rolle des Untersuchers (z.B. beratend, behandelnd versus begutachtend) sollte gegenüber dem Kind/Jugendlichen und beteiligten Sorgeberechtigten offen dargelegt werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis KKP, Konsensus: 100%*

**1.4.** Getroffene Behandlungsvereinbarungen sollten im Behandlungsverlauf kontinuierlich überprüft werden, um sie gegebenenfalls entsprechend eingetretenen Veränderungen anpassen zu können.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**1.5.** Initial kann es sinnvoll sein, Eltern und Kind gemeinsam zu befragen, um die Eltern-Kind Interaktion und gegenseitige Kommunikation über das Problemverhalten zu beobachten. Besonders wenn aggressiv-oppositionelle Verhaltensweisen thematisiert werden, kann das Kind/der Jugendliche jedoch das Gefühl entwickeln, auf einer Anklagebank zu sitzen. Ob zunächst mit dem Kind/Jugendlichen oder den Eltern/Sorgeberechtigten oder beiden gemeinsam gesprochen wird, sollte von dem Vorstellungsanlass und der Situation abhängig gemacht werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**1.6.** Fachkräfte sollten konstant für ein Kind oder einen Jugendlichen und dessen Familie zuständig sein, um eine hohe Behandlungskontinuität zu ermöglichen. Es sollte vermieden werden, dass unnötigerweise mehrfach die gleichen anamnestischen oder diagnostischen Erhebungen durchgeführt werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*


## S2: Empfehlungen zu spezifischen sozio-kulturellen und ethnischen Aspekten

**1.7.** Wenn sich Kinder, Jugendliche oder deren Eltern oder Sorgeberechtigten mit Migrationshintergrund in der deutschen Sprache nicht sicher fühlen, sollte ein qualifizierter Sprach- und Kulturmittler hinzugezogen werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**1.8.** Fachkräfte sollten sich darüber bewusst sein, dass die Art und Weise, wie Kinder/Jugendliche oder Eltern/Sorgeberechtigte Probleme und psychische Schwierigkeiten schildern, nicht nur alters- und geschlechtsbedingt variiert, sondern auch in Abhängigkeit des kulturellen, ethnischen oder religiösen Hintergrunds des Patienten. Sowohl bei der Aufklärung über Ursachen der Störung als auch bei der Durchführung von Interventionsmassnahmen ist es hilfreich, sozio-kulturelle und ethnische Faktoren zu berücksichtigen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

### S3: Empfehlungen zum Umgang mit vertraulichen Informationen

**1.9.** Wenn Anhaltspunkte für eine mögliche Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, mangelnde Fürsorge) vorliegen, soll zum Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen eine Beratung über eine insoweit erfahrene Fachkraft und/oder die Einbindung des Jugendamtes erfolgen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**1.10.** Bei Ankündigung, Drohungen oder Hinweisen hinsichtlich fremd- oder selbstgefährdenden Verhaltens kann eine Weitergabe von Informationen entgegen dem Willen des Kindes/Jugendlichen notwendig sein und die Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen erforderlich sein. Bei direkt bevorstehenden schweren Straftaten gibt es teilweise Offenbarungspflichten.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

### S4: Empfehlung bei Vorliegen psychosozialer und umfeldbezogener Risikofaktoren

**1.11.** Fachpersonen sollten ausreichend informiert sein über lokale und bundesweite Fachstellen (Institutionen für Kinderbetreuung, Erziehungsberatungsstellen, Ehe- und Familienberatungsstellen, Jugendhilfe, Anlaufstellen für Notfälle), um Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens, aber auch Eltern oder Sorgeberechtigten bei Vorliegen persönlicher, sozialer oder ökonomischer Schwierigkeiten zusätzliche Unterstützung vermitteln zu können und im Falle von Krisensituationen Maßnahmen umsetzen zu können. Eltern sollten motiviert und unterstützt werden, begleitende Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**1.12.** Liegen psychosoziale Bedingungen vor, die wesentlich zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen (z.B. schulische Überforderung, ein beengtes familiäres Umfeld, eine enge Einbindung in eine delinquente Gleichaltrigengruppe), ist es empfehlenswert, die Familie zu unterstützen, bzw. Massnahmen zu ergreifen, um vorliegende Risikofaktoren zu reduzieren.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*


**1.13.** Bei ausgeprägten psychischen Störungen der Eltern (z.B. depressive Störung, Substanzabhängigkeit) oder bei ausgeprägten Störungen der Partnerschaftsbeziehung der Eltern sollten entsprechende beratende und oder begleitende therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, wenn diese Störungen wesentlich die aggressive oder dissoziale Symptomatik aufrechterhalten.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**1.14.** Sind therapeutische Maßnahmen nicht durchführbar oder nicht hinreichend erfolgreich, dann sollte bei einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung eine Hilfeplanung zur Unterstützung (sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft) oder zum Wechsel des familiären Umfeldes (teilstationäre oder stationäre Maßnahme der Jugendhilfe) initiiert werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*



publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

### S5: Empfehlungen zur Qualitätssicherung/Erhöhung der Sachkompetenz

**1.15.** Es sollte sichergestellt werden, dass behandelnde Fachkräfte über relevante rechtliche Grundlagen hinsichtlich Schweigepflicht, Fremdunterbringung, Inobhutnahme, Kinderschutzmassnahmen, etc. ausreichend informiert sind.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

### S6: Empfehlungen zum Zugang zu Behandlungsangeboten

**1.16.** Es sollten niederschwellige, im Lebensumfeld Betroffener verortete (lokale, gemeindenahе), Versorgungsmöglichkeiten (diagnostische Abklärung, Beratung) für Kinder und Jugendliche mit SSV oder einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer SSV sowie deren Eltern bzw. Sorgeberechtigte umgesetzt werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

### S7: Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Fachstellen und Koordination von Behandlungsmaßnahmen

**1.17.** Ein übergreifender fachspezifischer Austausch verschiedener Fachstellen und Institutionen (z.B. Schule), die in die Bildung, Behandlung und Versorgung eines Kindes/Jugendlichen involviert sind bzw. bei weiteren pädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen involviert sein werden, sollte umgesetzt werden. Ziele sollten aufeinander abgestimmt und fortlaufend überprüft werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**1.18.** In komplexen Fallkonstellationen sollte eine verantwortliche Fachkraft bestimmt werden (übergeordnetes Fallmanagement), die das Kind/den Jugendlichen mit SSV bei Bedarf auch langfristig begleitet und Hilfsangebote koordiniert und den Verlauf dokumentiert.


*Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 100%*

*Hinweise zu Evidenz siehe II.1.*

### S8: Empfehlungen zur Sicherstellung von Versorgungsangeboten bei Behandlungsende und beim Übergang ins Erwachsenenalter

**1.19.** In der Arbeit mit Heranwachsenden, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens nach wie vor erfüllt sind, sollte berücksichtigt werden, dass häufig Reifungs- und Entwicklungsverzögerungen vorliegen, die eine weitere Umsetzung der Empfehlungen dieser Leitlinie auch über die Volljährigkeit hinaus erforderlich machen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 2. EMPFEHLUNGEN ZUR DIAGNOSTIK

Die Kriterien für das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens sind nach ICD-10 erfüllt, wenn mindestens drei Symptome aus dem 15 Symptome umfassenden aggressiv-dissozialen Verhaltensspektrum (Aggression gegenüber Menschen und Tieren, Zerstören von Eigentum, Betrug und Diebstahl, schwerwiegende Missachtung von Regeln) während der letzten 6 Monate vorliegen und die Verhaltensstörung in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen verursacht. In der ICD-10 werden unterschiedliche Erscheinungsformen von SSV in der Kategorie F91 verschlüsselt (auf familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens, Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten). Zusätzlich besteht die Möglichkeit, häufig vorliegende Begleiterkrankungen gemeinsam in Form von Kombinationsdiagnosen zu klassifizieren (Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens).


Im Unterschied zur ICD-10 werden im DSM-5 Kinder und Jugendliche, die eine oppositionell-aggressive Verhaltenssymptomatik aufweisen, nicht als eine Unterkategorie von Störungen des Sozialverhaltens kodiert, sondern werden durch die Diagnose Störung mit oppositionellem Trotzverhalten („oppositional defiant disorder“) getrennt von Störungen des Sozialverhaltens klassifiziert. Zudem berücksichtigt das DSM-5 den Specifier „conduct disorder with limited prosocial emotions“. Der Specifier wird diagnostiziert, wenn in einem Zeitraum von mindestens 12 Monaten sowohl die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind und ein Mangel an Reue oder Schuldgefühlen, Empathie oder Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Leistung, Oberflächliche oder defizitäre Emotionalität vorliegt.

Dieses Kapitel umfasst Empfehlungen zur ersten Abklärung bei Verdacht auf eine SSV (Screening) und einer ausführlichen Diagnostik. Empfehlungen zum Screening sind auch bei Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer SSV indiziert (siehe Langfassung, Kapitel 2)

Die in Kapitel 2 aufgeführten Empfehlungen beruhen auf einem Expertenkonsensus, da zum diagnostischen Vorgehen keine Evidenz vorliegt.

### Schlüsselfragen:

- S1: Was sind effektive Methoden, die bei Verdacht auf Vorliegen einer SSV durchgeführt werden sollten?
- S2: Wann sollte eine ausführliche Abklärung angeordnet/empfohlen werden?
- S3: Welche Bereiche sind in einem ausführlichen diagnostischen Prozess zu berücksichtigen und wie ist ein effektiver diagnostischer Prozess zu beschreiben? Folgende Aspekte werden für die Bearbeitung dieser Frage als relevant erachtet:
- Art und Inhalt der diagnostischen Untersuchung und der Beobachtung
  - Formale diagnostische Methoden/psychologische Testverfahren zur Erfassung der wesentlichen Kriterien von SSV
  - Erfassung von Risikofaktoren
  - Erfassung von Bedürfnissen
  - Umfeld, in welcher Erfassung durchgeführt wird

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 2.1. Erste Abklärung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens

**2.1.1.** Wenn Eltern oder Betreuer des Kindes oder Jugendlichen oder Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe oder der Schule Hinweise auf ein überdauerndes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten geben, dann soll eine Abklärung des Verdachts auf eine Störung des Sozialverhaltens erfolgen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*

**2.1.2.** Das Vorliegen einer Störung der neuronalen und kognitiven Entwicklung (z.B. Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung, Autismus) oder einer Bindungsstörung, soll kein Hindernis für eine diagnostische Abklärung sein.


*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**2.1.3.** Für die erste Beurteilung eines Kindes oder Jugendlichen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens können störungsübergreifende Fragebogenverfahren (im Eltern-, Pädagogen-, Selbsturteil) hilfreich sein. (Siehe verfügbare deutschsprachige Verfahren im Anhang III.1)

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**2.1.4.** Wenn Hinweise auf eine Störung des Sozialverhaltens (oder häufig existierende komorbide Störungen z.B. ADHS, PTBS, Substanzmissbrauch, Depression, Angststörung, umschriebene Entwicklungsstörungen, Autismus, Bindungsstörung) identifiziert werden können, sollte eine ausführliche Abklärung bei einem Spezialisten für die Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern / Jugendlichen erfolgen (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 2.2. Ausführliche diagnostische Untersuchung

**2.2.1.** Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung der vorliegenden Symptomatik und störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte sollen folgende Aspekte exploriert werden:

### Symptomatik

- Symptome einer SSV nach ICD-10 und Untergruppen
- Störungsbeginn, Verlauf sowie Schweregrad der Symptomatik
- aktuelle Bedingungen in der Familie, der Schule oder der Gleichaltrigengruppe, welche aggressives Verhalten auslösen oder aufrechterhalten
- Persönlichkeitsfaktoren und psychopathologische Auffälligkeiten, die mit einer SSV in enger Beziehung stehen, z.B. aggressive Phantasien, affektive Dysregulation und Impulsivität, mangelnde Problemlösekompetenzen, mangelnde soziale Fertigkeiten, mangelnde prosoziale Emotionen (bzw. Hinweise auf mangelnde Gewissensstrukturen, Reue, Empathiefähigkeit)
- aktuelle Funktionsbeeinträchtigungen in der Familie, dem Kindergarten, der Schule, der Ausbildung, der Tagesbetreuung und der Gleichaltrigengruppe (z. B. Ausschluss des Kindes aus einer ausserfamiliären Betreuung aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten)

### Komorbidität


- frühere und aktuelle komorbide psychische Störungen, einschliesslich Sinnesstörungen,
- umschriebene Entwicklungsstörungen, Lernbehinderungen oder geistige Behinderung,
- andere psychische Störungen (z.B. ADHS, Depression, PTBS, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen), Substanzmissbrauch, frühere und aktuelle körperliche Erkrankungen

### Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte des Kindes

- **Schwangerschafts- und Geburtsanamnese** (einschliesslich der Frage, ob Medikamenteneinnahme, Nikotin-, Alkohol-, oder Drogenkonsum während der Schwangerschaft bestand oder psychosoziale/psychologische Belastungsfaktoren vorlagen)
- **Frühkindliche Betreuungssituation und -qualität:** Häufiger Wechsel in der Betreuungssituation, alleinerziehender Elternteil, Adoption, Unterbringung in Pflegefamilien oder Heimen, Umgang mit Regulationsstörungen oder ungünstigen kindlichen Temperamentsmerkmale im Säuglings- und Kleinkindalter und daraus resultierenden Belastungen für die Bezugspersonen
- **Meilensteine der Entwicklung:** Sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung
- **Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung:** Art der Verhaltensauffälligkeiten Schulleistungsdefizite, Schulwechsel aufgrund schulischer oder verhaltensbezogener Schwierigkeiten, schulische Motivation, Schul-/Ausbildungsabsenzen
- **Sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen**
- **Freizeitverhalten:** Häufigkeit von Internet- und Computerspielen, insbesondere von gewaltbezogenen Spielen
- **Selbstbild des Kindes/ Jugendlichen:** Relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**2.2.2.** Eine ausführliche Anamnese von belastenden Lebensereignissen sollte durchgeführt werden, da Kinder und Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens oft nicht selbständig von negativen Erfahrungen in ihrem familiären Umfeld und ihrer Peergruppe berichten. Im Rahmen einer Exploration bezüglich Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Gewalt- und

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

Mobbingerfahrungen ist insbesondere abzuklären, inwiefern traumaassoziierte Erinnerungen Auslöser für aggressives Verhalten oder Vermeidungsverhalten sein könnten. Gegebenenfalls ist die Indikation für eine spezifische Behandlung einer PTBS zu prüfen (Siehe AWMF Leitlinie zur PTBS).

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**2.2.3.** Die ausführliche diagnostische Untersuchung soll eine Familien-/ Umfeldanamnese einschließen, bei der folgende Aspekte exploriert und familiäre Risikofaktoren abgeklärt werden sollen:

- Aktuelle Lebenssituation/Wohnumfeld, Familiensystem, erweiterte Bezugspersonen, Halbgeschwister, Stiefgeschwister
- Sozio-ökonomische Bedingungen, aktuelle Belastungsfaktoren und Ressourcen in der Familie
- Psychosoziale Risikofaktoren: chronische Disharmonie der Eltern, mütterliche/väterliche Isolation, sozio-ökonomische Belastungsfaktoren und andere aktuelle Belastungsfaktoren und Stressbelastung der Eltern, psychische Erkrankungen der Eltern, Straffälligkeit der Eltern
- Positive und negative Beziehungen zwischen Erwachsenen in der Familie des Kindes oder Jugendlichen, einschliesslich häuslicher Gewalt
- Günstiger und ungünstiger Erziehungsstrategien, vor allem sich wechselseitig verstärkende negative Interaktionsmuster sowie negative Disziplinierungsstrategien
- Qualität der Eltern-Kind Beziehung
- Vorgeschichte der Eltern: Broken-Home Situation, eigene Fremdunterbringung

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**2.2.4.** Die ausführliche diagnostische Untersuchung sollte eine körperliche Anamnese und Untersuchung umfassen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**2.2.5.** Standardisierte und strukturierte diagnostische Verfahren sollten berücksichtigt werden:


- Validierte Fragebogen- und/oder Interviewverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten sowie störungsspezifische Verfahren zur Erfassung von Störungen des Sozialverhaltens und möglicher komorbider Störungen (z.B. ADHS, Autismus)<sup>4</sup>
- Ein validiertes Instrument zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf Intelligenzminderung
- Ein validierter Test zur Erfassung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (inklusive schulischer Fertigkeiten) für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf umschriebene Entwicklungsstörungen

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**2.2.6.** Ein Behandlungsplan soll mit dem Kind oder Jugendlichen und seinen Eltern oder Betreuungspersonen entwickelt werden. Dieser sollte neben den Stärken und Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen und ihrer Eltern oder Betreuungspersonen vorliegende Risikofaktoren sowie die Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen (z. B. in Bezug auf berufliche/schulische Maßnahmen oder aktueller Lebensbedingungen) und seiner Familie berücksichtigen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

<sup>4</sup> Überblick diagnostische Verfahren siehe Anhang III.1.

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

### **3. EMPFEHLUNGEN ZUR BEHANDLUNGSINDIKATION UND ZUM BEHANDLUNGSSETTING**

#### **Schlüsselfragen:**

S9: Welche Maßnahmen sollen bei Behandlungsbeginn berücksichtigt werden?

S10: Welche Behandlungsindikation besteht für eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung?

S11: Wann sind stationäre sozialpädagogische Maßnahmen indiziert?

#### **3.1. Empfohlene Maßnahmen zu Therapiebeginn**

**3.1.** Die Frage nach der Behandlungsmotivation ist zentral, entsprechende Massnahmen zur Förderung der Behandlungsmotivation sollen umgesetzt werden. Bei der Auswahl hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen sollten die Präferenzen der Eltern/Bezugsperson und des beteiligten Kindes/Jugendlichen berücksichtigt werden.

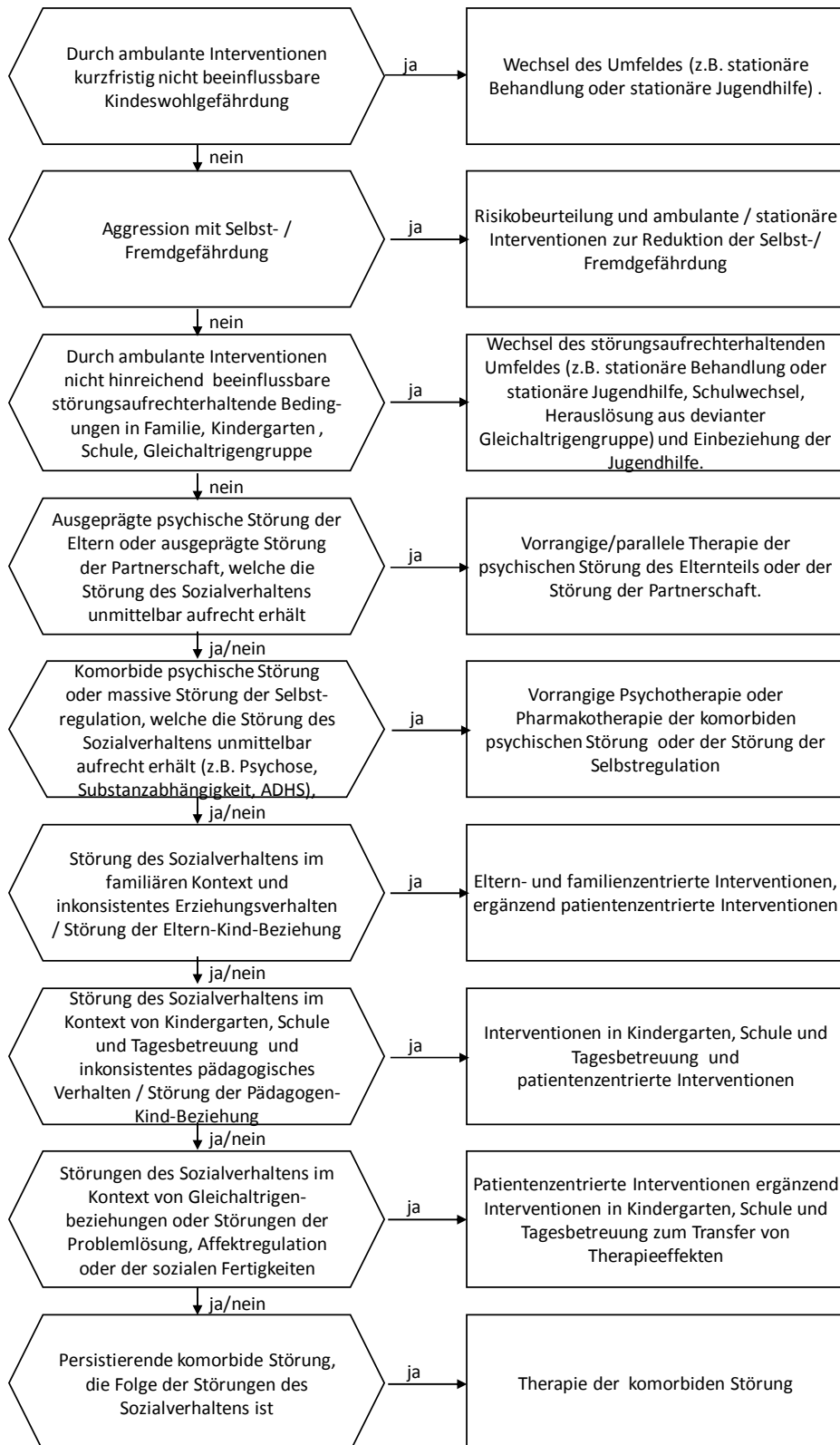
*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.62%*


#### **Empfehlungen zur Indikation**

Kommentar: Abbildung 1 gibt einen differenzialtherapeutischen Entscheidungsbaum wieder, der eine Übersicht über die Indikationen für das Therapiesetting sowie für einzelne Interventionen gibt. Diese Indikationen werden in den folgenden Empfehlungen für die ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung aufgenommen und in den Empfehlungen (3.2. ff) spezifiziert.

- Wenn störungsaufrechterhaltende Bedingungen in Familie, Kindergarten, Schule oder Gleichaltrigengruppe vorliegen, die durch ambulante Interventionen nicht hinreichend beeinflussbar sind, ist der Wechsel des störungsaufrechterhaltenden Umfeldes (z.B. stationäre Behandlung oder stationäre Jugendhilfe, Schulwechsel, Herauslösung aus devianter Gleichaltrigengruppe), häufig auch unter Einbeziehung der Jugendhilfe indiziert.
- Falls eine ausgeprägte psychische Störung der Eltern oder eine ausgeprägte Störung der Partnerschaft vorliegt, welche die Störung des Sozialverhaltens unmittelbar aufrecht erhält, ist eine vorrangige (oder zumindest parallele) Therapie der psychischen Störung des Elternteils oder der Störung der Partnerschaft indiziert.
- Falls eine komorbide psychische Störung oder eine massive Störung der Selbstregulation vorliegt, welche die Störung des Sozialverhaltens unmittelbar aufrechterhält (z.B. Psychose, Substanzabhängigkeit, ADHS), dann ist eine vorrangige Psychotherapie oder Pharmakotherapie der komorbiden psychischen Störung oder der Störung der Selbstregulation indiziert.

Abbildung 1: Differentialtherapeutischer Entscheidungsbaum für Störungen des Sozialverhaltens (modifiziert nach Petermann, Döpfner & Görtz-Dorten, 2016)



publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

In Abhängigkeit von der spezifischen Ausgestaltung der SSV kann die Behandlung der SSV verschiedene Therapiekomponenten umfassen (siehe folgende Empfehlungen zu den einzelnen Interventionen):

- Wenn Kinder oder Jugendliche SSV-Symptome in der Familie zeigen und die Eltern dysfunktionale Erziehungsstrategien anwenden oder wenn die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt ist, dann sind Elterntrainings gegebenenfalls unter Einbezug des Kindes/Jugendlichen indiziert (siehe 3.1).
- Wenn Kinder oder Jugendliche SSV-Symptome im Kindergarten, in der Schule oder in der Ganztagesbetreuung zeigen und die jeweiligen Bezugspersonen dysfunktionale Erziehungsstrategien anwenden, dann sollten Interventionen im Kindergarten/in der Schule einschließlich Erzieher-/Lehrertraining durchgeführt werden (siehe Empfehlung 6.1. und 6.2.).
- Wenn Kinder oder Jugendliche primär gleichaltrigenbezogene aggressive Symptome zeigen oder wenn sie mangelnde sozial-kognitive Problemlösefähigkeiten, mangelnde soziale Fertigkeiten oder affektive Dysregulationen vor allem in Konfliktsituationen zeigen, sollten patientenzentrierte Interventionen durchgeführt werden, die diese störungsaufrechterhaltenden Bedingungen bearbeiten (z.B. soziale Kompetenztrainings), gegebenenfalls unter Einbezug der für den jeweiligen Kontext relevanten Bezugspersonen, um den Transfer von Therapieeffekten zu unterstützen.

### 3.2. Empfehlung ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung

**3.2.** In der Regel können Kinder/Jugendliche mit SSV ambulant behandelt werden. Voraussetzung für eine ambulante Behandlung ist die Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugspersonen und des Patienten. Diese herzustellen kann auch ein erstes Therapieziel sein. Günstig ist das Vorhandensein von Ressourcen in der Familie, die bei den Interventionen hilfreich sein können (z.B. Zeit, positive Beziehungsanteile, Fähigkeit zur Umsetzung von Interventionen).

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**3.3.** Familiäre Belastungen (z. B. Partnerschaftskonflikte, psychische Störungen der Eltern) und außerfamiliäre Belastungen (z. B. problematisches Wohnumfeld, Belastung am Arbeitsplatz), die zur Einschränkung der familiären Ressourcen führen, sind bei der Durchführung von Interventionen in der Familie zu beachten.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.61%*

### 3.3. Empfehlung teilstationäre und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung


**3.4.** Die Indikation für eine teilstationäre Therapie sollte geprüft werden, wenn eine ambulante Therapie nicht hinreichend erfolgreich war, wenn die SSV-Symptomatik oder die komorbide Symptomatik zu stark ausgeprägt sind oder wenn Ressourcen im psychosozialen Umfeld, die für eine ambulante Therapie notwendig sind, nicht vorhanden sind. Für eine teilstationäre Therapie ist neben der zumutbaren Erreichbarkeit eine grundlegende Kooperationsfähigkeit und -möglichkeit des familiären Umfeldes notwendig.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**3.5.** Im Rahmen der teilstationären Behandlung sollen die allgemeinen Prinzipien zur Behandlung der SSV angewandt werden. Dabei soll ein Behandlungssetting so ausgerichtet sein, dass bei aggressiven Verhaltensweisen angemessene Konsequenzen umgesetzt werden können. Um frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten im milieutherapeutischen Alltag zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*



publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**3.6.** Im Rahmen der teilstationären Behandlungsangebote sollten personelle Ressourcen und entsprechende Strukturen für eine zeitlich begrenzte, intensivtherapeutische, störungsspezifische Behandlung unter Einbeziehung der Eltern vorgehalten werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%,*

**3.7.** Eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung soll unter folgenden Bedingungen durchgeführt werden:

- akuter Eigen- oder Fremdgefährdung in Verbindung mit interventionsbedürftiger psychischer Störung (z. B. Suizidalität, extrem geringe Impulskontrolle); eine Fremdgefährdung ohne begleitende psychische Störung, welche die Fremdgefährdung wesentlich beeinflusst, stellt keine Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Maßnahme dar.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 92.31%*

**3.8.** Die Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung sollte unter folgenden Bedingungen geprüft werden:

- bei besonders schwer ausgeprägter oder chronifizierter aggressiver Symptomatik auch ohne Fremdgefährdung, die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar ist, wenn teilstationäre Therapie nicht möglich ist,
- besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen (z.B. hyperkinetischen Störungen, depressiven Störungen), die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar ist, wenn teilstationäre Therapie nicht möglich ist,
- nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie, die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar ist, wenn teilstationäre Therapie nicht möglich ist.


Bei der Indikationsstellung sind mangelnde Ressourcen in der Familie oder im Kindergarten bzw. in der Schule, der Jugendhilfe oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen (z.B. Kindeswohlgefährdung), die durch zeitlich begrenzte stationäre Interventionen vermutlich beeinflussbar sind, zu berücksichtigen.

Im Rahmen der stationären Behandlung sollen die allgemeinen Prinzipien zur Behandlung der SSV angewandt werden. Um frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten im milieutherapeutischen Alltag zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**3.9.** Bei stationär behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens soll frühzeitig die Notwendigkeit für eine Hilfeplanung geprüft und ggf. eingeleitet werden. Bei angeklagten oder verurteilten Jugendlichen soll die Notwendigkeit der Kooperation mit dem Jugendgericht, Jugendgerichtshilfe bzw. Bewährungshelfern geprüft werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

### 3.4. Empfehlung kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische aufsuchende Behandlungsformen und Empfehlungen zur stationären Jugendhilfe

**3.10.** Zeitlich begrenzte intensive kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlungsformen (intensiv therapeutische Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im natürlichen Milieu) sollten vorrangig realisiert werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**3.11.** Intensive aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlungsformen können bei Vorliegen klinisch relevanter aggressiver Verhaltenssymptome auf Seiten des Kindes, das durch Risikofaktoren im familiären Umfeld ausgelöst oder aufrechterhalten wird, erwogen werden.


*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*  
*Hinweise zur Evidenz siehe Langversion, II. 3.5., Schlüsselfrage 10*

**3.12.** Bei erheblichem erzieherischem Bedarf, mangelnden Ressourcen im Lebenskontext des Kindes oder Jugendlichen und/oder chronischer Gefährdung kann eine teilstationäre oder stationäre Hilfe zur Erziehung primär indiziert sein. Um frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten im pädagogischen Alltag zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechende Strukturen zur Verfügung gestellt werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 92.31%*

**3.13.** Psycho- und/oder pharmakotherapeutische Interventionen sollten auch im Kontext der Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens umgesetzt werden, beispielsweise durch eine Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Praxen, Institutsambulanzen und anderen Behandlungseinrichtungen (Liaison-Modell).

*Empfehlungsgrad: Empfehlung, Konsensus: 100%*  
*Hinweise zur Evidenz siehe Langversion, II. 3.5., Schlüsselfrage 10*

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 4. EMPFEHLUNGEN ZU ELTERN- UND FAMILIENZENTRIERTEN INTERVENTIONEN (elternzentriert und eltern-kindzentrierte Interventionen)<sup>5</sup>

Elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Interventionen werden in der Regel als Elterntrainings (ET) bezeichnet. ET können im Gruppen- als auch im Einzelsetting durchgeführt werden. Viele der gut evaluierten Programme richten sich nur an die Eltern bzw. primären Erziehungsverantwortlichen (elternzentriert), jedoch existieren auch Interventionen, die Eltern und das Kind gleichermaßen einschließen und Eltern direkt in der Interaktion mit ihrem Kind anleiten (eltern-kindzentriert).

### Schlüsselfragen:

- S1: Sind Elterntrainings wirkungsvoll, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Variiert die Wirksamkeit von Elterntrainings in Abhängigkeit des Alters behandlungsbedürftiger Kinder mit einer SSV (< 3 Jahre, 3-11 Jahre, > 11 Jahre)?
- S2: Wann ist eine Kombination eines Elterntrainings und einer patientenzentrierten Behandlung indiziert?
- S3: In welchem Therapieformat, mit welcher Intensität und mit welchen Therapiemethoden sollten Elterntrainings/elternzentrierte und eltern-kindzentrierte psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden?
- S4: Beeinflussen mangelnde prosoziale Emotionen oder besondere Belastungsfaktoren auf Seiten der Eltern die Wirksamkeit von Elterntrainings?
- S5: Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Behandlungsprogramme vor?

### 4.1. Empfehlungen zur Indikation für elternzentrierte und eltern-kindzentrierte Interventionen


**4.1.1.** Elterntrainings sollen den Erziehungspersonen (Eltern oder Pflegeeltern) von Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren angeboten werden, deren Kind die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt oder bei dem ein klinisch relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt.

*Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: A (Starke Empfehlung), Konsensus: 84.62%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 1*

**4.1.2.** Bei Kindern unter dem 3. Lebensjahr, bei denen ein klinisch relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt, sollte ein Elterntaining angeboten werden. Die Intervention sollte in diesem Altersbereich insbesondere auf die Verminderung derjenigen Risikofaktoren ausgerichtet sein, die sich im Zusammenhang mit der Entstehung von SSV als bedeutsam erwiesen haben (z. B. Verbesserung der elterlichen Erziehungs Kompetenzen).

*Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 84.62%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 1*

<sup>5</sup> Siehe: Differenzierte Beschreibung und Definition psychosozialer Behandlungsprogramme für SSV, Kapitel 3, Langfassung, Beispiele für im deutschen Sprachraum evaluierte ET Programme finden sich im Anhang, III.2. Qualität der Evidenz bei KKK: Expertenkonsens, Kapitel zu Evidenzen zu den Empfehlungen finden sich in der Langfassung und in den jeweiligen Evidenztabellen im Anhang des Leitlinienreport III.4

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**4.1.3.** Bei Kindern über 12 Jahren und Jugendlichen, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind oder bei denen ein klinisch relevant erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt, kann ein Elterntaining angeboten werden, wenn die Inhalte an das Jugendalter angepasst werden.

*Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 1*

**4.1.4.** Wenn Kinder die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder ein klinisch relevantes erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens vorliegt und die Problematik vielfältig und schwerwiegend ist, sollen eltern-zentrierte Behandlungen und kindzentrierte Interventionen bei Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren kombiniert werden.

*Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: Starke Empfehlung, Konsensus: 100%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 2*

## 4.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiemethoden

**4.2.1.** Ein Elterntaining im Gruppenformat sollte beide Elternteile einbeziehen, falls möglich, und dies im besten Interesse des Kindes oder Jugendlichen steht. Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:

- Bei Pflegeeltern, getrenntlebenden Eltern sollte die spezielle Betreuungssituation berücksichtigt werden.
- Das Elterntaining sollte, falls möglich, entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden und dabei alle notwendigen Materialien umfassen, um eine konsistente Umsetzung des Trainingsmanuals zu gewährleisten.
- Eine ausreichende Sitzungszahl sollte angeboten werden: In der Regel bis zu 10 – 16 Sitzungen (1.5-2h), bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein.
- In der Regel sollte die Gruppengröße 10-12 Personen nicht übersteigen. Meist sind jedoch kleinere Gruppengrößen effektiver.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 76.92%*


**4.2.2.** Ein Elterntaining im individuellen Setting sollte angeboten werden, falls es Eltern nicht möglich ist, an einem Elterntaining im Gruppenformat teilzunehmen oder bei Vorliegen einer komplexen Symptomatik. Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:

- Das ET sollte, falls möglich, beide Elternteile einbeziehen, allerdings nur, wenn dies mit dem Kindeswohl vereinbar ist.
- Das ET im individuellen Setting sollte, falls möglich, entsprechend den Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals durchgeführt werden und dabei alle notwendigen Materialien umfassen, um eine konsistente Umsetzung des Trainings zu gewährleisten.
- Das ET sollte in der Regel mindestens 10 Sitzungen zu 60 bis 90 Minuten Dauer umfassen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.62%*

**4.2.3.** Wenn Eltern ein ambulantes Elterntaining nicht in Anspruch nehmen können, davon nicht profitiert haben oder ein hohes Risiko für einen Abbruch der Behandlung vorliegt, sollte ein Eltern-taining im aufsuchenden Kontext umgesetzt werden, insbesondere im Vorschul- und Kleinkindalter.

*Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 84.62%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 3*

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**4.2.4.** Bei entsprechenden Voraussetzungen können mit Eltern Trainingsmanuale, die im Selbststudium durchgeführt werden und die begleitend eine telefonische Unterstützung durch Fachpersonen vorsehen (angeleitete Selbsthilfe), eingesetzt werden. Gleiches gilt für ein internet-basiertes Elterntraining. Eine persönliche Untersuchung des Kindes/Jugendlichen durch einen Arzt oder Psychotherapeuten sollte einer solchen Intervention vorausgehen.

*Evidenzstärke: hoch Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 76.92%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 3*

**4.2.5.** Besonders im Kleinkind- und Vorschulalter kann ein Setting umgesetzt werden, bei dem Eltern (in Einzelsitzungen) direkt während der Interaktion mit ihrem Kind durch eine Fachperson angeleitet werden, wenn die Eltern-Kind Interaktion als problem-aufrechterhaltender Faktor für die oppositionelle oder aggressive Verhaltenssymptomatik anzusehen ist.

*Evidenzstärke: schwach, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 84.62%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 3*

**4.2.6.** Eltern- bzw. familienzentrierte Interventionen sollten auf einem kognitiv-behavioralen Therapie-konzept beruhen und folgende Methoden verwenden, um eine positive Eltern-Kind Interaktion sowie elterliche Kompetenzen und Erziehungsfertigkeiten zu verbessern:

- Psychoedukation
- Verstärkertechniken
- Modelllernen
- Feedback: Insbesondere Rückmeldung von angemessenem Erziehungs- und Interaktionsverhalten (direkt, verbal, per Video)
- Übungen und Unterstützung von Verhaltensänderungen im natürlichen Umfeld, Einsatz von Transfertechniken inklusive Selbstmanagementmethoden
- Techniken zur Verbesserung der Konfliktlösung (einschließlich elterlicher Ärger- und Stressregulation) und Strategien zum Aufbau einer angemessenen familiären Kommunikation


*Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung), Konsensus: 69.23%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 3*

**4.2.7.** Bei Kindern mit mangelnden prosozialen Emotionen kann eine Intensivierung der Behandlung indiziert sein, um einer geringeren Wirksamkeit der Behandlung entgegen zu wirken: Dies kann eine vertiefte Psychoedukation hinsichtlich der Bedeutung vorliegender Persönlichkeitsmerkmale als auch eine spezifische Anleitung der Eltern einschließen, insbesondere im Hinblick auf die Förderung einer positiven Eltern-Kind Beziehung.

*Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 76.92%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 4*

**4.2.8.** In Familien mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen oder vorliegender sozio-ökonomischer Benachteiligung können ergänzende Maßnahmen (z.B. Kinderbetreuung, Fahrtkostenerstattung, Unterstützung durch Jugendhilfe) oder zusätzliche Sitzungen indiziert sein, um eine regelmäßige Teilnahme an einem Elterntraining zu ermöglichen oder einen nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten.

*Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 4.3., Schlüsselfrage 3*

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 5. EMPFEHLUNGEN FÜR PATIENTENZENTRIERTE INTERVENTIONEN<sup>6</sup>

### Schlüsselfragen:

- S1:** Sind patientenzentrierte Interventionen bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren, bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren und bei Jugendlichen ab dem Alter von 14 Jahren wirkungsvoll bei der Verminderung von aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?
- S2:** In welchem Therapieformat (Einzel- versus Gruppentherapie), mit welcher Intensität und mit welchen therapeutischen Ansatzpunkten und mit welchen Therapiemethoden sollten patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden?
- S3:** Beeinflussen mangelnden prosozialen Emotionen oder komorbide Störungen die Wirksamkeit von patientenzentrierten Interventionen?
- S4:** Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte patientenzentrierte Therapieprogramme vor?

### 5.1. Empfehlungen zur Indikation für patientenzentrierte Interventionen

**5.1.1.** Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, sollten patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings, einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung, durchgeführt werden. Sie sind vor allem bei auf Gleichaltrige bezogener Aggression indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Diese Trainings sollten möglichst in Kombination mit Elterntrainings und gegebenenfalls schulzentrierten Interventionen durchgeführt werden.<sup>5</sup>


*Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: A: (Starke Empfehlung), Konsensus: 100%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 5.3., Schlüsselfrage 1*

**5.1.2.** Bei Jugendlichen ab dem Alter von 14 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, können patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings, einschließlich Trainings zur sozial-kognitiven Problemlösung, adaptiert werden, die sich bei Kindern als wirkungsvoll erwiesen haben. Sie sind vor allem bei auf Gleichaltrige bezogener Aggression indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Diese Interventionen können in Kombination mit Elterntrainings und schulzentrierten Interventionen durchgeführt werden.<sup>5</sup>

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 92.31%*

<sup>6</sup> Patientenzentrierte Interventionen können sowohl im Einzel- und Gruppensetting angeboten werden. Die vorliegende Evidenz beruht jedoch überwiegend auf Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit von Gruppenprogrammen. Eine differenzierte Beschreibung und Definition patientenzentrierter Behandlungsprogramme für SSV findet sich in Kapitel 5, Langfassung, Beispiele für im deutschen Sprachraum evaluierte patientenzentrierte Programme finden sich im Anhang III.2.

Qualität der Evidenz bei KKK: Expertenkonsens, Kapitel zu Evidenzen zu den Empfehlungen finden sich in der Langfassung und in den jeweiligen Evidenztabellen im Anhang des Leitlinienreport III.4

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**5.1.3.** Bei Kindern zwischen 4 und 6 Jahren, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein klinisch relevantes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, können patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen in Form von sozialen Kompetenztrainings durchgeführt werden, die an den Entwicklungsstand von Vorschulkindern anzupassen sind. Sie sind vor allem bei auf Gleichaltrige bezogener Aggression indiziert und wenn soziale Kompetenzdefizite in der Konfliktlösefähigkeit vorliegen. Diese Interventionen sollen nur in Kombination mit Elterntrainings bzw. kindergartenzentrierten Interventionen durchgeführt werden.<sup>7</sup>

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

## 5.2. Empfehlungen zum Therapieformat/Intensität und Therapiemethoden

**5.2.1.** Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen können bei SSV im Gruppenformat oder im Einzelformat im ambulanten oder (teil-)stationären Setting (siehe 5.2.6) durchgeführt werden. Die Interventionen sollten auf einem kognitiv-behavioralen Therapiekonzept beruhen und auf der Grundlage publizierter und evaluierter Therapieprogramme unter Einschluss der entsprechenden Therapiematerialien durchgeführt werden, um eine konsistente Implementierung der Therapie zu gewährleisten (siehe Liste deutschsprachiger evaluierter patientenzentrierte Therapieprogramme).

Bei Gruppentherapien sollte darauf geachtet werden, dass negative Effekte im Sinne eines Devianztrainings vermieden werden. Um im Gruppensetting frühzeitig auf aggressive Verhaltensweisen reagieren zu können und prosoziales Verhalten zu unterstützen, sollen ausreichend personelle Ressourcen und entsprechenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden.

*Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: A (Starke Empfehlung), Konsensus: 84.62%*


*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 5.3., Schlüsselfrage 2*

**5.2.2.** Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen sollten bei SSV die jeweils individuellen störungsauslösenden und problemaufrechterhaltenden Bedingungen (z. B. mangelnde sozial-kognitive Problemlösefähigkeit, mangelnde Affekt- und Impulskontrolle, mangelnde prosoziale Emotionen, soziale Fertigungsdefizite, Verstärkung aggressiven Verhaltens) als auch vorhandene Ressourcen und die individuellen realen sozialen Situationen berücksichtigen, in denen das Problemverhalten auftritt und daraus therapeutische Ansatzpunkte ableiten.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.62 %*

<sup>7</sup> Sondervotum zu 5.1. (eingereicht vom bvvp, BKJ und VAKJP, BKJPP): Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die genannten psychotherapeutischen Interventionen keine hinreichende Wirkung gezeigt haben, bei denen hierfür keine Adhärenz vorliegt oder bei denen diese nicht durchführbar sind, sowie bei denen ein bedeutender Einfluss von auslösenden Faktoren auf die Entstehung der SSV (z.B. Traumata oder schwere Belastungssituationen) eruiert ist, sollte die Indikation einer verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie, die nicht störungsspezifisch ansetzt, geprüft werden.

Gesamte Begründung des SV, siehe Anhang der Langfassung III.3.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**5.2.3.** Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen im Einzel- oder Gruppenformat sollten folgende Methoden einsetzen:

- Psychoedukation
- Modelldarbietung
- Interventionen zur Veränderung von aggressionsauslösenden Denkinhalten und von ineffizienten Problemlöseprozessen
- Methoden der Affektregulation
- Rollenspieler Techniken, Verhaltensübungen inklusive Rückmeldung und Rollentausch
- Verstärkungstechniken
- Transfertech niken inklusive Selbstmanagementmethoden, Selbstreflektion, Übungen im natürlichen Umfeld, Einbeziehung von Eltern, Erziehern, Lehrern oder Gleichaltrigen in die Intervention.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*

**5.2.4.** Patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen im Gruppenformat bieten die Möglichkeit, soziales Verhalten während der Therapiegruppe mit Gleichaltrigen einzuüben. Dabei sollte beachtet werden, dass:

- die Gruppentherapie eine ausreichende Sitzungszahl umfasst, in der Regel 10 – 18 Sitzungen (1.5-2h), bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein
- eine adäquate Gruppengröße (in der Regel nicht mehr als 6 Teilnehmer) nicht überschritten wird
- die Gruppen in der Regel mit zwei Gruppenleitern durchgeführt werden
- keine negativen Lerneffekte zwischen den Gruppenmitgliedern entstehen

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 76.92%*

**5.2.5.** Wenn patientenzentrierte psychotherapeutische Interventionen im Einzelformat angewandt werden, sollten die Sitzungen eine ausreichende Sitzungszahl umfassen, z.B. 20 – 25 Sitzungen, bei komplexen Fällen können auch mehr Sitzungen notwendig sein und die Interventionen sollten in besonderem Maße auf den Einzelfall angepasst werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 76.92%*


**5.2.6.** Bei teilstationärer und stationärer Behandlung sollten die genannten patientenzentrierten Methoden eingebettet werden in milieutherapeutische Settings im multiprofessionellen Behandlungsteam. Systemische und psychodynamische Konzepte können hilfreich sein.<sup>8</sup>

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

<sup>8</sup> Sondervotum zu 5.2.6 (eingereicht vom bvvp, BKJ und VAKJP, BKJPP): Bei ambulanter Behandlung können (analog zu stationären und teilstationären Behandlung) ein Setting mit multiprofessionellem Behandlungsteam und die Berücksichtigung systemischer und/oder psychodynamischer Konzepte ebenfalls hilfreich sein.

Gesamte Begründung des SV, siehe Anhang der Langfassung III.3.



publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 6. EMPFEHLUNGEN ZU KINDERTAGESSTÄTTEN- UND SCHULZENTRIERTEN INTERVENTIONEN<sup>9</sup>

Kindertagesstätten- und schulzentrierte Interventionen umfassen in dieser LL Interventionen, die vorwiegend als universelles Präventionsprogramm im Gruppenformat für das schulische Setting entwickelt wurden. Schulbezogene Interventionen können entweder spezifisch, beispielsweise nur auf Lehrer, ausgerichtet sein oder auf Veränderungen abzielen, die das ganze Ökosystem Schule umfassen, um das Klima der Schule gesamtheitlich zu verändern.

### Schlüsselfragen:

- S1:** Sind universelle präventive Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen wirkungsvoll bei der Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?
- S2:** Sind erzieher- oder lehrerzentrierte therapeutische Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen wirkungsvoll bei auffälligen Kindern oder Jugendlichen zur Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen?
- S3:** Welches Therapieformat und welche Therapiemethoden sollten umgesetzt werden?
- S4:** Liegen im deutschen Sprachraum evidenzbasierte erzieher- oder lehrerzentrierte therapeutische Therapieprogramme vor, die in Kindertagesstätten oder Schulen eingesetzt werden können?

### 6.1. Empfehlungen zur Indikation präventiver Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen

**6.1.1.** In Gruppen von Kindertagesstätten oder in Schulklassen sollten Kindern im Alter von 3 bis 7 Jahren mit einem deutlichen Risiko zur Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens Trainings-/Unterrichtseinheiten zur Verbesserung der sozial-emotionalen und Problemlösekompetenz angeboten werden. Folgende Faktoren erhöhen das Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens:


- Niedriger sozioökonomischer Status
- Hinweise auf Entwicklungsrückstände und/oder geringe schulische Leistungen
- Kindesmisshandlung
- Paarkonflikte der Eltern
- Getrennte oder geschiedene Eltern
- Elterliche psychische Störung inklusive Substanzmissbrauch
- Elterliche Delinquenz

*Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 100%*

*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 6.3., Schlüsselfrage 1*

<sup>9</sup> Unter kindergarten- und schulbasierten therapeutischen Interventionen werden mitunter auch kindzentrierte Interventionen verstanden, die in der Schule mit auffälligen Kindern durchgeführt werden. Diese Interventionen werden in dieser LL entweder als patientenzentrierte Interventionen eingeordnet und die entsprechenden Evidenzbelege im Kapitel II.4 dargestellt oder sind als Bestandteil eines multimodalen Behandlungsprogramms definiert (siehe II.6).

Qualität der Evidenz bei KKK: Expertenkonsens, Kapitel zu Evidenzen zu den Empfehlungen finden sich in der Langfassung und in den jeweiligen Evidenztabellen im Anhang des Leitlinienreport III. 4

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**6.1.2.** Universelle Trainings zur Verbesserung der sozial-emotionalen und Problemlösekompetenz, welche die gesamte Klasse/Gruppe einbeziehen, sollten in einer positiven Atmosphäre angeboten werden und Methoden einsetzen,

- welche die Wahrnehmung der eigenen Gefühle und die der andern fördern;
- die Selbstkontrolle von emotionaler Erregung und von Verhalten unterstützen;
- die ein positives Selbstkonzept und gute Gleichaltrigenbeziehungen fördern,
- die sozial-kognitiven Problemlösefähigkeiten verbessern.

*Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: Empfehlung, Konsensus: 100 %*

*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 6.3., Schlüsselfrage 1*


## 6.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiestrategien

**6.2.1.** Bei Kindern mit ausgeprägtem oppositionellem, aggressivem oder dissozialem Verhalten in der Kindertagesstätte oder in der Schule sollten Interventionen in diesem Umfeld geplant und pädagogische Fachkräfte parallel zu und orientiert an Elterntrainings im Einzel- oder Gruppenformat geschult bzw. beraten werden (Erziehertrainings, Lehrertrainings). Diese Interventionen zielen darauf ab, das Verständnis der Pädagogen für die Symptomatik zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten zu optimieren, um expansive Verhaltensprobleme sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes oder Jugendlichen zu vermindern.

*Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 100 %*

**6.2.2.** Interventionen in der Kindertagesstätte oder in der Schule, die auf ein einzelnes Kind oder einen Jugendlichen mit problematischem Verhalten zentriert sind, können an präventiven Maßnahmen anknüpfen, die auf der Ebene der Gruppe/ Klasse oder der Kindertagesstätte/der Schule ansetzen (z. B. Streitschlichterprogramm, Training von sozialen Kompetenzen oder Thematisierung von Fairness im Unterricht, Gestaltung des Pausenhofes und der Pausenaufsicht; Erarbeitung von Regeln für die Gruppe oder Klasse).

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 7. EMPFEHLUNGEN ZU MULTIMODALEN INTERVENTIONEN

**Beschreibung:** Multimodale Interventionen und Multikomponenten-Interventionen<sup>10</sup> sind auf mehrere Behandlungsebenen ausgerichtet. Während bei multimodalen Therapieansätzen verschiedene Ebenen konzeptuell aufeinander abgestimmt sind und Behandlungsziele durch eine gemeinsame Fallführung bzw. durch Casemanagement Ziele koordiniert werden (Beispiel multisystemische Therapie oder multimodale Familientherapie), stehen in Multikomponenten-Ansätzen verschiedene Behandlungsebenen (patientenzentriert, elternzentriert, schulzentriert) weitgehend unverbunden nebeneinander und einzelne Interventionen sind konzeptuell nicht aufeinander abgestimmt.

### Schlüsselfragen:

- S1: Sind multimodale Interventionen bzw. Multi-Komponentenbehandlungen wirksam, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Für welchen Altersbereich sind sie indiziert?
- S2: In welchem Therapieformat, mit welcher Intensität und mit welchen Therapiemethoden sollten multimodale Interventionen durchgeführt werden?

### 7.1. Empfehlungen zur Indikation für multimodale Interventionen

**7.1.1.** Eine multimodale Behandlung soll bei Kindern und Jugendlichen, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein subklinisch ausgeprägtes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, umgesetzt werden, wenn sich die Symptomatik auf mehrere Lebensbereiche erstreckt.

*Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: A (Starke Empfehlung), Konsensus: 92.31%*

*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 7.3., Schlüsselfrage 1*


**7.1.2.** Bei einer schwerwiegenden Symptomatik soll bei Jugendlichen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind, eine multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden.

*Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: starke Empfehlung, Konsensus: 92.31%*

*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 7.3., Schlüsselfrage 1*

<sup>10</sup> Eine differenzierte Beschreibung und Definition multimodaler Behandlungsprogramme für SSV findet sich in Kapitel II.3, Langfassung. Familientherapeutische Ansätze werden mit Ausnahme der multidimensionalen Familientherapie) entsprechend NICE nicht zu den multimodalen Ansätzen gezählt (detaillierte Beschreibung siehe Langfassung).

Qualität der Evidenz bei KKK: Expertenkonsens, Kapitel zu Evidenzen zu den Empfehlungen finden sich in der Langfassung und in den jeweiligen Evidenztabellen im Anhang des Leitlinienreport III.4

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 7.2. Empfehlungen zum Therapieformat und den Therapiemethoden

**7.2.1.** Eine multimodale Intensivbehandlung soll das Kind oder den Jugendlichen und Eltern oder Betreuer miteinbeziehen und soll:

- einen direkten und unterstützenden Fokus auf das familiäre System haben (familienzentriert)
- das gesamte Lebensumfeld des Jugendlichen einbeziehen
- bei der Umsetzung und Koordination von einem Casemanagement/fallführenden Therapeuten koordiniert werden
- in der Regel 3 bis 4 Sitzungen wöchentlich über die Zeitdauer von 3 bis 5 Monaten beinhalten

Für die Familie sollte eine Rufbereitschaft eines Mitglieds des Behandlungsteams, auch außerhalb der normalen Bürozeiten, vorgehalten werden.

*Evidenzstärke: hoch, Empfehlungsgrad: A (Starke Empfehlung), Konsensus: 84.62%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 7.3., Schlüsselfrage 2*


**7.2.2.** Bei der Umsetzung als separat konzipierter Behandlungskomponenten sollte eine Integration der einzelnen Behandlungskomponenten in ein Gesamtbehandlungskonzept erfolgen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 84.62%*

**7.2.3.** Multimodale Interventionen sollten

- auf einem positiv evaluierten kognitiv-behavioralen systemisch ausgerichteten Therapiekonzept beruhen und entsprechende Therapiematerialien verwenden, um eine konsistente Umsetzung der Interventionen zu gewährleisten
- auf relevante Risikofaktoren (z. B. geringe elterliche Aufsicht, Einbindung des Jugendlichen in eine delinquente Gleichaltrigengruppe, gesundheitsschädigendes Verhalten wie Drogenkonsum) fokussieren sowie protektive Faktoren stärken (z. B. positive schulische Entwicklung)

*Evidenzstärke: moderat, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 84.62%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 7.3., Schlüsselfrage 2*

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 8. EMPFEHLUNGEN ZU PHARMAKOLOGISCHEN INTERVENTIONEN

### Schlüsselfragen:

- S1: Sind pharmakologische Interventionen wirksam, um oppositionelles und aggressives Verhalten zu vermindern? Für welchen Altersbereich sind sie indiziert?
- S2: Wie sind Nutzen und Risiken pharmakologischer Interventionen zur Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten einzuschätzen?
- S3: Was ist bei einer Notfallmedikation zu beachten?

### 8.1. Empfehlungen zur Indikation pharmakologischer Interventionen

**8.1.1.** Eine Pharmakotherapie soll nicht routinemäßig zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens durchgeführt werden. Die Indikationsstellung und Behandlung soll durch einen Spezialisten für Pharmakotherapie bei Verhaltensstörungen bei Kindern und/oder Jugendlichen erfolgen. Die Schwere der Symptomatik und die Einschränkung des Funktionsniveaus des Patienten sollen bei der Indikationsstellung mitberücksichtigt werden. Eine alleinige Pharmakotherapie ohne begleitende Psychoedukation und psychosoziale/psychotherapeutische Maßnahmen ist nicht indiziert. Obligat ist die regelmäßige Überprüfung der weiterbestehenden Notwendigkeit, Wirksamkeit und Verträglichkeit der medikamentösen Therapie.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*


**8.1.2.** Kinder und Jugendliche sowie deren Sorgeberechtigte sollen eingehend über Nutzen und Risiken einer medikamentösen Therapie aufgeklärt werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*

**8.1.3.** Gegenwärtig gibt es in Deutschland keine behördlich zugelassene Substanz zur Behandlung der Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter. Die Besonderheiten einer off-label Verordnung zur Behandlung von Symptomen einer SSV müssen berücksichtigt werden.<sup>11</sup>

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*

<sup>11</sup> In Deutschland wird vor Marktzulassung die therapeutische Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität beurteilt. Zulassungen unterliegen einem dynamischen Prozess, sodass der aktuelle Zulassungsstatus bei Verschreibung beachtet werden muss. Im Rahmen der Therapiefreiheit kann eine Ärztin oder ein Arzt ein Medikament verschreiben, das nicht zugelassen ist (etwa für die entsprechende Altersgruppe oder Indikation). Voraussetzung dafür ist, dass Alternativen erfolglos sind oder nicht bestehen, eine Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgt ist und der Therapieansatz wissenschaftlich plausibel erscheint. Unter „off-label“ use wird der Einsatz eines Arzneimittels in einem Anwendungsgebiet verstanden, auf das sich die Zulassung nicht erstreckt. Dabei ist zu beachten, dass die Anwendung z.B. nur auf bestimmte Altersgruppen, eine bestimmte Zeitdauer, bestimmte Indikationen, Dosierungen, Dosierintervalle, Darreichungsformen und Begleiterkrankungen beschränkt sein kann. Dies sagt noch nichts über die Wirksamkeit bestimmter Substanzen zur Behandlung einer psychiatrischen Indikation aus. Im Rahmen dieser Leitlinie werden mitunter Empfehlungen ausgesprochen, die einen off-label bedingen, da die Empfehlungen sich an Evidenz für den Einsatz, Wirksamkeit und Verträglichkeit orientieren. Der off-label Einsatz hat aber haftungsrechtliche Aspekte und Implikationen für die Medikamentenaufklärung, sodass vor Verschreibung einer Substanz deren aktueller Zulassungsstatus geprüft werden soll. Weitere Ausführungen siehe auch Langfassung, Kapitel 3.7.

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**8.1.4.** Wenn psychosoziale/psychotherapeutische Interventionen unzureichend waren, sollte eine medikamentöse Behandlung (keine Dauerbehandlung) bei schwerwiegender Aggressivität mit Wutausbrüchen und ausgeprägter emotionaler Dysregulation erwogen werden. Die höchste Evidenz besteht hier für Risperidon.

*Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: B (Empfehlung), Konsensus: 100 %*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 8.1., Schlüsselfrage 1*

**8.1.5.** Bei einer Pharmakotherapie mit Risperidon sollten insbesondere die folgenden möglichen Nebenwirkungen (NW) berücksichtigt werden:


- metabolische NW (einschl. Gewichtszunahme und Diabetes mellitus)
- extrapyramidale NW (einschl. akute Dyskinesien, Akathisie, Dystonie, Parkinsonoid und malignes neuroleptisches Syndrom, möglicherweise irreversible Spätdyskinesien),
- kardiovaskuläre NW (einschl. QT-Zeit Verlängerung) sowie
- hormonelle/endokrine Nebenwirkungen (einschl. Prolaktinerhöhung).<sup>12</sup>

Folgende Untersuchungen sollten vor einer medikamentösen Behandlung mit Risperidon durchgeführt und dokumentiert werden:

- Messung von Körpergröße und Körpergewicht
- Messung von Puls und Blutdruck
- Blutuntersuchung mit Bestimmung von Nüchternblutglukose, Blutfetten und Prolaktin
- Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen im Rahmen einer neurologischen Untersuchung
- Beurteilung von Ernährungszustand, Ernährungsweise und Grad der körperlichen Aktivität
- EKG

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*

<sup>12</sup> Wissenschaftliche Evidenz zu möglichen hirnstrukturellen Veränderungen: In der wissenschaftlichen Literatur wurde im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie mehrfach eine Abnahme der corticalen Dicke in bestimmten Arealen (v.a. temporal und [prä]frontal) beschrieben, die mit der Schwere der Erkrankung assoziiert scheint (vgl. Neeltje et al., 2011). Dabei zeigt sich, dass die kumulative Dosis an Antipsychotika in Zusammenhang mit der Abnahme der corticalen Dicke gebracht werden konnte (Review: Moncrieff & Leo, 2010), die sich im Vergleich zwischen konventionellen und atypischen Antipsychotika vor allem bei konventionellen Antipsychotika zeigten (Neeltje et al., 2011). Auch in Tierversuchen an Ratten wurde dies gezeigt (Vernon et al., 2011; Vernon et al., 2014). Die Studienlage ist aber widersprüchlich und so konnten in anderen Studien wiederum kein Zusammenhang gezeigt werden (Nesvag et al., 2008), bzw. eine Abnahme schon bei Beginn der Erkrankung bei unmedizierten Patienten (Rais et al, 2012). Eine neuere Studie berichtete, dass obgleich es unter Antipsychotika Therapie zu einer Abnahme der corticalen Dichte kam, es dennoch zu einer klinischen Verbesserung führte (Amed et al., 2015), sodass unklar bleibt, ob die Abnahme der corticalen Dichte auch mit einer Funktionsbeeinträchtigung einhergeht. Aufgrund fehlender vorliegender Studien aus dem Kindes- und Jugendalter und auch aufgrund der Tatsache, dass die im Rahmen der Behandlung impulsiven Verhaltens angewendeten Antipsychotika Dosen geringer sind als jene zur Behandlung der Schizophrenie bleibt unklar, inwiefern die referierten Befunde eine Relevanz für die psychopharmakologische Behandlung der Impulsivität im Kindes- und Jugendalter besitzen. Basierend auf dem derzeitigen Stand der Wissenschaft lassen sich keine Handlungsempfehlungen aus diesen Erkenntnissen herleiten.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**8.1.6.** Jede medikamentöse Behandlung soll sorgfältig evaluiert werden. Gründe für ein Absetzen oder das Fortsetzen der Behandlung sowie Folgen der jeweiligen Entscheidung sollten ebenfalls dokumentiert werden.<sup>13</sup>

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*

**8.1.7.** Die Wirkung einer symptomatischen Psychopharmakotherapie sollte im Verlauf überprüft und die Behandlung mit einer spezifischen Substanz umgestellt oder abgebrochen werden, wenn nach 6 Wochen keine klinisch relevante Verbesserung der Symptomatik eingetreten ist.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*

**8.1.8.** Liegt eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens vor, soll bei Indikation zu einer pharmakologischen Therapie eine Behandlung mit den zur Behandlung von Hyperkinetischen Störungen zugelassenen Substanzen auch zur Verringerung der Sozialverhaltensstörung, oppositionellen und/oder aggressiven Symptomatik erfolgen. Dabei können in erster Linie Stimulanzen (Methylphenidat, Amfetaminpräparate), bei Nichtansprechen auch Nicht-Stimulanzen (Atomoxetin, Guanfacin) eingesetzt werden. Bei fehlenden Kontraindikationen sind Stimulanzen den Nicht-Stimulanzen vorzuziehen.

*Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung), Konsensus: 100 %  
Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 8.1., Schlüsselfrage 1*


**8.1.9.** Wenn neben der Störung des Sozialverhaltens, Symptome von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und/oder Hyperaktivität vorliegen, die nicht die diagnostischen Kriterien einer hyperkinetischen Störung erfüllen, kann ebenfalls ein Behandlungsversuch mit Substanzen, die zur Behandlung der Hyperkinetische Störung zur Anwendung kommen, indiziert sein.

*Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100 %  
Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 8.1., Schlüsselfrage 1*

**8.1.10.** Bei Kindern und Jugendlichen mit einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens und schwerwiegendem impulsivem aggressivem Verhalten kann eine Monotherapie oder Kombinationsbehandlung mit einem atypischen Neuroleptikum, z.B. Risperidon, erwogen werden, sollte sich unter einer medikamentösen Monotherapie mit Substanzen zur Behandlung der Hyperkinetischen-Symptomatik keine ausreichende Besserung der aggressiven Symptomatik ergeben haben.

*Evidenzstärke: Hoch, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100 %  
Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 8.1., Schlüsselfrage 1*

<sup>13</sup> - Dokumentation (a) der Indikation, (b) des erwarteten Nutzens, (c) der Risiken der Pharmakotherapie, (d) des Zeitraums, in dem eine Verbesserung der Symptomatik erwartet wird sowie (e) eventueller Nebenwirkungen, die unter der Behandlung auftreten  
- Eindosierung und Dosierung sollten sich an den Empfehlungen der Fachinformation orientieren. Evtl. höhere Tagesdosen sollten begründet und dies dokumentiert werden.  
- Die medikamentöse Behandlung sollte – insbesondere während der Eindosierung – systematisch überwacht und dokumentiert werden. Dies sollte folgendes beinhalten: (a) Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung (b) Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen, (c) Überwachung von Körpergröße und Körpergewicht, (d) Durchführung von Blutkontrollen (einschließlich Bestimmung von nüchtern Glukose, HbA1c, Blutfetten und Prolaktin), (e) Beurteilung der Medikamentenadhärenz, (f) Beurteilung der physischen Gesundheit

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**8.1.11.** Liegt eine Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung vor, kann bei Indikation zu einer pharmakologischen Therapie eine Behandlung mit SSRI (primär Fluoxetin) auch zur Verringerung der aggressiven Symptomatik erfolgen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100 %*

**8.1.12.** Bei Patienten, bei denen o.g. medikamentöse Behandlungsversuche nicht wirksam waren, kann eine Behandlung mit Valproat erwogen werden. Die Anwendung von Valproat kann bei weiblichen Patienten nur unter Vorbehalt unter Berücksichtigung der aktuellen Sicherheitsbedenken (polyzystische Ovarien, Kontrazeption) empfohlen werden.

*Evidenzstärke: Sehr gering, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 84.62%*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 8.1., Schlüsselfrage 1,2*

**8.1.13.** Als ultima ratio kann bei Patienten mit therapieresistenter Symptomatik eine Behandlung mit Lithium unter stationären Bedingungen erwogen werden. Der Einsatz ist aufgrund der geringen therapeutischen Breite limitiert.

*Evidenzstärke: Gering, Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung), Konsensus: 100 %*  
*Hinweis zur Evidenz siehe Langversion, II 8.1., Schlüsselfrage 3*

## 8.2. Empfehlungen zur Notfallmedikation

**8.2.1.** Der Einsatz von niedrigpotenten, konventionellen Antipsychotika und Benzodiazepinen als Notfallmedikation zur Behandlung psychomotorischer Erregungszustände kann bei Kindern und Jugendlichen indiziert sein. Dabei muss der Zulassungsstatus beachtet werden und es muss ggf. über den off-label Einsatz aufgeklärt werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 75%*

**8.2.2.** Nach Gabe einer PRN<sup>14</sup> Medikation (Bedarfsmedikation) soll eine kontinuierliche Überwachung des physischen und emotionalen Zustandes des Patienten gewährleistet sein.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 91.6%*

**8.2.3.** Benzodiazepine können zur akuten Medikation von psychomotorischen Erregungszuständen zur Anwendung kommen, wobei sich der Zulassungsstatus für die verschiedenen Bereiche unterscheidet. Es liegen zumeist mehrere Applikationsformen vor. Ein Vorteil stellt das Vorhandensein eines Antidots (Flumazenil) dar.


*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 91.6%*

**8.2.4.** Eine längerfristige Gabe von Benzodiazepinen sollte wegen möglicher Gewöhnungseffekte und einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung vermieden werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 75%*

<sup>14</sup> PRN: pro re nata (bei Bedarf)



publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## **9. EMPFEHLUNG ZUR DEESKALATION UND ZUM EINSATZ VON ZWANGSMASSNAHMEN BEI AKUT AGGRESSIVER SYMPTOMATIK (VOR ALLEM BEI SELBST- UND/ODER FREMDGEFÄHRDUNG)**<sup>15</sup>

### **Schlüsselfragen:**

S12: Welche Maßnahmen sind geeignet, um angemessen mit akut auftretenden aggressiven Verhaltensweisen umzugehen (Maßnahmen zur Deeskalation)?

S13: Was ist bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen zu berücksichtigen?

**9.1.** Deeskalationsstrategien sollen in allen Behandlungs- und Betreuungssettings angewandt werden. Deshalb soll sichergestellt werden, dass Mitarbeitende im Umgang mit akut aggressivem und gewalttätigem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen ausreichend geschult werden. Ein entsprechendes Trainingsprogramm sollte psychosoziale Interventionen vermitteln, die den Einsatz von restriktiven Maßnahmen oder von Zwangsmaßnahmen verhindern oder weitestgehend reduzieren und das Erlernen einer angemessenen, deeskalierenden Kommunikation zum Ziel haben.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.2.** Die Schulung des pädagogischen und therapeutischen Fachpersonals soll neben der Vermittlung effizienter Strategien im Umgang mit grenzverletzendem Verhalten insbesondere Psychoedukation hinsichtlich der Entstehung und Funktion aggressiven Verhaltens beinhalten, mit dem Ziel das Verständnis für bestehendes Problemverhalten zu vertiefen und eine professionelle Haltung zu fördern.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*


**9.3.** Bei der Umsetzung von Methoden zur Vermeidung von Gewalt und Aggression sollten nicht nur patientenbezogene Faktoren berücksichtigt werden, sondern auch Faktoren bei den Fachkräften und umfeldbezogene Faktoren. Zu den Faktoren auf Seiten der Fachkräfte zählen beispielsweise die Erfahrung und Ausbildung oder Eindeutigkeit hinsichtlich der beruflichen Rollendefinition. Zu den umfeldbezogenen Faktoren gehören der Betreuungsschlüssel pro Kind/Jugendlichem, der bauliche Zustand und die Ausstattung der Einrichtung, der pro Patient zur Verfügung stehende Platz sowie das Ausmaß und die Qualität der multidisziplinären oder fachübergreifenden Zusammenarbeit.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.4.** Da die pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven und dissozialen Kindern und Jugendlichen insbesondere im teilstationären und stationären Milieu und bei stationersetzenden Maßnahmen außerordentlich belastend sein kann, sollte eine kontinuierliche Supervision aller an der Behandlung beteiligten Fachkräfte, insbesondere für pädagogische und pflegerische Fachkräfte, ermöglicht werden. Aggressive Übergriffe sollen unmittelbar dokumentiert werden. Nach aggressiven Zwischenfällen sollte das Geschehen im multidisziplinären Team reflektiert werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

<sup>15</sup> Hinweise zur Evidenz siehe Langversion der Leitlinie, II.3.2., Schlüsselfrage S12,

publiziert bei:	 <small>Das Portal der wissenschaftlichen Medizin</small>			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**9.5.** Deeskalationstechniken sollten folgende Aspekte umfassen:

- Die Zusammenhänge zwischen konkreten Auslösern und aufrechterhaltenden Faktoren aggressiven Verhaltens verstehen, insbesondere frühe Anzeichen der Erregung erkennen.
- Anforderungen an die kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen anpassen, um das Risiko für reaktiv aggressive Verhaltensweisen zu reduzieren.
- Deeskalationstechniken (Ablenkung, Beruhigung, Entspannungstechniken, etc.) vermitteln und Betroffene bei der Umsetzung im Alltag unterstützen.
- Kindern und Jugendlichen in hohen Erregungszuständen einen ruhigen Ort anbieten, um die aggressionsauslösende Situation verlassen zu können und sich selbst oder mit Unterstützung beruhigen zu können.
- Aktiv Möglichkeiten bieten, die dem Kind/Jugendlichen einen Wiedereinstieg in die Gruppensituation ermöglichen (und durch die die pädagogische/therapeutische Beziehung aufrechterhalten werden kann).
- Kinder und Jugendliche über Konsequenzen aggressiven Verhaltens präventiv vorab ausreichend informieren.
- Bei Entscheidungen zu Konsequenzen sollen wesentliche individuelle Aspekte auf Seiten des Kindes oder Jugendlichen ausreichend Berücksichtigung finden (kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen, traumatische Vorerfahrungen).

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.6.** Zwangsmaßnahmen sollen ausschließlich zum Einsatz kommen, wenn alle anderen Maßnahmen zur Deeskalation erfolglos waren.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.7.** Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen soll auf Situationen beschränkt sein, in denen durch das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdung des Kindes/Jugendlichen selbst oder anderer Personen besteht und/oder es zu einer schwerwiegenden Beschädigung von Gegenständen kommt.


*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.8.** Zwangsmaßnahmen müssen prinzipiell von Ärzten angeordnet werden und können zur akuten Gefahrenabwehr von nichtärztlichen Fachkräften auch ohne vorherige Anordnung initiiert werden. Sie bedürfen dann aber zeitnah einer ärztlichen Überprüfung. Bei der Umsetzung von Zwangsmassnahmen soll eine kontinuierliche Überwachung und Dokumentation erfolgen, um das körperliche und emotionale Befinden des Kindes/Jugendlichen zu überprüfen und zu protokollieren. Die Indikation zur Fortführung und ggf. Reduzierung der Zwangsmaßnahme ist in adäquaten Abständen zu überprüfen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.9.** Die Sorgeberechtigten sollen bei Akutmaßnahmen (bei Gefahr im Verzug) über den Einsatz von Zwangsmassnahmen im Nachhinein informiert werden. Besteht die Möglichkeit, die Sorgeberechtigten vor der Umsetzung einer Zwangsmaßnahme aufzuklären und ihre Einwilligung einzuholen, soll die Einwilligung eingeholt werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

**9.10.** Zwangsmedikation soll zunächst, wenn keine medizinischen Kontraindikationen bestehen, oral angeboten werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.11.** Mechanische Fixierung sollte bei Kindern unterlassen werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.12.** Mechanische Fixierung soll nur durch geschulte Fachkräfte durchgeführt werden und soll nur bis zur Beruhigung erfolgen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%<sup>16</sup>*

**9.13.** Bei mechanischer Fixierung muss 1) eine 1:1 Überwachung durch geschulte Fachkräfte erfolgen. Dabei soll dem körperlichen Zustand des Patienten angemessen eine regelmäßige Überprüfung der Vitalzeichen erfolgen, auf Hydrierung und Ernährung soll geachtet werden. Außerdem gilt es 2), den ordnungsgemäßen Sitz der Fixierung regelmäßig zu überprüfen.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus für Soll-Empfehlung 1): 100%<sup>17</sup>*

**9.14.** Jeder Einsatz von Zwangsmassnahmen soll unter Angabe von Datum, Uhrzeit, Anlass, Dauer und Art der durchgeführten Massnahmen und Name des anordnenden Arztes dokumentiert werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.15.** Isolation in einem abgeschotteten Raum: die Entscheidung, inwieweit ein Kind/Jugendlicher in einem abgeschotteten Raum unterzubringen ist, soll von einem Arzt getroffen werden. Das Kind soll dabei immer von Fachpersonal unmittelbar überwacht werden. Eine alleinige Video-Kontrolle ist nicht ausreichend. Eine Isolierung soll nur bis zur Beruhigung erfolgen. Jede Isolierung soll schriftlich dokumentiert werden.


*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

**9.16.** Nach Abschluss von Zwangsmaßnahmen sollen diese mit dem betroffenen Patienten zeitnah therapeutisch bearbeitet werden.

*Empfohlen als gute klinische Praxis (KKP), Konsensus: 100%*

<sup>16</sup> Nach Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (Az.: 2 BvR 309/15 u.a.) ist eine Fixierung ohne richterliche Anordnung nur für 30 Minuten zulässig und es muss für die Zeit der Fixierung eine Eins-Zu-Eins-Betreuung durch qualifiziertes Pflegepersonal sichergestellt sein.

<sup>17</sup> Die Empfehlung wurde vor dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 24.Juli (Az.: 2 BvR 309/15 u.a.) als eine Soll-Empfehlung einstimmig konsentiert. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes ist eine Fixierung ohne richterliche Anordnung nur für 30 Minuten zulässig und es muss für die Zeit der Fixierung eine Eins-Zu-Eins-Betreuung durch qualifiziertes Pflegepersonal sichergestellt sein. Daher wurde die Empfehlung nach der Konsentierung von der Steuerungsgruppe in eine Muss-Empfehlung umgewandelt. Empfehlungen zur Deeskalation schliessen auch Empfehlungen der NG10 Leitlinie ein: Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10).

publiziert bei:			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens	
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung


### III. Anhang

#### 1. Anhang: Deutschsprachige psychometrisch untersuchte Verfahren zur Erfassung von SSV-Symptomatik, aggressivem Verhalten oder spezifischen Aspekten von Aggressivität im Kindes- und Jugendalter

Bereich	Klinisches Urteil (Altersbereich in Jahren)	Eltern-/Erzieher/ Lehrerurteil (Altersbereich in Jahren)	Selbsturteil (Altersbereich in Jahren)
Erfassung von SSV-Symptomatik (nach ICD-10/ DSM-5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DCL-SSV, DISYPS-III (4-18 J)</li> <li>• ILF-EXTERNAL, DISYPS-III (4-18 J)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FBB-SSV, DISYPS-III (4-18 J)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SBB-ADHS, DISYPS-III, 11-18 J)</li> </ul>
Erfassung von aggressivem Verhalten oder spezifischen Aspekten von Aggressivität		<ul style="list-style-type: none"> <li>• BASYS-F / -L (3-16 J)</li> <li>• BFK-L (4-11 J)</li> <li>• EF-PF (3-18 J)</li> <li>• FAVK-F (4-14 J)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BFK-K (8-11 J)</li> <li>• DAF (10-17 J)</li> <li>• EAS (9-12 J)</li> <li>• FAVK-S (9-14 J)</li> <li>• FEEL-KJ (10-19 J)</li> <li>• FEKS (8-12 J)</li> <li>• FEPAA (12-16 J)</li> <li>• IVE (9-14 J)</li> <li>• K-FAF (ab 15 J)</li> <li>• Scout-Test (6-12 J)</li> <li>• STAXI-2 (ab 16 J)</li> <li>• YPI-S (12-25 J)</li> </ul>

Anmerkung: Störungsübergreifende Instrumente, die auch Aspekte von Störungen des Sozialverhaltens erfassen sind nicht berücksichtigt

BASYS-F	Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings im Fremdurteil von nicht-teilnehmende Fachpersonen (Wettstein, 2008)
BASYS-L	Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings im Fremdurteil von Lehrkräfte (Wettstein, 2008)
BFK-L	Bullying- und Viktimisierungsfragebogen für Lehrer- und Erzieherurteil (Marees & Petermann, 2010)
BFK-K	Bullying- und Viktimisierungsfragebogen für Selbsturteil (Marees & Petermann, 2010)
DAF	Differentieller Aggressionsfragebogen zur Selbstbeurteilung (Petermann & Beckers, 2014)
DCL-SSV	Diagnose-Checkliste SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
EAS	Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen im Selbsturteil (Petermann & Petermann, 2015)
EF-PF	Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie (Döpfner et al., 2013)
FAVK-F	Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern zur Fremdbeurteilung (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010)
FAVK-S	Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern zur Selbstbeurteilung (Görtz-Dorten & Döpfner, 2010)
FBB-ADHS	Fremdbeurteilungsbogen für SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
FEEL-KJ	Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation im Selbsturteil (Grob & Smolenski, 2009)
FEKS	Fragebogen zur Erfassung der kindlichen Steuerung (Pauls & Reicherts, 1991)
FEPAA	Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten (Lukesch, 2006)
ILF-EXTERNAL	Interviewleitfaden für Externale Störungen aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Görtz-Dorten & Döpfner, 2018)
IVE	Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie zur Selbstbeurteilung (Stadler et al., 2004)
K-FAF	Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressionsfaktoren zur Selbstbeurteilung (Heubrock & Petermann, 2008)
SBB-SSV	Selbstbeurteilungsbogen für SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
Scout-Test	Computerbasierter Test im Selbsturteil aus dem sozialen computerunterstützten Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (Görtz & Döpfner, 2016)
STAXI-2	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar zur Selbstbeurteilung (Rohmann et al., 2013)
YPI-S	Youth-Psychopathic-Traits-Inventary zur Selbstbeurteilung (Köhler et al., 2010)

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	Kurzfassung

## 2. Anhang: Deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von SSV-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen<sup>18</sup>

Gelistet sind deutschsprachige Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit SSV-Symptomatik und / oder externaler Symptomatik, die Methoden anwenden, welche sich in deutschsprachigen oder internationalen kontrollierten Studien (randomisierte Kontrollgruppenstudien oder andere Formen von kontrollierten Studien, wie nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudien, Eigenkontrollgruppenstudien) bei der Verminderung von SSV-Symptomen (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen) als wirkungsvoll erwiesen haben. Falls sich das Therapieprogramm in internationalen Studien bewährt hat, muss für den deutschen Sprachraum zumindest eine empirische Prüfung zumindest in einem Prä-Post-Design (ohne Kontrollgruppe) vorliegen. **Wirksamkeitsnachweis** für das Therapieprogramm in der deutschen Fassung wird in folgenden Stufen beurteilt

**Gering:** Mindestens 1 Prä-Post-Studie mit signifikanten Veränderungen im Verlauf der Therapie bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik oder höherwertige Studien zeigen geringe Effekte

**Moderat:** Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte kontrollierte Studie (z.B. nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie, Eigenkontrollgruppenstudie) mit signifikanten Effekten bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen)

**Gut:** Mindestens 1 in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte randomisierte Kontrollgruppenstudie mit signifikanten Effekten bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen)


**Sehr gut:** Mehrere in einer Zeitschrift mit peer-review-System publizierte Kontrollgruppenstudien mit signifikanten Effekten bzgl. SSV-Symptomen, aggressivem Verhalten oder externaler Symptomatik (bei eltern-, kindergarten-, schul- oder patientenzentrierten Interventionen) in verschiedenen Stichproben oder Behandlungskontexten (z.B. ambulant/stationär) oder mit Stabilitätsbelegen; davon mindestens 1 randomisierte Kontrollgruppenstudie.

### <sup>18</sup> Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Interventionen

In einer deutschen Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlung von Kindern mit ADHS und teils komorbider Störung des Sozialverhaltens wurde eine 26monatige ambulante psychoanalytische Langzeitbehandlung nach Staufenberg (2011) mit einer verhaltenstherapeutischen und teilweise auch medikamentösen Therapie verglichen. In der verhaltenstherapeutischen Behandlungsbedingung wurde bei einem Teil der Patienten eine zehntägige kognitiv-behaviorale Therapie (nach Grasmann & Stadler, 2008) oder ein sechswöchiges Konzentrationstraining sowie teilweise auch medikamentöse Therapie zur Behandlung der ADHS durchgeführt (Laezer et al., 2014, 2015; Laezer, 2015). Hinsichtlich des oppositionell-aggressiven Verhaltens im klinischen Urteil, im Elternurteil und im Lehrerurteil ließen sich nach 38 Monaten keine Unterschiede zwischen beiden Behandlungsgruppen feststellen. In beiden Gruppen verminderte sich die Symptomatik in vergleichbarer Weise. Die Studie ist mit erheblichen methodischen Mängeln behaftet:

1. Es wurden keine Randomisierung vorgenommen und darüber hinaus hatten die Patienten beider Gruppen unterschiedliche Zugangswege: die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten wurden in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, die psychoanalytisch behandelten Patienten in einer tiefenpsychologischen Behandlungseinrichtung. Teilweise sind erhebliche Prätestunterschiede festzustellen (mit stärker auffälligen Patienten in der VT-Gruppe).
2. Es wurde keine intention to treat-Analyse über n= 73 Patienten durchgeführt, sondern nur über n= 54 Kinder.
3. Die Verhaltenstherapie der ADHS / Störung des Sozialverhaltens war sehr kurz und nicht konform zur Leitlinien.
4. Die Wirksamkeitsanalysen über n= 54 hatten nur eine statistische power, um große Effekte zu identifizieren.

Daher kann die psychoanalytische Behandlung auf der Grundlage dieser Studien nicht als wirkungsvoll eingeschätzt werden. Die deutschsprachigen störungsspezifischen verhaltenstherapeutischen Programme sind entweder in randomisierten Studien geprüft oder sie basieren auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien, die in internationalen methodisch hochwertigen Studien als erfolgreich belegt worden sind.


publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

## 2.1. Eltern-, kindergarten-, und schulzentrierte und multimodale Präventions- und Therapieprogramme

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
<p>Döpfner, M., Schürmann, S. &amp; Frölich, J. (2013). <b>Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)</b>. (5. Aufl.). Weinheim: Beltz</p> <p>Döpfner, M., Kinnen, C., &amp; Halder, J. (2016). <b>THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten</b>. Manual. Weinheim: Beltz.</p> <p>Kinnen, C., Halder, J., &amp; Döpfner, M. (2016). <b>THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Arbeitsbuch für Eltern</b>. Weinheim: Beltz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezifisches Elterntraining inklusive schulzentrierten und patientenzentrierten Interventionen auf verhaltenstherapeutischer Basis</li> <li>• Modular aufgebautes Manual primär für Einzeltherapie; wird aber auch für Gruppentherapie eingesetzt.</li> <li>• THOP-Gruppenprogramm spezifisch für Elterngruppen entwickelt.</li> <li>• Altersbereich: Kinder von ca. 3 bis 12 Jahren</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Sehr gut:</b> 7 Studien: 6 (teilweise randomisierte) Kontrollgruppenstudien, davon eine im teilstationären Setting, eine Prä-Post-Verlaufsstudie; Stabilisierung von Effekten im Langzeitverlauf (bis zu 8 Jahren)</p> <p>Berk, E., Plück, J. &amp; Döpfner, M. (2008). Zufriedenheit der Eltern mit Elterngruppen auf der Grundlage des Therapieprogramms THOP in der klinischen Versorgung von Kindern mit ADHS-Symptomatik. <b>(Studie 1)</b> Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen-Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 4, 99-108.</p> <p>Döpfner M., Breuer D., Schürmann S., Wolff Metternich T., Rademacher C &amp; Lehmkuhl G (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. <i>European Child &amp; Adolescent Psychiatry</i> 13 (Suppl. 1): 1/117–1/129. <b>(Studie 2)</b></p> <p>Doepfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Wolff Metternich-Kaizman, T., &amp; Schürmann, S. (2016). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An eight year follow-up. <i>Journal of Attention Disorders</i> (epub ahead of print). doi: 10.1177/1087054716659138. <b>(Studie 2)</b></p> <p>Döpfner, M., Ise, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schürmann, S., Rademacher, C., &amp; Breuer, D. (2015). Adaptive multimodal treatment for children with Attention-Deficit-/ Hyperactivity Disorder: An 18 month follow-up. <i>Child Psychiatry &amp; Human Development</i>, 46, 44–56. doi: 10.1007/s10578-014-0452-8 <b>(Studie 2)</b></p> <p>Dreisörner T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). <i>Kindheit und Entwicklung</i> 15: 255–266. <b>(Studie 3)</b></p> <p>Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., &amp; Döpfner, M. (2015). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. <i>BMC Psychiatry</i> 15: 288. doi: 10.1186/s12888-015-0675-7 <b>(Studie 4)</b></p> <p>Jans et al. (2015). Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. <i>Journal of Child Psychology &amp; Psychiatry</i>, 56, 1298 -1313. <b>(Studie 5)</b></p> <p>Lauth G.W., Kausch T.W.E. &amp; Schlottke P.F. (2005). Effekte von eltern- und kindzentrierten Interventionen bei Hyperkinetischen Störungen. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie</i>, 34, 248–257. <b>(Studie 6)</b></p> <p>Salbach H., Lenz K., Huss M., Vogel R., Felsing D. &amp; Lehmkuhl U. (2005). Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern hyperkinetischer Kinder. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 33, 59–68. <b>(Studie 7)</b></p>


publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
<p>Döpfner, M., Schürmann, S. &amp; Lehmkuhl, G. (2017). <b>Wackelpeter &amp; Trotzkopf</b>. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (5. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezifisches Selbsthilfe-Manual auf verhaltenstherapeutischer Basis zur Selbsthilfe für Eltern und andere Bezugspersonen</li> <li>• Altersbereich: Kinder von 3 bis 12 Jahren</li> <li>• Studien teilweise mit Elternheften, die auf der Basis von Wackelpeter &amp; Trotzkopf entwickelt wurden.</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Sehr gut:</b> 5 Studien als angeleitete Selbsthilfe auf der Grundlage des Selbsthilfebuches oder von Elternheften, die darauf basieren (mit Telefonberatung) 2 Prä-Post-Studien; 3 RCT-Studien; Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr)</p> <p>Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S., Woitecki, K., &amp; Doepfner, M. (2017). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: A randomized controlled trial. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i>, 58, 682-690. <b>(Studie 4)</b></p> <p>Hautmann, C., Dose, C., Duda-Kirchhof, K., Greimel, L., Hellmich, M., Imort, S., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K., Schürmann, S., Wolff Metternich-Kaizman, T., &amp; Döpfner, M. (2018). Behavioral versus nonbehavioral guided self-help for parents of children with externalizing disorders in a randomized controlled trial. <i>Behavior Therapy</i> (epub). doi: <a href="https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.002">https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.002</a> <b>(Studie 5)</b></p> <p>Ise, E., Kierfeld, F., &amp; Döpfner, M. (2015). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behaviour. <i>The Journal of Primary Prevention</i>, 36, 33-40. doi: 10.1007/s10935-014-0374-z <b>(Studie 2)</b></p> <p>Kierfeld, F. &amp; Döpfner, M. (2006). Bibliothherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 34, 377-386. <b>(Studie 1)</b></p> <p>Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A., &amp; Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family Intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: A randomized controlled trial. <i>European Child and Adolescent Psychiatry</i> 22, 553-565. <b>(Studie 2)</b></p> <p>Mokros, L., Benien, N., Mütsch, A., Kinnen, C., Schürmann, S., Wolf Metternich-Kaizman, T., Breuer, D., Hautmann, C., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., &amp; Döpfner, M. (2015). Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung: Konzept, Inanspruchnahme und Effekte eines bundesweiten Angebotes – eine Beobachtungsstudie. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>, 43, 275-288. <b>(Studie 3)</b></p>
<p>Eisner, M., Jünger, R., &amp; Greenberg, M. (2006). <b>Gewaltprävention durch die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in der Schule. Das PATHS / PFAD Curriculum</b>. In: <i>Praxis der Rechtspsychologie</i>. 16. Jg. Heft 1/2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internationales universelles schulisches Präventionsprogramm zur Förderung sozialer, kognitiver und sprachlicher Kompetenzen zur Reduktion von nach außen und</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Gering:</b> 2 RCT-Studien; überwiegend sehr begrenzte Effekte und keine Stabilisierung von Effekten im Follow-Up (bis zu 2 und 8 Jahren)</p> <p>Averdijk, M., Zirk-Sadowski, J., Ribeaud, D., &amp; Eisner, M. (2016). Long-term effects of two childhood psychosocial interventions on adolescent delinquency, substance use, and antisocial behavior: A cluster randomized controlled trial.</p>


publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
S. 144-168.	<p>nach innen gerichtete Problemverhalten und Gewalt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenformat</li> <li>• Altersbereich: Kinder von 5 bis 11 Jahren</li> </ul>	<p>Journal Of Experimental Criminology, 12(1), 21-47. <b>(Studie 2: keine Effekte)</b></p> <p>Eisner, M., &amp; Ribeaud, D. (2008). Wie wirkt Frühprävention von Gewalt? Zentrale Ergebnisse des Zürcher Interventions- und Präventionsprogramm an Schulen (zipps). Psychologie &amp; Erziehung, 34(2), 18-25. <b>(Studie 1)</b></p> <p>Malti, T., Ribeaud, D., &amp; Eisner, M. P. (2011). The effectiveness of two universal preventive interventions in reducing children's externalizing behavior: A cluster randomized controlled trial. Journal Of Clinical Child &amp; Adolescent Psychology, 40(5), 677-692. <b>(Studie 2: geringe Effekte)</b></p>
<p>Honkanen-Schoberth, P., Jennes Rosenthal, L (2004). <b>Starke Eltern Starke Kinder. Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes. Mehr Freude – weniger Stress mit den Kindern. Handbuch für Elternkursleiterinnen und Elternkursleiter.</b> Deutscher Kinderschutzbund (DKSB) Bundesverband e.V. Hannover (Hrsg.). Eigenverlag des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) Bundesverband e.V.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeines Elterstraining</li> <li>• Altersbereich: Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Gering:</b> 2 Studien; 1 Kontrollgruppenstudie ohne Angabe von Therapieeffekten, 1 Kontrollgruppenstudie ohne Effekte</p> <p>Rauer, W. (2009). Elternkurs Starke Eltern - Starke Kinder®: Wirkungsanalysen bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen - eine bundesweite Studie. Würzburg: Ergon. (Prä-Post Veränderungen, aber keine Therapieeffekte im SDQ)</p> <p>Tschöpe-Scheffler, S. (2004). Eine Forschungsstudie zum Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. „Starke Eltern – Starke Kinder®“. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 35, 51-66.</p>
<p>Humpert, W., &amp; Dann, H.-D. (2012). <b>KTM kompakt – Basistraining zur Störungsreduktion und Gewaltprävention in pädagogischen und helfenden Berufen auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells.</b> 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universelles Lehrer- und Erzieherprogramm zur Gewaltreduktion und -prävention</li> <li>• Gruppenformat</li> <li>• Altersbereich: Primär- und Sekundarstufen</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Gering:</b> 2 Studien; 1 Kontrollgruppenstudie ohne peer-review, 1 Kontrollgruppenstudie ohne peer-review und ohne Angabe von Therapieeffekten</p> <p>Brosig, K. M. (2007). Verändertes Sozialverhalten im Unterricht : Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM) - kompakt. Eine Evaluationsstudie. Göttingen: Cuvillier.</p> <p>Tennstädt, K.-Ch. / Dann, H.-D . (1987/1992): Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM). Bd. 3: Evaluation des Trainingserfolgs im empirischen Vergleich. Bern: Huber.</p>




publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	


Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
<p>Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006). <b>Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)</b>: Ein Präventionsprogramm. Göttingen: Hogrefe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurzes spezifisches Elterstraining</li> <li>• Präventionsprogramm, Gruppenformat</li> <li>• Altersbereich: Kinder von 5 bis 11 Jahren</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Gering:</b> 3 Studien: 2 Prä-Post-Studien, 1 Kontrollgruppenstudie (ohne Effekte, nur Prä-Post-Veränderungen)</p> <p>Konrad, G. (2002). Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Frankfurt: Peter Lang. (<b>Studie 1</b>)</p> <p>Lauth, G. W., Grimm, K. &amp; Otte, T. A. (2007). Verhaltensübungen im Elterstraining. Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterstraining. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36, 26-35 (<b>Studie 2:</b> Prä-Post-Veränderungen, aber keine Therapieeffekte im HSQ)</p> <p>Lauth, G.W., Otte, A.T. &amp; Heubeck, B. (2009). Effectiveness of a competence training programme for parents of socially disruptive children. Emotional and Behavioral Difficulties, 14, 117-126 (<b>Studie 3</b>).</p>
<p>Plück, J., Wieczorrek, E., Wolff Metternich, T. &amp; Döpfner, M. (2006). <b>Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP)</b>. Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezifisches Elternguppen- und paralleles Erziehergruppentraining auf verhaltenstherapeutischer Basis.</li> <li>• Präventionsprogramm für Kinder mit expansiven Verhaltensweisen</li> <li>• Altersbereich: Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut:</b> 3 Studien (1 randomisierte Kontrollgruppenstudie (mit parallelem Eltern- und Erziehertraining) und 2 Eigenkontrollgruppenstudien (getrennt Elterstraining, Erziehertraining). Stabilisierung von Effekten im Follow-up (bis 1 Jahr)</p> <p>Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. &amp; Döpfner, M. (2006). Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), 117-126 (<b>Studie 1</b>)</p> <p>Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plück, J., Brix, G., Eichelberger, I. &amp; Döpfner, M. (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38, 95-112 (<b>Studie 1</b>).</p> <p>Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J., &amp; Döpfner, M. (2010). Die klinische Signifikanz des Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) im Langzeitverlauf Verhaltenstherapie 20, 265-274. (<b>Studie 1</b>).</p> <p>Hanisch, C., Hautmann, C., Plück, J., Eichelberger, I., &amp; Döpfner, M. (2014). The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behaviour by reducing negative parenting: analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry 55, 473-484. (<b>Studie 1</b>).</p> <p>Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J. &amp; Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
		<p>externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder - generalization to the real world. Journal of Neural Transmission, 115 (2), 363-370. <b>(Studie 1)</b>.</p> <p>Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. &amp; Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. European Child and Adolescent Psychiatry, 19, 419-430. <b>(Studie 2)</b>.</p> <p>Hautmann, C., Hanisch, C., Ilka, M., Plück, J., Walter, D. &amp; Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? Psychotherapy Research, 19, 224-233. <b>(Studie 2)</b>.</p> <p>Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. &amp; Döpfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 379-396. <b>(Studie 2)</b>.</p> <p>Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Görtz-Dorten, A., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., &amp; Döpfner, M. (2013). Any indication for bias due to participation? Comparison of the effects of a parent management training rated by participating and non-participating parents. Clinical Psychology &amp; Psychotherapy 20, 384-393. <b>(Studie 2)</b></p> <p>Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., &amp; Doepfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher based indicated prevention program for pre-school children with externalizing problem behaviour Prevention Science, 16, 233-241. <b>(Studie 3)</b></p>
<p>Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. &amp; Turner, K.M.T. (2006). <b>Trainermanual für das Triple P Einzeltraining</b>. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>Sanders, M. R. , Turner, K.M.T. (2006). <b>Trainermanual für das Teen Triple P</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeines Elterntaining. Das Triple P-Elternarbeitsbuch ist ein Manual zur Selbsthilfe für Eltern</li> <li>• Mehrebenen-Modell (universelle, selektive, indizierte Prävention)</li> <li>• Einzel- und Gruppentraining</li> <li>• Altersbereich: Kinder bis 12 Jahre, Jugendliche (Teen Triple P)</li> <li>• Manuale sind nur im Rahmen der Fortbildung erhältlich.</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis: Sehr gut:</b> International: Meta-Analysen mit mehr als 100 Studien und signifikanten Effekten bei der Veränderung von expansiven Verhaltensauffälligkeiten. Im deutschen Sprachraum mehrerer RCT-Studien zur Wirksamkeit von Triple-P als universelles Präventionsprogramm mit Beleg von Langzeiteffekten</p> <p>Eichelberger, I., Plück, J., Hanisch, C., Hautmann, C., Jänen, N., &amp; Döpfner, M. (2010). Effekte universeller Prävention mit dem Gruppenformat des Elterntrainings Triple P auf das kindliche Problemverhalten, das elterliche Erziehungsverhalten und die psychische Belastung der Eltern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39, 24-32.</p> <p>Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H. &amp; Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled</p>


publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis für das Therapieprogramm / Literatur
<p><b>Gruppenprogramm.</b> PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>Sanders, M. Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. (2009). <b>Das Triple P –Elternarbeitsbuch.</b> PAG Institut für Psychologie AG, (Hrsg. dt. Aufl., 4. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. &amp; Sanders, M. R. (2007). <b>Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm.</b> PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p> <p>Turner, K.M.T., Sanders, M. R. &amp; Markie-Dadds, C. (2006). <b>Beratermanual für die Triple P-Kurzberatung.</b> PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.</p>		<p>universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4:14</p> <p>Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., u.a. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, 82-95.</p> <p>Heinrichs, N., Krüger, S., Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines Elterntrainings. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35, 97-108.</p>


publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

## 2.2. Primär patientenzentrierte Präventions- und Therapieprogramme

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
<p>Aebi, M., Perriard, R., Stiffler Scherrer, B. &amp; Wettach, R. (2011). <b>Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten. Das Baghira-Training.</b> Göttingen: Hogrefe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentraining zur Verbesserung der sozialen und kommunikativen Fertigkeiten, der emotionalen Kompetenzen, der Ärgerkontrolle sowie der Problem- und Konfliktlösefähigkeiten</li> <li>• Altersbereich: Kinder im Alter von 8 bis 13 Jahren</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Moderat</b> : eine Kontrollgruppenstudie</p> <p>Wettach, R. &amp; Aebi, M. (2016). Wirksamkeit einer multimodalen Gruppenbehandlung für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten in der klinischen Grundversorgung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 220-230.</p>
<p>Cierpka, M. (2001). <b>FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten.</b> Göttingen: Hogrefe.</p> <p>Cierpka, M. (Hrsg.) (2003). <b>FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten.</b> Göttingen: Hogrefe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programm zur universellen Prävention von aggressivem und gewaltbareitem Verhalten</li> <li>• Gruppenformat</li> <li>• Altersbereich: Kindergarten, Grundschule, Sekundarstufe</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Gering - Moderat</b>: 3 Studien: 2 Kontrollgruppenstudien, 1 Kontrollgruppenstudie mit klassenweiser randomisierter Zuweisung. Keine Prä-Post-Effekte auf aggressives Verhalten (Studie 1), widersprüchliche Ergebnisse im Kindergartenalter (Studie 2), schwacher Effekt im Langzeitverlauf (Studie 3).</p> <p>Bowi, U., Ott, G. &amp; Tress, W. (2008). Faustlos - Gewaltprävention in der Grundschule. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 509-520. <b>(Studie 3)</b></p> <p>Schick, A. &amp; Cierpka, M. (2003). Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung, 12, 100-110. <b>(Studie 1)</b></p> <p>Schick, A. &amp; Cierpka, M. (2005). Faustlos: Evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. Applied and Preventive Psychology, 11 (3), 157-165. <b>(Studie 1)</b></p> <p>Schick, A. &amp; Cierpka, M. (2006). Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 6,459-474. <b>(Studie 2)</b></p>
<p>Görtz-Dorten, A. &amp; Döpfner, M. (2010). <b>Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezifisches verhaltenstherapeutisches soziales Kompetenztraining mit einem Schwerpunkt auf gleichaltrigenbezogene Aggressionen.</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Gut</b>: 2 Studien: 1 RCT, 1 Eigenkontrollgruppenstudie</p> <p>Goertz-Dorten,A., Benesch,Ch., Hautmann,CH., Berk, E., Faber M., Lindenschmidt, T., Stadermann,R., Schuh. L. &amp; Doeffner,M. (2017). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	


Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
Göttingen: Hogrefe.	<p>Zusätzlich umfeldzentrierte Interventionen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modular aufgebautes Manual.</li> <li>• Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren.</li> </ul>	<p>Defiant Disorders / Conduct Disorders. <i>Psychotherapy Research</i>, 27(3), 326-337.</p> <p>Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., Lindenschmidt, T., Schuh, L., Stadermann, R., &amp; Döpfner, M. (2018). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders - A randomized controlled trial with an active control group. <i>European Child &amp; Adolescent Psychiatry</i> (online first) doi.org/10.1007/s00787-018-1144-x.</p>
Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). <b>Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT)</b> . Göttingen: Hogrefe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezifisches verhaltenstherapeutisches computerbasiertes Problemlöse- und Kompetenztraining</li> <li>• Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren.</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Gering:</b> Noch kein peer-review</p> <p>Görtz-Dorten, A. &amp; Döpfner, M. (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT). Göttingen: Hogrefe.</p>
Grassmann, D. & Stadler, C. (2009). <b>Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression</b> Wien: Springer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dreimonatiges Behandlungsprogramm, das ein zweiwöchiges tagesklinisches verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Intensivtraining in einer Gruppe von sechs Kindern und ein achtwöchiges ambulantes Elternttraining umfasst.</li> <li>• Altersbereich: Kinder von 8 bis 14 Jahren.</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Gut:</b> 1 RCT</p> <p>Stadler, C., Grassmann, D., Clement, W., &amp; Kröger, A. (2012). Störungen des Sozialverhaltens: Wirksamkeit des intensivtherapeutischen Behandlungsansatzes VIA. <i>Kindheit und Entwicklung</i>, 21, 103-113.</p>
Petermann, F. & Petermann, U. (2012) <b>Training mit aggressiven Kindern</b> . 13., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training mit aggressiven Kindern im Einzel- oder Gruppensetting. Fokus auf kindzentrierte Interventionen, zusätzlich Materialien zur Psychoedukation und differenzierte Hinweise zur begleitenden Elternarbeit</li> <li>• Altersbereich: Kinder von 6 bis 12 Jahren.</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Moderat:</b> 4 Studien mit kleinen Stichproben: 1 nicht randomisierte Kontrollgruppenstudie (nur Effekte im Lehrerurteil, nicht im Elternurteil)</p> <p>Petermann, F., Petermann, U., Besier, T., Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C. &amp; Nitkowski, D. (2008). Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe. <i>Kindheit und Entwicklung</i>, 17, 182-189. (Studie 2, Prä-Post)</p> <p>Petermann, U., Nitkowski, D., Polchow, D., Pätel, J., Roos, S., Kanz, F. &amp; Petermann, F. (2007). Langfristige Effekte des</p>

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
		<p>Trainings mit aggressiven Kindern. Kindheit und Entwicklung, 16, 143-151. (Prä-Post)</p> <p>Petermann, U., Kamau, L., Nitkowski, D. &amp; Petermann, F. (2013). Die Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern im Rahmen einer Hochschulambulanz. Kindheit und Entwicklung, 22, 174-180. (Prä-Post)</p> <p>Petermann, U., Krummrich, M., Meier, C., Petermann, F. &amp; Nitkowski, D. (2010). Das Training mit aggressiven Kindern als schulbasiertes Präventionsprogramm. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 57, 132-143. (Kontrollgruppe)</p>
Rademacher, C. & Döpfner, M. (in Vorbereitung). <b>SELBST-Therapieprogramm bei Eltern-Adoleszenten-Konflikten.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm zur Behandlung von Konflikten zwischen Eltern und Adoleszenten. Überwiegend richtet sich das Programm an Jugendliche mit aggressiv-dissozialen Verhaltensauffälligkeiten, aber auch mit anderen psychischen Störungen, in deren Gefolge heftige Eltern-Jugendlichen-Konflikte auftreten.</li> <li>• Altersbereich: Jugendliche von 12 bis 17 Jahren.</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Moderat: 1 Eigenkontrollgruppenstudie</b></p> <p>Rademacher, C., Hautmann, C., &amp; Döpfner, M. (2016). Behandlung von Eltern-Jugendlichen-Konflikten nach dem Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST) – Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 1-12.</p>
Roth, I. & Reichle, B. (2008). <b>Prosoziales Verhalten lernen, „Ich bleibe cool“ (IBC).</b> Weinheim: Beltz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präventionsprogramm zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien sowie Abbau aggressiver Verhaltensweisen.</li> <li>• Gruppenformat</li> <li>• Altersbereich: erste Klasse.</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweise Gut: 1 RCT</b></p> <p>Roth, I., &amp; Reichle, B. (2007). Beziehungsorientierte Intervention am Beispiel des 'Ich bleibe cool'-Trainings zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien bei Kindern im Grundschulalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, 463-482.</p>
Weidner, J. (2008). <b>Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter (ATT).</b> 6. Aufl. Bonn/Bad-Godesberg: Forum.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppentraining für delinquente Jugendliche. Delikt- und defizitspezifische Behandlungsmaßnahme für aggressive</li> </ul>	<p><b>Wirksamkeitsnachweis Gering: Schädlicher Effekt: 1 RCT, keine Effekte</b></p> <p>Weichold, K. (2004). Evaluation eines Anti-Aggressions-Trainings bei antisozialen Jugendlichen., Gruppendynamik &amp; Organisation, Zeitschrift für Angewandte Sozialpsychologie 1, 83-104.</p>

publiziert bei:	 <b>AWMF online</b> Das Portal der wissenschaftlichen Medizin			S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	


Manual	Anmerkung	Wirksamkeitsnachweis
	Intensivtäter. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer 5-6 Monate bei einer mehrstündigen Gruppensitzung pro Woche.</li> <li>• Altersbereich: Jugendliche von 14 bis 21 Jahren.</li> </ul>	

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	


#### IV. Literatur

- Aebi, M., Perriard, R., Stiffler Scherrer, B. & Wettach, R. (2011). Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten. Das Baghira-Training. Göttingen: Hogrefe.
- Ahmed, M., et al. (2015). "Progressive Brain Atrophy and Cortical Thinning in Schizophrenia after Commencing Clozapine Treatment." *Neuropsychopharmacology* 40: 2409.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – ständige Kommission Leitlinien, AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage. 2012. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>. 2012.
- Averdijk, M., Zirk-Sadowski, J., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2016). Long-term effects of two childhood psychosocial interventions on adolescent delinquency, substance use, and antisocial behavior: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, 12(1), 21-47.
- Berk, E., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Zufriedenheit der Eltern mit Elterngruppen auf der Grundlage des Therapieprogramms THOP in der klinischen Versorgung von Kindern mit ADHS-Symptomatik. (Studie 1) Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen-Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 4, 99-108.
- Bowi, U., Ott, G. & Tress, W. (2008). Faustlos - Gewaltprävention in der Grundschule. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 509-520.
- Brosig, K. M. (2007). Verändertes Sozialverhalten im Unterricht : Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM) - kompakt. Eine Evaluationsstudie. Göttingen: Cuvillier.
- Cierpka, M. (2001). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereiten Verhalten. Göttingen: Hogrefe.
- Cierpka, M. (Hrsg.) (2003). FAUSTLOS. Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten. Göttingen: Hogrefe.
- Doepfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Schürmann, S. (2016). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An eight year follow-up. *Journal of Attention Disorders* (epub ahead of print).
- Döpfner M., Breuer D., Schürmann S., Wolff Metternich T., Rademacher C & Lehmkuhl G (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder – global outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13 (Suppl. 1): I/117–I/129.
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017a). Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III) Bern: Hogrefe
- Döpfner, M., Ise, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., Schürmann, S., Rademacher, C., & Breuer, D. (2015). Adaptive multimodal treatment for children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: An 18 month follow-up. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 44–56. doi: 10.1007/s10578-014-0452-8
- Döpfner, M., Kinnen, C., & Halder, J. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. Manual. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2013). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). 5. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2017). Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten (5. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S., Woitecki, K., & Doepfner, M. (2017). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 682-690.




publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	


- Dreisörner T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). *Kindheit und Entwicklung* 15: 255–266.
- Eichelberger, I., Plück, J., Hanisch, C., Hautmann, C., Jänen, N., & Döpfner, M. (2010). Effekte universeller Prävention mit dem Gruppenformat des Elterntrainings Triple P auf das kindliche Problemverhalten, das elterliche Erziehungsverhalten und die psychische Belastung der Eltern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 24-32.
- Eisner, M., & Ribeaud, D. (2008). Wie wirkt Frühprävention von Gewalt? Zentrale Ergebnisse des Zürcher Interventions- und Präventionsprogramm an Schulen (zipps). *Psychologie & Erziehung*, 34(2), 18-25.
- Eisner, M., Jünger, R., & Greenberg, M. (2006). Gewaltprävention durch die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in der Schule. Das PATHS / PFAD Curriculum. In: *Praxis der Rechtspsychologie*. 16. Jg. Heft 1/2. S. 144-168.
- Fehlau, E., Seehagen, S. & Schneider, S. (in Vorbereitung). Bochumer Bildertest zu externalisierenden Störungen. Ruhr-Universität: Bochum.
- Goertz-Dorten, A., Benesch, Ch., Hautmann, Ch., Berk, E., Faber M., Lindenschmidt, T., Stadermann, R., Schuh, L. & Doepfner, M. (2017). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders. *Psychotherapy Research*, 27(3), 326-337.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern. Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2010). Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT). Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). Diagnostik-Modul-Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten. Göttingen: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2018). Interviewleitfäden zum Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III-ILF) Bern: Hogrefe.
- Görtz-Dorten, A., Benesch, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Hautmann, C., Hellmich, M., Lindenschmidt, T., Schuh, L., Stadermann, R., & Döpfner, M. (under revision). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders / Conduct Disorders - A randomized controlled trial with an active control group.
- Grassmann, D. & Stadler, C. (2009). Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression. Wien: Springer.
- Grob, A. & Smolenski, C. (2009). Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. FEEL-KJ. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H. & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4:14
- Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plück, J., Brix, G., Eichelberger, I. & Döpfner, M. (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 95-112
- Hanisch, C., Hautmann, C., Eichelberger, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2010). Die klinische Signifikanz des Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) im Langzeitverlauf *Verhaltenstherapie* 20, 265-274.
- Hanisch, C., Hautmann, C., Plück, J., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2014). The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behaviour by reducing negative parenting:

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	


- analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55, 473-484.
- Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. & Döpfner, M. (2006). Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2), 117-126
- Hautmann, C., & Döpfner, M. (2015). Comparison of behavioral and non-directive guided self-help for parents of children with externalizing behavior problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (Suppl. 1), S17.
- Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 419-430.
- Hautmann, C., Hanisch, C., Ilka, M., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? *Psychotherapy Research*, 19, 224-233.
- Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder - generalization to the real world. *Journal of Neural Transmission*, 115 (2), 363-370.
- Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Görtz-Dorten, A., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2013). Any indication for bias due to participation? Comparison of the effects of a parent management training rated by participating and non-participating parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 20, 384-393.
- Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 379-396.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., u.a. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 82-95.
- Heinrichs, N., Krüger, S., Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines Elterntrainings. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35, 97-108.
- Heinrichs, N., Krüger, S., Guse, U. (2006). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines Elterntrainings. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35, 97-108.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (2008). Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressions-faktoren. Göttingen: Hogrefe.
- Honkanen-Schoberth, P., Jennes Rosenthal, L (2004). *Starke Eltern Starke Kinder. Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes. Mehr Freude – weniger Stress mit den Kindern. Handbuch für Elternkursleiterinnen und Elternkursleiter. Deutscher Kinderschutzbund (DKSB) Bundesverband e.V. Hannover (Hrsg.). Eigenverlag des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) Bundesverband e.V.*
- Humpert, W., & Dann, H.-D. (2012). *KTM kompakt – Basistraining zur Störungsreduktion und Gewaltprävention in pädagogischen und helfenden Berufen auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.*
- Ise, E., Kierfeld, F., & Döpfner, M. (2015). One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behaviour. *The Journal of Primary Prevention*, 36, 33-40.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	


- Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. *BMC Psychiatry* 15: 288.
- Jans et al. (2015). Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 56, 1298 -1313.
- Kierfeld, F. & Döpfner, M. (2006). Bibliothherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 377-386.
- Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family Intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: A randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry* 22, 553-565.
- Kinnen, C., Halder, J., & Döpfner, M. (2016). THOP-Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten. *Arbeitsbuch für Eltern*. Weinheim: Beltz
- Köhler, D., Kuska, S.K., Schmeck, K., Hinrichs, G. & Fegert, J. (2010). Deutsche Version des Youth-Psyopathic-Traits-Inventory (YPI). In: C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.). *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter*. S. 478-482. Göttingen: Hogrefe.
- Konrad, G. (2002). *Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Frankfurt: Peter Lang
- Laezer, K.L. Tischer, I., Gaertner, B., Leuzinger-Bohleber, M. (2015): Aufwendige Langzeit-Psychotherapie und kostengünstige medikamentengestützte Verhaltenstherapie im Vergleich. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Analyse der Behandlungskosten von Kindern mit der Diagnose ADHS und Störung des Sozialverhaltens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 20, 178 – 185.
- Laezer, K.L. (2015). Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy without medication and behavioral treatment with or without medication in children with externalizing disorders. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*; 14(2): 111-128.
- Laezer, K.L., Tischer, I., Gaertner, B., Leuzinger-Bohleber, M. (2014): Forschungsbericht: Psychoanalytische und verhaltenstherapeutisch /medikamentöse Behandlungen von Kindern mit Desintegrationsstörungen. Ergebnisse der Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 164(4), 451-494.
- Lauth G.W., Kausch T.W.E. & Schlottke P.F. (2005). Effekte von eltern- und kindzentrierten Interventionen bei Hyperkinetischen Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 248–257.
- Lauth, G. W., Grimm, K. & Otte, T. A. (2007). Verhaltensübungen im Elterntaining. Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntaining. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 26-35.
- Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006). *Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES): Ein Präventionsprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- Lauth, G.W., Otte, A.T. & Heubeck, B. (2009). Effectiveness of a competence training programme for parents of socially disruptive children. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 14, 117-126.
- Lukesch, H. (2006). *Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Malti, T., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2011). The effectiveness of two universal preventive interventions in reducing children's externalizing behavior: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(5), 677-692.
- Marees, N. & Petermann, F. (2010). *Bullying-/ und Viktimisierungsfragebogen*. Göttingen: Hogrefe.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

- Mokros, L., Benien, N., Mütsch, A., Kinnen, C., Schürmann, S., Wolf Metternich-Kaizman, T., Breuer, D., Hautmann, C., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & Döpfner, M. (2015). Angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung: Konzept, Inanspruchnahme und Effekte eines bundesweitern Angebotes – eine Beobachtungsstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43, 275-288.
- Moncrieff, J., & Leo, J. (2010). A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychological Medicine*, 40(9), 1409-1422.
- Nesvåg, R., et al. (2008). "Regional thinning of the cerebral cortex in schizophrenia: Effects of diagnosis, age and antipsychotic medication." *Schizophrenia Research* 98(1): 16-28.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (1991). Fragebogen zur Erfassung kindlicher Steuerung. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F. & Beckers, L. (2014). Differentieller Aggressionsfragebogen. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2012) Training mit aggressiven Kindern.13., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2015). Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS; 5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2016) Aggressiv-oppositionelles Verhalten im Kindesalter (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Petermann, U., Besier, T., Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C.& Nitkowski, D. (2008). Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 182-189.)
- Petermann, U., Kamau, L., Nitkowski, D. & Petermann, F. (2013). Die Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern im Rahmen einer Hochschulambulanz. *Kindheit und Entwicklung*, 22, 174-180.)
- Petermann, U., Krummrich, M., Meier, C., Petermann, F.& Nitkowski, D. (2010). Das Training mit aggressiven Kindern als schulbasiertes Präventionsprogramm. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 57, 132-143.
- Petermann, U., Nitkowski, D., Polchow, D., Pätel, J., Roos, S., Kanz, F.& Petermann, F. (2007). Langfristige Effekte des Trainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 143-151.
- Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Doepfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher based indicated prevention program for pre-school children with externalizing problem behaviour *Prevention Science*, 16, 233–241.
- Plück, J., Wiczorrek, E., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.
- Rademacher, C. & Döpfner, M.(in Vorbereitung). SELBST-Therapieprogramm bei Eltern-Adoleszenten-Konflikten.
- Rademacher, C., Hautmann, C., & Döpfner, M. (2016). Behandlung von Eltern-Jugendlichen-Konflikten nach dem Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST) – Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44, 1-12
- Rais, M., Cahn, W., Schnack, H., Hulshoff Pol, H., Kahn, R., & Van Haren, N. (2012). Brain volume reductions in medication-naive patients with schizophrenia in relation to intelligence quotient. *Psychological Medicine*, 42(9), 1847-1856. doi:10.1017/S0033291712000098
- Rauer, W. (2009). Elternkurs Starke Eltern - Starke Kinder®: Wirkungsanalysen bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen - eine bundesweite Studie. Würzburg: Ergon
- Rohrmann, S., Hodapp, V., Schnell, K., Tibubos, A., Schwenkmezger, P. & Spielberger, C. (2013). Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2. Bern: Hogrefe.
- Roth, I. & Reichle, B. (2008). Prosoziales Verhalten lernen, „Ich bleibe cool“ (IBC).Weinheim: Beltz.

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

- Roth, I., & Reichle, B. (2007). Beziehungsorientierte Intervention am Beispiel des 'Ich bleibe cool'-Trainings zur Förderung prosozialer Verhaltensweisen und konstruktiver Konfliktlösestrategien bei Kindern im Grundschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 463-482.
- Salbach H., Lenz K., Huss M., Vogel R., Felsing D. & Lehmkuhl U. (2005). Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern hyperkinetischer Kinder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33, 59–68.
- Sanders, M. R. , Turner, K.M.T. (2006). *Trainermanual für das Teen Triple P Gruppenprogramm*. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K.M.T. (2006). *Trainermanual für das Triple P Einzeltraining*. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Sanders, M. Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. (2009). *Das Triple P –Elternarbeitsbuch*. PAG Institut für Psychologie AG, (Hrsg. dt. Aufl., 4. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Schick, A. & Cierpka, M. (2003). Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 100-110.
- Schick, A. & Cierpka, M. (2005). Faustlos: Evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. *Applied and Preventive Psychology*, 11 (3), 157-165.
- Schick, A. & Cierpka, M. (2006). Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 6,459-474.
- Stadler, C., Grasmann, D., Clement, W., & Kröger, A. (2012). Störungen des Sozialverhaltens: Wirksamkeit des intensivtherapeutischen Behandlungsansatzes VIA. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 103-113.
- Stadler, C., Janke, W. & Schmeck, K. (2004). *Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risi-koverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Staufenberg, A.M., (2011). *Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual und Katamnese*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel
- Tennstädt, K.-Ch. / Dann, H.-D . (1987/1992): *Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM)*. Bd. 3: Evaluation des Trainingserfolgs im empirischen Vergleich. Bern: Huber.
- Tschöpe-Scheffler, S. (2004). Eine Forschungsstudie zum Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. „Starke Eltern – Starke Kinder®“. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 35, 51-66.
- Turner, K.M.T., Markie-Dadds, C. & Sanders, M. R. (2007). *Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm*. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Turner, K.M.T., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (2006). *Beratermanual für die Triple P-Kurzberatung*. PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl., 2. überarb. Aufl.). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- van Haren NEM, Schnack HG, Cahn W, et al. Changes in Cortical Thickness During the Course of Illness in Schizophrenia. *ArchGen Psychiatry*. 2011;68(9):871–880.  
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.88
- Vernon, A. C., et al. (2011). "Effect of Chronic Antipsychotic Treatment on Brain Structure: A Serial Magnetic Resonance Imaging Study with Ex Vivo and Postmortem Confirmation." *Biological Psychiatry* 69(10): 936-944.
- Vernon, A. C., et al. (2014). "Reduced Cortical Volume and Elevated Astrocyte Density in Rats Chronically Treated With Antipsychotic Drugs—Linking Magnetic Resonance Imaging Findings to Cellular Pathology." *Biological Psychiatry* 75(12): 982-990.
- Weichold, K. (2004). Evaluation eines Anti-Aggressions-Trainings bei antisozialen Jugendlichen., *Gruppendynamik & Organisation, Zeitschrift für Angewandte Sozialpsychologie* 1, 83-104.
- Wettach, R. & Aebi, M. (2016). Wirksamkeit einer multimodalen Gruppenbehandlung für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten in der klinischen

publiziert bei:				S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens
AWMF-Nr.	028/020	Klasse:	S3	

Grundversorgung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44, 220-230.

Wettstein, A. (2008). BASIS. Beobachtungssystem zur Analyse aggressiven Verhaltens in schulischen Settings. Göttingen: Huber.

World Health Organization (2016) International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, Fifth edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

**Erstveröffentlichung: 01/1999**

**Überarbeitung von: 09/2016**

**Nächste Überprüfung geplant: 09/2021**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online