

# Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

## Teil 2: Therapie

Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN  
sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen

**Kurzversion: Hinweise zur Handhabung und Empfehlungen**

Konsensuskonferenz am 22. und 23.11.2018

Onlineabstimmungen: Im Verlauf von 2019/2020

S3-Leitlinie

AWMF- Registernummer:

028 - 047



## **Vorsitzende der Steuergruppe**

Prof. Dr. Christine M. Freitag, DGKJP e.V.

## **Leitlinienkoordinatorinnen**

Prof. Christine M. Freitag, Dr. Leonora Vllasaliu

## **Projektmanagement**

Prof. Dr. Christine M. Freitag, Dr. Leonora Vllasaliu, Marianne Menze (bis 03/2016), Magdalena Schütz (bis 12/2015), Antoaneta Todorova (bis 05/2018), Marvin Luh (seit 08/2016, bis 04/2019), Christopher Lalk (seit 08/2018, bis 09/2020)

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Goethe Universität

## **Steuergruppe**

Dr. Thomas Bergmann, Dr. Uwe Büsching, F. Diekmann, Prof. Dr. Matthias Dose, Dr. Ekkehart Englert, Prof. Dr. Christine M. Freitag, Dr. Ulrich Hagenah, Sara Hiebl, Dr. Helmut Hollmann, Prof. Dr. Inge Kamp-Becker, Dr. Barbara Ladwig, Claus Lechmann, Ingrid Löffler-Idel, Dr. Tobias Lepert, Silke Lipinski, Rudi Merod, Prof. Dr. Lutz Neugebauer, Friedrich Nolte, Prof. Dr. Michele Noterdaeme, Prof. Dr. Luise Poustka, Stephan Prändl, Dr. Christa Roth-Sackenheim, PD Dr. Tanja Sappok, Kristin Snippe, Ulrike Sünkel, Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst, Dr. Arne Schmidt, Prof. Dr. Judith Sinzig, Matthias Steffen, Dr. Leonora Vllasaliu, Prof. Dr. Kai Vogeley, Diana Will.

## **Methodische Beratung und Meta-Analysen**

Dr. Katrin Jensen (Institut für Medizinische Biometrie, Universitätsklinikum Heidelberg)

## **Moderation des Konsensusprozesses**

Prof. Dr. Ina B. Kopp (AWMF e.V.)

## **Kontaktadresse**

Prof. Dr. Christine M. Freitag

Direktorin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters & Frankfurter Autismus-Therapie- und Forschungszentrum

Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Goethe-Universität

Deutschordenstraße 50, 60528 Frankfurt am Main

c.freitag@em.uni-frankfurt.de

# Vorwort

*Christine M. Freitag*

Im Folgenden finden Sie die **Kurzversion** des zweiten Teils der S3-Leitlinie zu Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter – Teil Therapie. Diese Kurzversion enthält einleitend Hinweise zum fachgerechten Verständnis und zur Umsetzung der Empfehlungen der Leitlinie sowie daran anschließend alle Empfehlungen, die durch die teilnehmenden Fachgesellschaften konsentiert wurden. Einzelne Fachgesellschaften haben im Abstimmungsprozess Sondervoten eingebracht. Auf diese Sondervoten erfolgt sowohl in der Kurz- als auch in der Langversion ein Hinweis direkt nach der entsprechenden Empfehlung. Die Sondervoten mit Begründung sind im Leitlinienreport vollständig nachzulesen.

Der zweite Teil der S3-Leitlinie zu Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter stellt umfassend alle Therapieansätze dar, die hinsichtlich des Krankheitsbildes Autismus-Spektrum-Störungen einschließlich häufiger komorbider psychischer Störungen systematisch und anhand empirischer Studien bis zum Beginn des jeweiligen Konsensusprozess untersucht und publiziert wurden. Die Evidenz-basierten Empfehlungen beziehen sich auf empirisch untersuchte wirksame und nachweislich nicht wirksame Verfahren. Entsprechend sollten die wirksamen Verfahren regelhaft eingesetzt, die nachweislich nicht wirksamen Verfahren nicht eingesetzt werden. Zusätzlich wurden, wenn die Studienlage für bestimmte Fragestellungen nicht ausreichend war, Konsens-basierte Empfehlungen abgestimmt und verabschiedet.

**Zentral für die korrekte Interpretation und Umsetzung der untenstehenden Empfehlungen der ist die Auswahl von individuellen sowie zu Alter und den kognitiven Fertigkeiten der Patientin / des Patienten mit ASD passenden Therapiezielen:**

Zu einer Therapieplanung gehört grundsätzlich vor Beginn der Therapie die Formulierung von spezifischen Therapiezielen, die bei ASD einerseits hinsichtlich einer Veränderung der Kernsymptomatik, andererseits hinsichtlich der Behandlung komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen formuliert werden können. In den vorliegenden Empfehlungen sind die spezifischen Therapiemethoden aufgeführt, die hinsichtlich der Verbesserung der Kernsymptomatik sowie komorbider psychischer Störungen eingesetzt werden. Um wirksame Therapieverfahren (einschließlich medikamentöser Therapie) richtig und zum Nutzen der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen/Bezugspersonen einsetzen zu können, differenziert die Leitlinie sowohl hinsichtlich der relevanten Therapieziele als auch hinsichtlich bestimmter Charakteristika der Patientinnen und Patienten mit Autismus-Spektrum-Störung, wie das aktuelle Alter und die kognitiven Fertigkeiten. *Die Auswahl von erreichbaren und für*

*die Betroffenen hinsichtlich ihres Lernzuwachs oder der Bewältigung des Alltags relevanten Therapiezielen ist einer der schwierigsten Schritte in der Therapieplanung und setzt sowohl eine gute Diagnostik als auch eine gute Förderdiagnostik voraus. Zudem müssen jeweils aktuell relevante Therapieziele im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten sowie Erziehungsberechtigten oder anderen wichtigen Bezugspersonen festgelegt und vereinbart werden. Zur Frage der Therapieziele sowie einer immer notwendigen Therapiezielhierarchie, die auch die Behandlung der komorbiden psychischen Störungen umfasst, sind in der Langversion und teilweise auch direkt in den Empfehlungen zahlreiche Hinweise gegeben.*

Ein wichtiger Merksatz und Leitsatz hinsichtlich sämtlicher therapeutischer Interventionen bei Autismus-Spektrum-Störungen wird hier nochmals zusammengefasst: **Eine therapeutische Intervention einschließlich medikamentöser Therapie und allgemeiner psychosozialer Intervention oder Unterstützung soll nur nach entsprechender Diagnostik / Förderdiagnostik und bezogen auf klar definierte und voraussichtlich erreichbare Therapieziele angeboten, regelmäßig evaluiert und zeitlich entsprechend begrenzt durchgeführt werden.**

Da die Kapitel nach Therapiezielen geordnet sind, sind auch die wirksamen und unwirksamen Therapieverfahren diesen Therapiezielen zugeordnet. Die entsprechend empfohlenen Therapiemethoden können und sollen selbstverständlich kombiniert werden, wenn verschiedene Therapieziele erreicht werden sollen. Diesbezüglich besteht ein Gesamtzusammenhang aller Empfehlungen, der bei der Interpretation und Umsetzung der Empfehlungen beachtet werden soll. Wenn ein Therapieansatz unter einem bestimmten Therapieziel nicht erwähnt wird, bedeutet dies nicht, dass dieser Ansatz deshalb grundsätzlich unwirksam ist. Er kann entweder hinsichtlich eines anderen Therapieziels wirksam sein und ist dann unter dem entsprechenden Therapieziel beschrieben. Oder er ist bisher nicht ausreichend untersucht. In diesem Fall sollten die empirisch belegten effektiven Therapieverfahren hinsichtlich des Therapieziels eingesetzt werden oder den Konsens-basierten Empfehlung gefolgt werden, die durchaus auch bislang nicht durch entsprechende Studien belegte Interventionen aufgenommen haben.

Die Therapieverfahren wurden in psychosoziale, medikamentöse und andere eingruppiert, um die Übersichtlichkeit soweit wie möglich zu erleichtern. Teilweise wurden zusätzliche Zwischenüberschriften ergänzt. Unter die psychosozialen Therapieverfahren fallen alle übenden sowie psychoedukativen Verfahren einschließlich klassischer verhaltenstherapeutischer Ansätze, unter der medikamentösen Therapie werden sowohl Medikamente als auch Nahrungsergänzungsmittel aufgeführt, unter andere Therapien fallen z.B. Neurofeedback oder Diäten.

Hinsichtlich der empfohlenen Medikamente werden nur die Wirkstoffe genannt. Es werden nur Wirkstoffe empfohlen, die in Deutschland verfügbar sind. Allerdings wurde nicht überprüft, ob die jeweiligen Wirkstoffe für die entsprechende Altersgruppe mit der entsprechenden Indikation zugelassen sind, da das im Rahmen der Erstellung der Leitlinie nicht zu leisten war und auch aufgrund der regelmäßigen Änderungen nur sehr schwer aktuell gehalten werden kann. **Es steht also in der Verantwortung der jeweils verschreibenden Ärztin / des jeweils verschreibenden Arztes, einen etwaigen Off-Label-Status zu überprüfen.**

Ethisch nicht vertretbare Interventionen sind leider in der Historie des Umgangs mit Personen mit Autismus-Spektrum-Störung häufiger eingesetzt worden und werden deshalb in der Leitlinie angesprochen (s. [C.11 Gesundheitsschädliche und ethisch bedenkliche Verfahren](#)). Diese Verfahren sollen selbstverständlich niemals eingesetzt werden. Dies ist nach wie vor relevant, da z.B. beim Umgang mit störendem und aggressivem Verhalten nach wie vor teilweise ethisch nicht vertretbare Maßnahmen ergriffen werden. Es sei hier darauf hingewiesen, dass die rechtlichen Vorgaben für einen ggf. notwendigen Freiheitsentzug bei fehlender Behandlungseinsicht und notwendiger Behandlung sehr eng gesetzt sind und entweder im Kindes- und Jugendalter über das BGB sowie allgemein über Landesgesetze für Psychisch-Kranke geregelt sind. Die sehr eng gesetzten rechtlichen Vorgaben (BGB §1631b, PsychK(H)G Gesetze der einzelnen Bundesländer) eines Freiheitsentzugs gelten auch für Betreuungseinrichtungen und nicht nur für Krankenhäuser / Psychiatrische Kliniken.

Abschließend sei an dieser Stelle Frau Dr. Leonora Vilasaliu ausdrücklich und von ganzem Herzen gedankt, ohne deren tatkräftige Unterstützung, Einsatz und Durchhaltevermögen dieser umfassende Teil der Leitlinie niemals zustande gekommen wäre. Allen studentischen Hilfskräften, die sie angeleitet hat und die maßgeblich die Literatursuche und Studienextraktion unterstützt haben, sei hiermit ebenfalls herzlich gedankt.

Frau Dr. Jensen vom Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie am Universitätsklinikum Heidelberg stand immer mit methodischem Rat zur Verfügung und führte sämtliche Meta-Analysen durch. Ein herzlicher Dank geht auch an sie.

Ein wesentlicher Beitrag zu den Leitlinien erfolgte durch alle – entsprechend bei den Kapitelüberschriften – namentlich genannten Autorinnen und Autoren, die die jeweiligen Texte aufgrund der eingeschlossenen Literatur und der Studienextraktionsbögen verfasst haben. Ihnen allen sei herzlich gedankt.

Der Konsensusprozess über alle beteiligten wissenschaftlichen Gesellschaften umfasste ausschließlich die Empfehlungen, für die zugehörigen Texte sind die genannten Autorinnen und Autoren letztverantwortlich.

Frankfurt, den 4. Mai 2021

Prof. Dr. Christine M. Freitag

# Inhaltsverzeichnis

<i>C.1 Einleitung</i> .....	1
<i>C.2 Erwartungen seitens der Betroffenen / Angehörigen an die Therapie</i> .....	4
<i>C.3 Versorgungsstruktur und Qualifikation der Therapeuten</i> .....	6
<i>C.4 Therapien zur Verbesserung Autismus-spezifischer Symptome</i> .....	15
C.4.1 Welche exakten Symptome sind wichtige Zielsymptome der Therapie zur langfristigen Verbesserung der Autismus-spezifischen Kernsymptomatik? .....	15
C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation .....	17
C.4.3 Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/ Hyporeaktivität .....	36
<i>C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen</i> .....	45
C.5.1 Sprachentwicklungsstörung .....	45
C.5.2 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen .....	51
C.5.3 Ausscheidungsstörungen .....	52
<i>C.6 Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten</i> .....	54
C.6.1 Kognitive Fertigkeiten und Teilleistungsstörungen .....	54
C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten .....	58
C.6.3 Regression von Fertigkeiten .....	67
<i>C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome</i> .....	70
C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens .....	70
C.7.2 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) / hyperaktives Verhalten .....	83
C.7.3 Angststörungen .....	87
C.7.4 Depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung .....	93
C.7.5 Zwangsstörungen .....	100
C.7.6 Tic-Störungen .....	102
C.7.7 Schlafstörungen .....	102
C.7.8 Essstörungen .....	105
C.7.9 Psychotische Störungen .....	107

C.7.10 Bipolare Störungen .....	109
C.7.11 Persönlichkeitsstörungen .....	110
C.7.12 Suchterkrankungen.....	110
C.7.13 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle; insbesondere pathologisches Spielen und pathologischer Medienkonsum.....	111
<i>C.8 Krisenintervention .....</i>	<i>112</i>
<i>C.9 Teilstationäre/stationäre Therapie .....</i>	<i>113</i>
<i>C.10 Einbezug von Familien, Angehörigen, Schulen und Arbeitgebern .....</i>	<i>115</i>
C.10.1 Rolle von Familie und Angehörigen .....	115
C.10.2 Unterstützung in Kindergarten und Schule .....	118
C.10.3 Unterstützung bzgl. der Arbeit .....	123
C.10.4 Unterstützung bzgl. der Wohnsituation/des Wohnens .....	127
C.10.5 Unterstützung bezüglich des Freizeitverhaltens .....	129
C.10.6 Rolle der Selbsthilfe .....	130
<i>C.11 Gesundheitsschädliche und ethisch bedenkliche Verfahren.....</i>	<i>132</i>
<i>Literatur.....</i>	<i>134</i>



## C.1 Einleitung

### Empfehlung 1: C.1.1 Notwendigkeit der Formulierung von konkreten, individuellen Therapiezielen (konsensbasiert)

	Schlüsselfrage TSF 1: Welche Therapieziele können für ASS formuliert werden?
<b>KKP</b>	<p>Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen leben in der Regel mit einer chronischen Störung bzw. Behinderung, die einen variablen Verlauf hat. Die Diagnose impliziert nicht per se, dass fortlaufende therapeutische oder sonstige unterstützende Maßnahmen erfolgen müssen.</p> <p>Jede Therapie und Intervention soll mit klar definierten, konkreten Therapiezielen sowie für einen befristeten Zeitraum geplant werden. Jede Person mit Autismus-Spektrum-Störung und im Kindes- und Jugendalter auch die Sorgeberechtigten sollen an der Formulierung von konkreten Therapiezielen beteiligt werden, die realistisch und dem jeweiligen individuellen Bedarf angemessen definiert werden sollen. Auf maximal mögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit von externen Hilfen soll bei jeder therapeutischen und unterstützenden Maßnahme immer geachtet werden.</p> <p>Das übergeordnete Therapieziel soll die Verbesserung der Lebensqualität und der Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und ihren Familien sein. Dies wird durch die folgenden spezifischen Therapieziele konkretisiert:</p> <p>Wesentliche Therapieziele sind die Verbesserung der autistischen Kernsymptomatik in den Bereichen soziale Interaktion und Kommunikation (Bereich A) sowie des stereotypen und repetitiven Verhaltens und belastender sensorischer sowie Sonderinteressen (Bereich B). Hierbei sollen die jeweiligen zu den beiden Bereichen gehörenden Vorläuferfunktionen im Kindesalter, wesentliche Teilaspekte der entsprechenden Fertigkeiten sowie die individuelle Ausprägung der Fertigkeiten in den Bereichen A &amp; B, die individuelle Einschränkung und Belastung, im Kindes- und Jugendalter sowie bei betreuten Erwachsenen auch die Wünsche der Eltern/Sorgeberechtigten/Betreuungspersonen sowie die individuellen</p>

Lernmöglichkeiten der Person mit Autismus-Spektrum-Störung bezüglich der Therapieplanung berücksichtigt werden. Wesentliche Therapieziele zu diesem Bereich sind in Kap. [C.4 Therapien zur Verbesserung Autismus-spezifischer Symptome](#) aufgeführt.

Die Förderung der rezeptiven und expressiven sprachlichen Fertigkeiten soll bei Kindern, die noch nicht aktiv sprechen können, ebenfalls als wesentliches Therapieziel gewählt werden. Konkrete Therapieziele zu diesem Bereich sind in Kap. [C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen](#) aufgeführt.

Die Förderung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie der maximal möglichen Selbständigkeit soll ebenfalls als wesentliches Therapieziel in allen Altersgruppen unabhängig von den kognitiven Fertigkeiten gewählt werden. Konkrete Therapieziele zu diesem Bereich sind in Kap. [C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten](#) aufgeführt.

Neben der autistischen Kernsymptomatik sollen psychische und somatische komorbide Erkrankungen nach Diagnosestellung zeitnah behandelt werden. Auf die Behandlung der somatischen komorbiden Erkrankungen kann die vorliegende Leitlinie nicht spezifisch eingehen; sie soll lege artis gemäß der aktuellen Evidenz erfolgen. Bezüglich des Abbaus von Barrieren hinsichtlich des Arztkontaktes wird auf die Empfehlungen in Kap. [C.2 Erwartungen seitens der Betroffenen / Angehörigen an die Therapie](#) &

C.3 Versorgungsstruktur und Qualifikation der Therapeuten verwiesen. Bezüglich der Behandlung von Entwicklungs- und psychischen komorbiden Störungen und die damit verbundenen Therapieziele wird auf die Kap. C.5 – C.7 verwiesen.

Diese Ziele spezifizieren die in der *International Classification of Functioning* (ICF) der WHO abgebildeten Bereiche und sollen bei jeder Therapie- und Förderplanung berücksichtigt werden.

**Starker Konsens<sup>1</sup> (>95% Zustimmung)**

---

<sup>1</sup> Obwohl die Abstimmungen während der Konsensuskonferenz sukzessive und teilweise Satz für Satz durchgeführt worden sind, werden sie für die Empfehlungen jeweils zu einer Konsensstärke zusammengefasst. Die detaillierten Abstimmungsprotokolle sind im Anhang der Leitlinie zu finden.

**Empfehlung 2: C.1.2 Notwendigkeit der Verbesserung der aktuellen Versorgung (konsensbasiert)**

	Schlüsselfrage TSF 1: Welche Therapieziele können für ASS formuliert werden?
<b>KKP</b>	Die Versorgung soll so gestaltet werden, dass Personen mit Autismus-Spektrum-Störungen die notwendigen, evidenzbasierten therapeutischen und sonstigen unterstützenden Maßnahmen, die sie zur Bewältigung ihres Alltags brauchen, erhalten können. Hier sieht die Leitliniengruppe noch einen großen Entwicklungsbedarf unseres Gesundheits- und Sozialsystems.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 3: C.1.3 Grundlegende Aspekte des alltäglichen Umgangs mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (konsensbasiert)**

	Schlüsselfrage TSF 2: Welche grundsätzlichen Aspekte sind im alltäglichen Umgang mit autistischen Personen zu beachten, was ist nützlich, was ist schädlich?
<b>KKP</b>	<p>Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen haben individuelle Fertigkeiten und Bedürfnisse, die im alltäglichen Umgang beachtet werden sollten. Hilfreich im Umgang sind insbesondere folgende Aspekte: Möglichkeit der nonverbalen Kontaktaufnahme; konkrete, direkte Ansprache, die dem Entwicklungsalter der Person mit Autismus-Spektrum entspricht; Strukturierung der Umgebung und von Handlungsabläufen (z. B. durch visuelle Mittel, Vorhersehbarkeit und personelle Konstanz); Wahrung von körperlicher Distanz; Vermeiden starker sensorischer Reize (z. B. Lärm, Geruch, Licht etc.).</p> <p>Eine Diskrepanz zwischen kognitiven und sozialen/alltagspraktischen Fertigkeiten sollte berücksichtigt werden. Eine Unter- oder Überforderung bezüglich alltäglicher Anforderungen sowie gesetzter Therapieziele sollte vermieden werden.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

## C.2 Erwartungen seitens der Betroffenen / Angehörigen an die Therapie

### Empfehlung 4: C.2.1 Erwartungen an die Versorgung (konsensbasiert)

	Schlüsselfrage TSF 3: Welche Erwartungen haben Betroffene, Eltern/Sorgeberechtigte/Bezugspersonen an die Versorgung?
<b>KKP</b>	<p><b>Alle Altersbereiche <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung sollen regelmäßig gefragt werden, welche Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen sie hinsichtlich der Versorgung in ihren verschiedenen Lebensbereichen haben. Sofern sich die Person mit Autismus-Spektrum-Störung nicht selbst dazu äußern kann, sowie bei Kindern und Jugendlichen, sollen Sorgeberechtigte, Angehörige und andere Bezugs- und Pflegepersonen regelmäßig befragt werden.</p> <p>Es sollen nicht nur Erwartungen hinsichtlich der individuellen Therapieziele und -inhalte, sondern auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen für eine Behandlung und Versorgung beachtet werden; hierbei sind z. B. regelmäßige Strukturen (Zeit, Ort und Personen) sowie eine reizarme Umgebung zu nennen.</p> <p>Der Erfolg der Behandlung bzw. Versorgung sollte nicht nur an Verbesserungen autistischer Kernmerkmale gemessen werden, sondern auch an einer Verbesserung der Lebenszufriedenheit (u. a. Reduktion von Ängsten, Steigerung des Wohlbefindens, gelungene Einbindung in soziale Strukturen, schulische/berufliche Kontexte) und Reduktion von komorbiden Störungen.</p> <p>Die Versorgung in den verschiedenen Lebensbereichen (Kindergarten, Schule, Beruf, Wohnen, Freizeit, Gesundheitsversorgung etc.) sollte sich, sofern eine Indikation für entsprechende Maßnahmen besteht, den Wünschen, Bedürfnissen und Erwartungen der Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung annähern. Die Betroffenen bzw. ihre Sorgeberechtigten sollen in einem partizipativen Ansatz in die Planung der Versorgung einbezogen werden.</p>

### **Jugendliche ohne Intelligenzminderung**

Es gibt Hinweise, dass für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung v. a. Therapieziele wichtig sind, die sich mit sozialen Kompetenzen im Kontakt zu Gleichaltrigen sowie einem erfolgreichen Schulabschluss befassen.

### **Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung**

Unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung sollten Psychotherapeuten, Ärzte, Sozial- und Jugendämter sowie die Agentur für Arbeit alternative Möglichkeiten zur schriftlichen Terminvergabe zur Verfügung stellen, um Hürden beim Zugang zu Versorgungsstrukturen abzubauen.

### **Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

## **Aussage 1: C.2.2 Erwartungen an die Versorgung (konsensbasiert)**

Schlüsselfrage TSF 3: Welche Erwartungen haben Betroffene, Eltern/Sorgeberechtigte/Bezugspersonen an die Versorgung?

**KKP**

### **Ergebnisse einer Umfrage bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung**

Bezüglich einer Psychotherapie im Erwachsenenalter sind für die Betroffenen nicht nur Therapieziele im Bereich der „autistischen Kernsymptomatik“ relevant. Erwachsene mit einer Autismus-Spektrum-Störung stufen folgende in der Psychotherapie zu vermittelnden Kompetenzen als wichtig oder sehr wichtig ein: Stressbewältigung, soziale Kompetenz und Identitätsfindung. Bezüglich der Therapeuten finden sie fundierte störungsspezifische Kenntnisse sowie übergreifende Therapeutenmerkmale wie Zugewandtheit, Akzeptanz und Wohlwollen sowie eine angepasste Kommunikation wichtig bis sehr wichtig.

	<p><b>Alle Altersbereiche <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Das Thema „<i>Erwartungen an die Versorgung</i>“ ist ein relativ unerforsch-ter Bereich mit rudimentärer Studienlage, in dem weitere Forschung er-folgen sollte.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.3 Versorgungsstruktur und Qualifikation der Thera-peuten

### Empfehlung 5: C.3.1 Faktoren, die einen Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtern (konsensbasiert)

	<p>Schlüsselfrage TSF 4: Welche Faktoren erleichtern den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Autismus in Deutschland?</p> <p>Schlüsselfrage TSF 5: Welche Kompetenzen und Qualifikationen sollten Therapeuten mit-bringen?</p>
<b>KKP</b>	<p>Die diagnostische und differentialdiagnostische Abklärung soll zeitnah erfol-gen. Die Finanzierung der Diagnostik und Therapie soll gesichert werden. Spezialisierte Stellen sollen die Diagnostik anbieten (s. Diagnostik-Leitlinie S. 130f.). Wenn eine spezialisierte Stelle die Diagnose (oder im Vorschulalter auch die Verdachtsdiagnose) Autismus-Spektrum-Störung gestellt hat, ist das ausreichend für die Einleitung sektorenübergreifender Versorgungsmaßnah-men.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## Empfehlung 6: C.3.2 Versorgungsstruktur (konsensbasiert)

	<p>Schlüsselfrage TSF 4: Welche Faktoren erleichtern den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Autismus in Deutschland?</p> <p>Schlüsselfrage TSF 5: Welche Kompetenzen und Qualifikationen sollten Therapeuten mitbringen?</p>
<b>KKP</b>	<p>Es soll sichergestellt werden, dass Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zeitnah Zugang zur notwendigen somatischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung sowie zu psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen (s. Kap. <a href="#">C.10 Einbezug von Familien, Angehörigen, Schulen und Arbeitgebern</a>) haben ungeachtet ihrer kognitiven Fertigkeiten oder weiterer Diagnosen.</p> <p><b>Fallmanagement:</b> Sind Versorgungsmaßnahmen indiziert bzw. notwendig, sollten diese Maßnahmen von einer Hand koordiniert, vernetzt und abgestimmt werden, um Lücken, Dopplungen, unwirksame oder sogar schädliche Interventionen zu vermeiden. Da gerade im Kindes- und Jugendalter oft mehrere Hilffsysteme beteiligt sind, ist diese Koordination hier besonders bedeutsam. Das Fallmanagement soll nur durch eine approbierte Fachkraft (Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, auf Autismus-Spektrum-Störung spezialisierte Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten) erfolgen. Insbesondere sollen Übergangsphasen (z. B. Kita-Schule, Grundschule-weiterführende Schule, Schule-Beruf) begleitet und die regelmäßige Verlaufsdagnostik bezüglich der Autismus-Spektrum-Symptomatik und komorbider Störungen sichergestellt werden.</p> <p>Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung und ihren Familien sollen bei entsprechender Indikation, die in dieser Leitlinie dargestellten evidenzbasierten Interventionen, angeboten werden. Sie sollen ausführlich und verständlich über Behandlungsoptionen, Unterstützungsmöglichkeiten, die rechtlichen Voraussetzungen und Anspruchsberechtigungen informiert werden. Es soll ein gemeinsamer Entscheidungsprozess stattfinden, in dem die Bedürfnisse und Präferenzen der Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung sowie im Kinder- und Jugendbereich auch ihrer Sorgeberechtigten berücksichtigt werden.</p>

Dabei sollen bei Kindern und Jugendlichen mit den Sorgeberechtigten (und je nach Alter mit dem Kind/Jugendlichen) die Risiken und Vorteile einer bestimmten Therapie oder unterstützenden Maßnahme sowie die zeitliche Begrenzung ausführlich besprochen werden. Dazu gehört auch die Diskussion, ob die Behandlung für die gesamte Familie einschließlich der Geschwisterkinder passend ist, so dass eine informierte Entscheidung getroffen werden kann.

Das Vorgehen bei Erwachsenen soll analog individualisiert und wertschätzend gestaltet sein, unter Berücksichtigung der Selbständigkeit und ggf. Betreuungssituation der Person mit Autismus-Spektrum-Störung.

Grundsätzlich sollte gemeinsam geplant werden, wie Fortschritte evaluiert werden können, um den Erfolg der Therapie oder unterstützenden Maßnahme abschätzen zu können.

Der Zugang zur Versorgung und die Therapie sollte sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und nicht an der Zuständigkeit von Kostenträgern.

Grundsätzlich sollen jeweils spezifische Therapieziele sowie die Methoden zur Erreichung dieser Ziele festgelegt und das Erreichen der Therapieziele überprüft werden. Nach Erreichen von Therapiezielen sollen Therapien und unterstützende Maßnahmen geplant beendet werden, um die Selbständigkeit der Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung zu erhöhen.

Autismus-Spektrum-Störungen beginnen in der frühen Kindheit und persistieren in der Regel über die Lebensspanne, daher ist der Übergang von der Versorgung im Kindes- und Jugendalter in die Versorgung im Erwachsenenalter von zentraler Bedeutung (Transition). Die unterschiedlichen Kostenträger der Kinder- und Erwachsenenversorgung, unterschiedliche Kriterien für die Berechtigung zu den Versorgungssystemen, aber auch ein nicht ausreichendes Wissen über das Störungsbild sind mit der Gefahr verbunden, dass Betroffene im Gesundheitssystem „verloren“ gehen bzw. nicht adäquat versorgt werden. Dieses Risiko besteht gerade bei Betroffenen mit hochfunktionalen Autismus-Spektrum-Störungen in entscheidenden Lebensabschnitten, z. B. mit dem 6. und 18. Lebensjahr (Übergang der Zuständigkeit von SGB XII zu SGB VIII und umgekehrt). Diese Altersphasen gehen mit einer erhöhten Anfälligkeit (Vulnerabilität) für begleitende/komorbidie Erkrankungen



einher, aber auch mit der Möglichkeit, in dieser Lebensphase Resilienzfaktoren aufzubauen (z. B. lebenspraktische Fertigkeiten, Perspektiven, Eigenständigkeit). Vor diesem Hintergrund sollten Betroffene bei Bedarf Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung nach SGB V erhalten. Sollte das Fallmanagement von einem Fallmanager zum anderen wechseln müssen, sollte eine Übergabe aller Informationen erfolgen und die Zusammenarbeit zwischen den entsprechenden Einrichtungen etabliert werden.

Folgende Faktoren können Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zusätzlich abbauen:

- schriftliche Terminvereinbarung;
- Wartesituationen minimieren (z. B. Vergabe von Randterminen), Warten außerhalb der Praxis oder in einem Extraraum ermöglichen;
- Berücksichtigung der Denk- und Wahrnehmungsbesonderheiten bei der Praxis-Organisation (z. B. Einbau visueller Wegweiser).

### **KKP**

Empfehlung für die Forschung: Bisher gibt es zur Versorgungssituation in Deutschland (hinsichtlich medizinisch-psychotherapeutischer, rehabilitativer und pädagogischer Angebote) keine ausreichenden Studien. Daher ist die Erfassung und Auswertung der Versorgungssituation in Deutschland zu fordern, um bezüglich der Therapie die Versorgungswege, -barrieren, -zeit und die Erreichbarkeit von spezialisierten Einrichtungen zu analysieren und Vorschläge für eine bessere Versorgung auszuarbeiten.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

## Empfehlung 7: C.3.3 Kompetenzen der Therapeuten (konsensbasiert)

	<p>Schlüsselfrage TSF 4: Welche Faktoren erleichtern den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Autismus in Deutschland?</p> <p>Schlüsselfrage TSF 5: Welche Kompetenzen und Qualifikationen sollten Therapeuten mitbringen?</p>
<b>KKP</b>	<p>Die in dieser Leitlinie dargestellten evidenzbasierten Methoden umfassen medikamentöse und psychosoziale Interventionen, wobei bezüglich letzterer insbesondere unterschiedliche, den Fertigkeiten und der individuellen Entwicklung angemessene, verhaltenstherapeutisch-übende Methoden effektiv sind.</p> <p><u>Alle Personen des Gesundheits- und Sozialsystems, die mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen arbeiten, sollen deshalb folgende Kompetenzen aufweisen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fundierte, wissenschaftlich basierte Kenntnisse zum Störungsbild Autismus-Spektrum-Störung und zu den Bedürfnissen der Patienten sowie ihrer Angehörigen;</li><li>2. Wissen um die Möglichkeiten und Indikation medikamentöser Therapie;</li><li>3. Wissen um die Möglichkeiten und Indikation teilstationärer oder stationärer Behandlung;</li><li>4. Entwicklungspsychologische, wissenschaftlich basierte Kenntnisse insbesondere bezüglich der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen;</li><li>5. Fundierte und praktische Fertigkeiten in den unterschiedlichen verhaltenstherapeutischen Methoden, die effektiv sind;</li><li>6. Fundierte und praktische Fertigkeiten der Übungen sowie strukturierenden Maßnahmen, die zum Erreichen bestimmter Therapieziele effektiv eingesetzt werden können.</li></ol> <p><u>Supervision:</u> Sämtliche Therapeuten sollen regelmäßig bezüglich der korrekten Umsetzung der effektiven Therapieverfahren von entsprechend lange erfahrenen, approbierten Therapeuten bzw. in Absprache mit dem Fallmanagement supervidiert werden. Die korrekte Umsetzung der effektiven Therapieverfahren im therapeutischen Alltag soll regelmäßig überprüft werden.</p>

Ärztinnen und Ärzte sollen darüber hinaus die effektiven medikamentösen und anderen biologischen Therapieverfahren bezüglich ihrer genauen Zielsymptomatik kennen, fundierte praktische Erfahrung im Einsatz der effektiven medikamentösen Verfahren aufweisen sowie das Spektrum unerwünschter Wirkungen kennen.

**Kompetenzen der Personen und des Teams, die das Fallmanagement anbieten:**

Fallführend verantwortlich im Sinne des Fallmanagements soll in einem multidisziplinären Team oder Netzwerk eine approbierte Fachkraft sein. Das Gesamtteam/Netzwerk, das im Fallmanagement arbeitet, sollte folgende Kompetenzen aufweisen:

Fallmanagement Kinder und Jugendliche

- Fundierte praktische Fertigkeiten in der Verwendung von spezifischen diagnostischen Instrumenten (siehe hierzu Kapitel B.7 der Diagnostik-Leitlinie: Verlaufsdagnostik);
- Differentialdiagnostische Fähigkeiten bezüglich sämtlicher psychiatrischer und somatischer Komorbiditäten;
- Fähigkeiten in der Durchführung und korrekten Interpretation einer internistisch-neurologischen Untersuchung;
- Fähigkeiten in der Testpsychologischen Untersuchung insbesondere von Sprachentwicklung und kognitiver Entwicklung (als relevante prognostische Faktoren) sowie bei Bedarf der sensomotorischen Entwicklung;
- Fähigkeiten in der professionellen Beratung bezüglich sämtlicher therapeutischer, schulischer und sozialer Fragestellungen sowie der in dieser Leitlinie genannten evidenzbasierten Interventionen.

Fallmanagements von Erwachsenen

- Fähigkeiten in der klinischen Diagnosestellung (siehe hierzu Kapitel B.7 der Diagnostik-Leitlinie: Verlaufsdagnostik);

- Differentialdiagnostische Fähigkeiten bezüglich sämtlicher psychiatrischer und somatischer Komorbiditäten;
- Fähigkeiten in der Durchführung und korrekten Interpretation einer internistisch-neurologischen Untersuchung;
- Fähigkeiten in der Testpsychologischen Untersuchung der kognitiven Leistungsfähigkeiten;
- Fähigkeiten in der professionellen Beratung bezüglich therapeutischer, beruflicher und sozialer Fragestellungen sowie der in dieser Leitlinie genannten Evidenzbasierten Interventionen

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

## Empfehlung 8: C.3.4 Qualifikation und Ausbildungsaspekte (konsensbasiert)

	<p>Schlüsselfrage TSF 4: Welche Faktoren erleichtern den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Autismus in Deutschland?</p> <p>Schlüsselfrage TSF 5: Welche Kompetenzen und Qualifikationen sollten Therapeuten mitbringen?</p>
<b>KKP</b>	<p>Bezüglich der Etablierung einer Ausbildungsstruktur für Therapeuten, über die insbesondere die notwendigen verhaltenstherapeutisch-übenden Interventionen vermittelt werden, sieht die Leitliniengruppe hohen Handlungsbedarf.</p> <p>Innerhalb etablierter Ausbildungsstrukturen (Facharztausbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie, Ausbildungen zur ärztlichen Psychotherapie, Psychotherapieausbildungen für Kinder- und Jugendlichen- sowie psychologischen Psychotherapeuten) sollen evidenzbasierte, aktuelle, wissenschaftlich fundierte Kenntnisse und praktische Erfahrungen zu Autismus-Spektrum-Störungen fundiert und in der notwendigen Breite vermittelt werden.</p> <p>In der Ausbildung anderer Professionen, die häufig mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung arbeiten (wie z. B. Sozialarbeit, (Heil-) Pädagogik, Ergotherapie, Logopädie, Gesundheits- und Krankenpflege, Heilerziehungspflege, Integrations- und Arbeitsassistenz), sollen ebenfalls aktuelle, wissenschaftlich fundierte Grundlagen zum Störungsbild vermittelt werden.</p> <p><u>Bezüglich folgender Ausbildungsinhalte sollen Personen qualifiziert sein oder werden, die für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung psychosoziale Interventionen anbieten:</u></p> <p>Eine qualifizierte Ausbildung in den therapeutischen Interventionen, deren Effektivität belegt ist (siehe die folgenden Kapitel), sollten alle Mitarbeiter von Institutionen, die mit der Therapie und Förderung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung betraut sind, aufweisen.</p> <p>Insbesondere sollen die Mitarbeiter bezüglich der folgenden Aspekte gut ausgebildet sein:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wissenschaftlich fundierte Kenntnisse über das Störungsbild Autismus-Spektrum-Störungen, des ätiologischen Hintergrundes, wichtiger</li></ul>

komorbider psychischer und körperlicher Erkrankungen und Differentialdiagnosen;

- wissenschaftlich fundierte Kenntnisse zu effektiven Therapie- und Unterstützungsmethoden (inklusive medikamentöser Unterstützung) sowie der konkreten Therapieplanung bzw. Planung einer gezielten Unterstützung;
- Beherrschen grundlegender verhaltenstherapeutischer Ansätze und Techniken;
- Beherrschen der indizierten zielorientierten Interventionen für den entsprechenden Altersbereich und kognitiven Entwicklungsstand der Person mit Autismus-Spektrum-Störung sowie im Kinder- und Jugendbereich der Eltern-basierten Interventionsmöglichkeiten;
- Fachkräfte sollen in der Lage sein, eine differenzierte Verhaltensanalyse durchzuführen, um bei dem Vorliegen von herausfordernden Verhaltensweisen auslösende Faktoren identifizieren zu können.

Im Rahmen der Ausbildung soll eine therapeutische Haltung vermittelt werden, die durch Wertschätzung, Empathie, Respekt, Kongruenz, Entwicklungs-, Ziel-, Lösungs- und Ressourcenorientiertheit geprägt ist, ebenso wie von Engagement, Durchhaltevermögen und Kenntnissen bezüglich der individuellen Möglichkeiten und Grenzen des Erreichbaren. Als weitere wichtige Kompetenz soll die Kooperationsfähigkeit mit allen weiteren Beteiligten vermittelt werden, die notwendig ist, um eine multidisziplinäre Behandlung zu gewährleisten.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

## C.4 Therapien zur Verbesserung Autismus-spezifischer Symptome

### C.4.1 Welche exakten Symptome sind wichtige Zielsymptome der Therapie zur langfristigen Verbesserung der Autismus-spezifischen Kernsymptomatik?

#### Bereich A: Soziale Interaktion und Kommunikation

Die wesentlichen Symptome der Einschränkung der sozialen Interaktion und Kommunikation über die Lebensspanne sind in den zahlreichen Screening- und diagnostischen Instrumenten erfasst, die im Teil B Diagnostik der vorliegenden Leitlinie ausführlich dargestellt sind (AWMF, 2016a). Grundsätzlich sind bei Autismus-Spektrum-Störungen über alle Altersbereiche die wechselseitige soziale Interaktion sowie die verbale und nonverbale Kommunikation insbesondere mit Gleichaltrigen, aber in der Regel auch mit Eltern, Vorgesetzten, Lehrern etc. deutlich eingeschränkt. Die Einschränkung im sozial-kommunikativen Bereich darf nicht vollständig durch eine Intelligenzminderung oder Sprachentwicklungsstörung vollständig erklärbar sein. Zu den Einschränkungen der sozialen Interaktion werden hier auch die Einschränkungen der sozialen Perzeption, sozialen Motivation und sozialen Kognition gezählt, die in zahlreichen Studien über die Lebensspanne bei ASS berichtet worden sind.

Die Therapie der sozialen Interaktion und Kommunikation im Kleinkind- Vorschul- und teilweise auch noch im Grundschulalter erfolgt über den systematischen Aufbau von entwicklungsaltersangemessenen Vorläuferfertigkeiten. Eine ausführliche deutsche Darstellung der Entwicklung im Kleinkind- und Vorschulalter sowie wesentlicher zu fördernder Vorläuferfertigkeiten findet sich in Teufel, Wilker, Valerian & Freitag (2017). In den Empfehlungen wird deshalb spezifisch auf gut untersuchte Vorläuferfertigkeiten eingegangen.

#### Bereich B: Restriktive, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten

Die wesentlichen Symptome des Bereichs restriktive, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten über die Lebensspanne sind in den zahlreichen Screening- und diagnostischen Instrumenten erfasst, die im Teil B Diagnostik (AWMF, 2016a) der vorliegenden Leitlinie ausführlich dargestellt sind. Zusätzlich gibt es Fragebögen, wie z. B. die *Repetitive Behavior Scale - Revised* (RBS-R; Bodfish, Symons, Parker & Lewis, 2000; Kästel et al., 2020; Lam & Aman, 2007), in der die Symptome breit erfasst werden. Zahlreiche Studien haben eine Differenzierung der Verhaltensweisen in zwei unterschiedliche Skalen, nämlich repetitive, sensorische und motorische Verhaltensweisen sowie das Bestehen auf immer gleiche Abläufe, einschließlich Rigidität, Routinen und eingeschränkten

Interessen über die Lebensspanne beschrieben (Lord, Bishop & Anderson, 2015; Mooney, Gray, Tonge, Sweeney & Taffe, 2009; Uljarević et al., 2017). Insgesamt nehmen restriktive, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten über die Lebensspanne ab, allerdings scheint es eine Subgruppe mit einem verbalen IQ < 70 zu geben, bei der insbesondere das Bestehen auf immer gleichen Abläufe zunimmt (Lord et al., 2015). Restriktive, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten müssen psychopathologisch und durch Verhaltensbeobachtung von Zwangssymptomen unterschieden werden. Letztere sind Symptome einer komorbiden Zwangserkrankung, deren Behandlung in Kap. [C.7.5 Zwangsstörungen](#) beschrieben wird. Bei der Bewertung, ob insbesondere Sonderinteressen störend sind, sollte sowohl die Perspektive des Betroffenen selbst als auch die des Umfelds betrachtet werden. Wichtig dabei ist auch, dass der Sinn und Nutzen von Sonderinteressen für die Betroffenen von Außenstehenden nicht sicher beurteilt werden kann. Grundlage der Bewertung sollte sein, ob die Sonderinteressen den Betroffenen selbst oder dem Umfeld kurz- oder langfristig schaden.

Die Therapie der stereotypen Verhaltensweisen im Kleinkind- Vorschul- und teilweise auch noch im Grundschulalter erfolgt ebenfalls über den systematischen Aufbau von folgenden entwicklungsaltersangemessenen Fertigkeiten, die auch für die Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation wesentlich sind: Aufmerksamkeitskontrolle, Förderung der motorischen Exploration und Visuomotorik, Förderung des Spielverhaltens auf allen Ebenen (sensomotorisch, kombinatorisch, symbolisch), Erweiterung von Spielinteressen und Spielpartnern (Teufel et al., 2017). Auch im Schul-, Jugend- und Erwachsenenalter ist hinsichtlich stereotyper Verhaltensweisen der Fokus auf einen Kompetenzaufbau hinsichtlich funktionellen, alltagspraktischen Verhaltens sowie die Förderung von funktionellen Interessen zu legen.



## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

### Empfehlung 9: C.4.2.1 Therapie der sozialen Interaktion und Kommunikation; 4.2.1 Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störungen im Klein- und Vorschulkindalter (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p>Bei Klein- und Vorschulkindern soll auch bei Verdacht auf das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung eine Autismus-spezifische Therapie durchgeführt werden. Nach spätestens 12 Monaten soll die Diagnose noch einmal überprüft werden, bevor die Therapie fortgesetzt wird.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

### Empfehlung 10: C.4.2.2 Autismus-spezifische psychosoziale Therapien im Klein- und Vorschulalter (evidenzbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2</b></p> <p>Empfehlungsgrad: <b>A</b></p>	<p><b>Klein- und Vorschul Kinder, unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Es soll eine Autismus-spezifische Therapie durchgeführt werden, die früh einsetzt, spätestens ab dem Alter von 2 Jahren bzw. direkt nach Diagnosestellung.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2</b></p> <p>Empfehlungsgrad: <b>A</b></p>	<p>Es soll eine individualisierte, entwicklungsorientierte, verhaltenstherapeutisch-basierte Therapie anhand wissenschaftlich überprüfter Therapiemanuale mit dem Kind einschließlich der Anleitung der Eltern/primären Bezugspersonen bezüglich einer förderlichen Eltern-Kind-Interaktion durchgeführt werden.</p>

<p>Evidenzlevel: <b>2</b> Empfehlungsgrad: <b>A</b></p>	<p><u>Dauer<sup>2</sup></u></p> <p>Die Therapie soll mindestens über ein Jahr erfolgen.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2-3</b> Empfehlungsgrad: <b>A</b></p>	<p><u>Frequenz (Intensität)</u></p> <p>Die Therapie mit dem Kind oder mit Eltern und Kind soll mindestens 2 Stunden pro Woche erfolgen. Zusätzlich sollten Eltern/primäre Bezugspersonen zuhause im Alltag aktiv mit dem Kind interagieren und üben.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2</b> Empfehlungsgrad: <b>A</b></p>	<p><u>Setting</u></p> <p>Die Therapie soll eine individualisierte Eltern-Kind-Therapie enthalten, in der die Eltern angeleitet werden, zuhause mit dem Kind in einer fördernden Weise zu interagieren, und</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2</b> Empfehlungsgrad: <b>A</b></p>	<p>die Therapie soll spezielle, individualisierte Übungen mit dem Kind enthalten, um neue sozial-interaktive, kommunikative, sprachliche, kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten aufzubauen und zu üben.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2-3</b> Empfehlungsgrad: <b>A</b></p>	<p>Diese Übungen mit dem Kind sollen unter Einbezug der Eltern/primären Bezugspersonen entweder in einer therapeutischen Einrichtung oder falls die räumlichen und personellen Voraussetzungen dort entsprechend gegeben sind, im Kindergarten durchgeführt werden</p> <p>und/oder</p> <p>die Eltern/primären Bezugspersonen sollen durch professionelle Therapeut/inn/en systematisch in einer therapeutischen Einrichtung oder zuhause angeleitet werden, die Übungen mit dem Kind zuhause umzusetzen.</p> <p>Falls überwiegend die Eltern zuhause die Übungen umsetzen, soll zum einen die Anleitung der Eltern in der direkten Interaktion mit dem Kind erfolgen, ein ausschließliches Elterstraining ist nicht ausreichend. Zum</p>

<sup>2</sup> Die Empfehlung zur Dauer wurde in eine evidenz- und eine konsensbasierte Empfehlung aufgeteilt. Die konsensbasierte Empfehlung folgt unten im Anschluss an diese Tabelle, würde aber aus inhaltlichen Gesichtspunkten direkt nach dieser Tabellenzeile folgen.

	<p>anderen soll regelmäßiges Video-Feedback durch ausgebildete Therapeut/inn/en bezüglich der korrekten Umsetzung der Übungen zuhause erfolgen. Bei der Planung einer Umsetzung zuhause soll zudem auf die elterliche Belastung durch die Therapie sowie die Fertigkeiten der Eltern in der korrekten Umsetzung der Übungen, die elterliche Synchronizität und Responsivität sowie auf einen positiven Affekt der Eltern im Umgang mit dem Kind geachtet werden.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2-3</b> Empfehlungsgrad: <b>0</b></p>	<p>Die Therapie mit Kind und Eltern kann durch eine psychoedukative Gruppe für die Eltern ergänzt werden.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>3</b> Empfehlungsgrad: <b>0</b></p>	<p>Die Therapie mit Kind kann bei zunehmenden Fertigkeiten des Kindes auch in der Kinderkleingruppe mit einem oder zwei weiteren Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung durchgeführt werden.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>3-4</b> Empfehlungsgrad: <b>B</b></p>	<p>Erziehende im Kindergarten sowie Integrationshelfende sollten ergänzend im fördernden Umgang mit dem Kind angeleitet werden.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2-3</b> Empfehlungsgrad: <b>A</b></p>	<p><u>Wesentliche Therapieinhalte</u></p> <p>Die Therapie soll folgende wesentliche Aspekte und Inhalte enthalten, die gemäß publizierter, überprüfter Therapiemanuale eingesetzt werden sollen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zu Beginn soll eine möglichst standardisierte Einschätzung der Fertigkeiten des Kindes erfolgen, um entwicklungsorientiert und den aktuellen Fertigkeiten des Kindes angemessen fördern zu können. Die Förderung soll auf konkrete, in der Entwicklung aufeinander aufbauende Fertigkeiten zielen.</li> <li>2. Die Motivation, Interessen und Bedürfnisse des Kindes sollen bei der Therapie wesentlich beachtet werden, Über- oder Unterforderung soll vermieden werden.</li> <li>3. Die Bedürfnisse der Familie sollen bei der Therapieplanung beachtet werden.</li> </ol>

4. Die Therapie soll ein Training der Eltern in elterlicher Synchronizität und Responsivität bezüglich der Interessen und Aktivitäten des Kindes sowie des elterlichen positiven Affekts in der Interaktion mit dem Kind enthalten.
5. Die Therapie soll ein Training des Kindes in gemeinsamer Aufmerksamkeit, Imitation, funktionellem und Symbolspiel enthalten. Der Aufbau der Fertigkeiten soll zunächst strukturiert angeleitet und dann zunehmend der eigenen Initiative des Kindes überlassen werden.
6. Die Therapie soll die Selbst-initiierte nonverbale und verbale Kommunikation des Kindes durch positive und natürliche Verstärkung jeder kommunikativen Äußerung des Kindes fördern.

Die Therapie soll Übungen für das Kind bezüglich entwicklungsaltersangemessener Handlungsplanung, Emotionsausdruck und Emotionsregulation sowie alltagspraktischen Fertigkeiten enthalten.

#### Wesentliche Therapiemethoden

Die Therapie soll folgende Therapiemethoden gemäß publizierter, überprüfter Therapiemanuale einsetzen:

1. Alle Übungen für das Kind sollen so entwickelt sein, dass sie in möglichst natürlichen, sozialen, alltagsnahen Situation umgesetzt und geübt werden können, um die Generalisierung des Gelernten zu fördern.
2. Es sollen Techniken zur Förderung der Motivation und Eigeninitiative des Kindes eingesetzt werden, die selbstständiges Lernen des Kindes ermöglichen.
3. Neben der Förderung von entwicklungsaltersangemessenem Spiel und funktionellen Übungen sollen insbesondere wissenschaftlich überprüften verhaltenstherapeutische Techniken eingesetzt werden. Der Verhaltensaufbau über Verstärkung (operante Konditionierung) soll mit natürlichen, möglichst sozialen Verstärkern im

	<p>natürlichen sozialen Kontext erfolgen. Prompting und Verstärker sollen differenziert eingesetzt und auch schnell wieder ausgeschlossen werden. Soziales Lernen soll gezielt gefördert werden.</p> <p>4. Die Eltern sollen regelmäßige, strukturierte Rückmeldungen zur korrekten Umsetzung von Übungen und verhaltenstherapeutischen Techniken im Alltag erhalten, wie z. B. direkte Rückmeldung in der Therapie oder Video-basierte Rückmeldungen.</p> <p>5. Wenn die Förderung in der Kinderkleingruppe von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung erfolgt, sollen die o. g. Therapiemethoden ebenfalls eingesetzt werden. Der Fokus sollte auf entwicklungsangemessenen Übungen liegen, die alle Kinder bewältigen können. Jedes Kind soll speziell beachtet und in der Interaktion mit dem/den anderen Kindern angeleitet werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2-3</b></p> <p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>A-B</b></p>	<p><b>Quellen</b> : Aufgrund der hohen Anzahl an zu Grunde liegenden Studien sei hier auf die ausführliche Darstellung im Hintergrundtext dieses Kapitels (siehe Langversion) und die NICE-Kinder Leitlinie verwiesen.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

### Empfehlung 11: C.4.2.3 Länge der Autismus-spezifischen psychosozialen Therapie im Klein- und Vorschulalter (konsensbasiert)<sup>3</sup>

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Klein- und Vorschulkinder, unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Die Therapie kann so lange fortgesetzt werden, bis das Kind in den (integrativen) Kindergarten oder die (Förder-)Schule integriert ist. Ziele können z. B. sein:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– von sich aus auf andere Kinder zugehen und Alters-adäquat Kontakt aufnehmen können,</li><li>– grundlegende Fertigkeiten des interaktiven Spiels mit anderen Kindern und Erwachsenen sowie der (non)verbalen Kommunikation mit anderen beherrschen lernen</li><li>– sowie die Motivation zum sozialen und selbst-initiativen Lernen erwerben.</li></ul> <p>[Zur Förderung der Sprache: siehe Kap. <a href="#">C.5.1 Sprachentwicklungsstörung</a>; zur Förderung der kognitiven Entwicklung und alltagspraktischen Fertigkeiten: siehe Kap. <a href="#">C.6 Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten</a>]</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

<sup>3</sup> Diese Empfehlung gehört inhaltlich zu der darüber liegenden evidenzbasierten Empfehlung, ist aus formalen Gründen aber getrennt davon dargestellt, da nur eine konsensbasierte Empfehlung möglich war.

**Empfehlung 12: 4.2.2 Nicht wirksame Autismus-spezifische psychosoziale Therapien im Kleinkind-, Vorschul- und Grundschulalter; unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
	<p><b>Klein- und Vorschulkinder sowie Grundschul Kinder, unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Folgende psychosoziale Therapieverfahren wurden anhand randomisiert-kontrollierter Studien mit insgesamt guter bis ausreichender Studienqualität untersucht und haben sich <u>als nicht (ausreichend) wirksam</u> bezüglich der <u>Förderung der sozialen Interaktion sowie zahlreicher anderer Aspekte</u>, wie z. B. <u>adaptiver und kognitiver Fertigkeiten</u>, herausgestellt und sollen deshalb für dieses Ziel nicht eingesetzt werden, da effektivere Therapien (s. o.) zur Verfügung stehen:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hanen: More Than Words,</li><li>2. Reine Elterntrainings, ohne das Kind einzubeziehen (siehe aber C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens),</li><li>3. Reine Strukturierungsmaßnahmen ohne ein spezielles Training der interaktiven, kommunikativen und alltagspraktischen Fertigkeiten des Kindes,</li><li>4. Improvisationsbasierte individuelle Musiktherapie sowie Musiktherapie unter Einbezug der Eltern/Familie,</li><li>5. Isoliertes kognitives, Computer- oder iPad-basiertes Training,</li><li>6. Auditorische Integrationstherapie,</li><li>7. Sensorische Integrationstherapie nach Ayres,</li><li>8. Reittherapie oder andere Tier-gestützte Therapien,</li><li>9. Gestützte Kommunikation,</li><li>10. eklektische Ansätze.</li></ol>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2-3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Aufgrund der hohen Anzahl an zu Grunde liegenden Studien sei hier auf die ausführliche Darstellung im Hintergrundtext dieses Kapitels (siehe Langversion) und die NICE-Kinder Leitlinie verwiesen.</p>

Empfehlungsgrad: <b>A</b>	
	<b>Konsens (&gt;75-95% Zustimmung)</b>
<b>Sondervotum</b>	<b>Zu dieser Empfehlung wurde ein Sondervotum der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft eingereicht. Die Fachgesellschaft votiert dafür, den o.g. Punkt 4. (Negativ-Empfehlung zur Musiktherapie) aus dieser Empfehlung zu streichen. Eine ausführliche Begründung dazu ist auf S. 36f des Leitlinienreports finden.</b>

### **Empfehlung 13: C.4.2.3 Autismus-spezifische Therapie für Schulkinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Schulkinder und Jugendliche <u>mit</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Auf eine übersichtliche Alltagsstrukturierung sowie Entwicklungs- und Kompetenz-angemessene Anforderungen im Rahmen der Förderung sollte besonders geachtet werden.</p> <p>Bei Grundschulkindern mit Intelligenzminderung können die o. g. empfohlenen psychosozialen Interventionsmethoden zur Förderung der sozialen Interaktion bei Klein- und Vorschulkinder entsprechend des jeweiligen Entwicklungsstandes des Kindes in diesem Bereich unter Formulierung klarer Therapieziele in einem eingeschränkten Umfang bis zum Erreichen klar definierter Therapieziele weitergeführt werden. Die Therapie sollte in der Kleingruppe umgesetzt werden. Die Eltern/primären Bezugspersonen sowie die Schule sollten einbezogen werden.</p> <p>Zur spezifischen Förderung der Sprache bei Grundschulkindern, die noch keine oder sehr wenig Sprache entwickelt haben, siehe Empfehlungen Kap. <a href="#">C.5.1 Sprachentwicklungsstörung</a>.</p>



Je älter die Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung werden, desto stärker steht die Förderung der alltagspraktischen Fertigkeiten und adaptives Verhalten im Vordergrund der Therapie sowie möglicher Unterstützungsangebote (siehe Empfehlungen Kap. [C.6 Kognitive und Alltagspraktische Fertigkeiten](#)). Diese Förderung sollte im Rahmen der sonderpädagogischen Förderung stattfinden.

Bei älteren Kindern und Jugendlichen kann eine zeitlich begrenzte Gruppentherapie zur Förderung der sozialen Interaktion, selbständigen Beschäftigung, Handlungsplanung und Emotionsregulation gemäß des vorliegenden Entwicklungsstandes der Gruppenteilnehmer mit Autismus-Spektrum-Störung und Intelligenzminderung über 3-6 Monate unter Einbezug der Eltern sowie der Schule angeboten werden. Eine Einzeltherapie zur Förderung der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen sollte nicht durchgeführt werden.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

**Sondervoten**

**Zu dieser Empfehlung wurden identische Sondervoten des Deutschen Fachverbands Verhaltenstherapie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. sowie Autismus Deutschland e.V eingereicht:**

Die Förderung der sozialen Interaktion sollte neben der Einzeltherapie, wenn möglich und sinnvoll, auch im Gruppenformat und unter Einbeziehung der Eltern/primären Bezugspersonen sowie der Schule umgesetzt werden.

*Die Begründung für das Sondervotum ist auf S. 38ff des Leitlinienreports zu finden.*

## **Empfehlung 14: C.4.2.4 Autismus-spezifische psychosoziale Therapie für Schulkinder und Jugendliche ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?

TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?

TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?

### **Schulkinder und Jugendliche ohne Intelligenzminderung**

Schulkindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung soll eine zeitlich auf 3-6 Monate befristete, manualisierte, wissenschaftlich überprüfte Gruppentherapie zur Förderung der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen im Rahmen einer geschlossenen (festen) Gruppe angeboten werden. Die Eltern/primären Bezugspersonen sollen über die Therapieinhalte informiert sein und sollen die Umsetzung von Hausaufgaben im Alltag unterstützen.

Setting: Gruppentherapie in der Gruppe von Gleichaltrigen mit Autismus-Spektrum-Störung; ca. 4-5 Kinder oder Jugendliche und zwei Therapeuten, in der Regel in der therapeutischen Einrichtung; zusätzlich 2-3 Elterninformationsabende.

Umfang: 12-18 Doppelstunden, je 90 min pro Woche.

#### Inhalt der Therapie:

- Förderung der Gruppenfähigkeit durch klare, gemeinsam etablierte Gruppenregeln,
- Aufklärung/Diskussion über Autismus-Spektrum-Störungen,
- Aufgreifen von Alltagssituationen der Kinder und Jugendlichen,
- Aufgreifen von Therapiewünschen der Kinder und Jugendlichen,
- Training von Begrüßung, Small Talk, Gesprächstechniken einschließlich Lächeln, Lautstärke, Nähe-Distanz-Regulation, Eingehen auf Äußerungen des Gegenübers,
- Training des Erkennens von eigenen und fremden Wünschen und Gefühlen,

- Training der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen sowie des Aufbaus und Erhalts von Freundschaften,
- Training von interaktivem Spiel oder gemeinsamen Aktivitäten mit Gleichaltrigen,
- Training der Handlungsplanung,
- Training der Emotionsregulation, Umgang mit Konflikten.

#### Therapiemethoden

- Angeleitete Gesprächsrunden; Einbringen individueller Themen der Gruppenteilnehmer,
- Wissensvermittlung/Psychoedukation bezüglich der Erkrankung einer Autismus-Spektrum-Störung sowie (ungeschriebener) sozialer Regeln,
- Soziales- und Modelllernen unter Einsatz von Rollenspielen und Video-Feedback,
- Operante Methoden zur Förderung der Motivation und Regeleinhaltung in der Gruppe,
- Elemente der Akzeptanz- und Commitment-Therapie,
- Regelmäßiges Üben mit Hausaufgaben,
- Eltern-Coaching zur Förderung der Umsetzung der Hausaufgaben im Alltag.

Evidenzlevel:

**1-2**

Empfehlungsgrad:

**A**

**Quellen** : Freitag et al. (2016); Reichow, Barton, Boyd & Hume (2012) ; Dolan et al., 2016; Frankel et al., 2010; Hiruma, 2014; Kenworthy et al., 2014; Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon & Mogil, 2012; Laugeson, Frankel, Mogil & Dillon, 2009; Schohl et al., 2014; Yoo et al., 2014

#### **Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

#### **Sondervoten**

**Zu dieser Empfehlung wurden identische Sondervoten des Deutschen Fachverbands Verhaltenstherapie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. sowie Autismus Deutschland e.V eingereicht:**

Es steht eine Vielzahl an Therapieansätzen zur Verfügung, allerdings sind überwiegend nur zeitlich sehr begrenzte Gruppenformate in RCT-Studien untersucht

worden. Diese haben einen gewissen Zusatznutzen gezeigt und sollten, möglichst neben der Einzeltherapie und der Eltern- bzw. Institutionsberatung, Teil der Behandlung sein.

Die in der vorliegenden Leitlinie angeführte Empfehlung 47: „Bei Therapien ist zu berücksichtigen, dass viele Patienten mit ASS erst einen längeren therapeutischen Beziehungsaufbau benötigen und die Umsetzung der therapeutischen Lerninhalte in den Alltag durch die verminderte Generalisierungsfähigkeit und verminderte Flexibilität oft erschwert ist.“ ist bei jeder Intervention mit Menschen mit ASS zu berücksichtigen.

*Die Begründung für das Sondervotum ist auf S. 38ff des Leitlinienreports zu finden.*

### **Empfehlung 15: C.4.2.5 Alternativlösung einer Einzeltherapie bei Schulkindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Schulkinder und Jugendliche <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Falls eine Gruppentherapie aus organisatorischen oder individuellen Gründen nicht umsetzbar erscheint, können die oben beschriebenen Therapieinhalte aus der Gruppentherapie auch in einer zeitlich begrenzten Einzeltherapie vermittelt werden. Allerdings sollten in diesem Fall zahlreiche Übungen und Hausaufgaben zur Generalisierung der erarbeiteten Fertigkeiten im Alltag eingesetzt werden, und die Eltern sollten die Umsetzung dieser Übungen im Alltag fördern.</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b></p>

## Empfehlung 16: C.4.2.6 Autismus-spezifische psychosoziale Therapie bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsene <u>mit</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung steht die Förderung von alltagspraktischen Fertigkeiten und adaptiven Verhaltens im Vordergrund der Therapie sowie möglicher Unterstützungsangebote (siehe Empfehlungen Kap. <a href="#">C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten</a>). Diese sollte im Rahmen von strukturierten Beschäftigungsangeboten im Fokus der Intervention stehen.</p> <p>Eine zeitlich begrenzte, tägliche, ca. 1-stündige Gruppentherapie zur Förderung der sozialen Interaktion, selbständiger Beschäftigung, Handlungsplanung einschließlich Freizeitbeschäftigung und Emotionsregulation gemäß des vorliegenden Entwicklungsstandes der Gruppenteilnehmer mit Autismus-Spektrum-Störung und Intelligenzminderung über ca. 6 Monate unter Einbezug wesentlicher Bezugspersonen (Eltern, Betreuer etc.) kann ebenfalls angeboten werden. Eine Einzeltherapie zur Förderung der sozialen Interaktion sollte nicht durchgeführt werden.</p> <p>Bei fehlender Gruppenfähigkeit kann eine Einzeltherapie zur Förderung der Gruppenfähigkeit angeboten werden.</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b></p>
<b>Sondervoten</b>	<p><b>Zu dieser Empfehlung wurden identische Sondervoten des Deutschen Fachverbands Verhaltenstherapie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. sowie Autismus Deutschland e.V eingereicht:</b></p> <p>Die Förderung der sozialen Interaktion sollte neben der Einzeltherapie, wenn möglich und sinnvoll, auch im Gruppenformat und unter Einbeziehung primärer Bezugspersonen umgesetzt werden.</p>

Die Begründung für das Sondervotum ist auf S. 42 des Leitlinienreports zu finden.

### **Empfehlung 17: C.4.2.7 Autismus-spezifische psychosoziale Therapie bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?

TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?

TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?

#### **Erwachsene ohne Intelligenzminderung**

Erwachsenen ohne Intelligenzminderung soll eine zeitlich auf 3-6 Monate befristete, manualisierte, wissenschaftlich überprüfte Gruppentherapie zur Förderung der sozialen Interaktion im Rahmen einer geschlossenen (festen) Gruppe angeboten werden.

Setting: Gruppentherapie in der Gruppe von Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung; ca. 6-8 Erwachsene und zwei Therapeuten, in der Regel in therapeutischer Einrichtung.

Umfang: 12-18 Doppelstunden, je 90 min pro Woche.

#### Inhalt der Therapie:

- Förderung der Gruppenfähigkeit durch klare, gemeinsam etablierte Gruppenregeln,
- Aufklärung/Diskussion über Autismus-Spektrum-Störung einschließlich Identitätsaspekten,
- Aufgreifen von Alltagssituationen der Erwachsenen,
- Aufgreifen von Therapiewünschen der Erwachsenen,
- Training von Begrüßung, Small Talk, Gesprächstechniken einschließlich Lächeln, Lautstärke, Nähe-Distanz-Regulation, Eingehen auf Äußerungen des Gegenübers,
- Trainings des Erkennens von eigenen und fremden Wünschen und Gefühlen,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Training der sozialen Kontaktaufnahme sowie des Aufbaus und Erhalts von Freundschaften,</li> <li>– Trainings des Umgangs mit Wünschen bezüglich einer intimen Beziehung und Sexualität; adäquate Kontaktaufnahme und Kontaktgestaltung,</li> <li>– Training von gemeinsamen Aktivitäten mit Gleichaltrigen,</li> <li>– Training der Handlungsplanung,</li> <li>– Trainings des Umgangs mit Stress und Einsamkeitsgefühlen,</li> <li>– Training der Emotionsregulation, Umgang mit Konflikten.</li> </ul> <p><u>Therapiemethoden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Angeleitete Gesprächsrunden; Einbringen individueller Themen der Gruppenteilnehmer,</li> <li>– Wissensvermittlung/Psychoedukation bezüglich Autismus-Spektrum-Störungen sowie (ungeschriebener) sozialer Regeln,</li> <li>– Soziales- und Modelllernen unter Einsatz von Rollenspielen und Video-Feedback,</li> <li>– Operante Methoden zur Förderung der Motivation und Regeleinhaltung in der Gruppe,</li> <li>– Elemente der Akzeptanz- und Commitment-Therapie,</li> <li>– Regelmäßiges Üben mit Hausaufgaben.</li> </ul>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2</b></p> <p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Gantman, Kapp, Orenski &amp; Laugeson, 2012; Laugeson, Gantman, Kapp, Orenski &amp; Ellingsen, 2015; McVey et al., 2016</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>
<p><b>Sondervoten</b></p>	<p><b>Zu dieser Empfehlung wurden identische Sondervoten des Deutschen Fachverbands Verhaltenstherapie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. sowie Autismus Deutschland e.V eingereicht:</b></p> <p>Es steht eine Vielzahl an Therapieansätzen zur Verfügung, allerdings sind überwiegend nur zeitlich sehr begrenzte Gruppenformate in RCT-Studien untersucht</p>

worden. Diese haben einen gewissen Zusatznutzen gezeigt und sollten, wenn möglich, neben der Einzeltherapie Teil der Behandlung sein.

*Die Begründung für das Sondervotum ist auf S. 43 des Leitlinienreports zu finden.*

### **Empfehlung 18: 4.2.8 Imitationsbasierte Tanz-/ Bewegungstherapie bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?  
TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?  
TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?

#### **Erwachsene ohne Intelligenzminderung**

Bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung kann eine Imitations- und Synchronisationsbasierte Tanz-/Bewegungstherapie- in der Gruppe zur Förderung der Synchronizität über 8-10 Stunden á 90 min zur Förderung der nonverbalen Imitation und sozialen Interaktion angeboten werden.

Evidenzlevel:

**2-3**

Empfehlungsgrad:

**0**

**Quellen:** Koch, Mehl, Sobanski, Sieber & Fuchs, 2015; Koehne, Behrends, Fairhurst & Dziobek, 2016; Mastrominico et al., 2018

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

### **Empfehlung 19: C.4.2.9 Alternativlösung einer Einzeltherapie bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?

TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?

TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?



<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsene <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Falls eine Gruppentherapie aus organisatorischen oder individuellen Gründen nicht umsetzbar erscheint, können die oben beschriebenen Therapieinhalte aus der Gruppentherapie zur Förderung der sozialen Interaktion auch in einer zeitlich begrenzten Einzeltherapie vermittelt werden. Allerdings sollten in diesem Fall Übungen und Hausaufgaben zur Generalisierung der erarbeiteten Fertigkeiten im Alltag eingesetzt werden, und es sollten Unterstützungspersonen aus dem persönlichen Umkreis der Erwachsenen die Umsetzung dieser Übungen im Alltag fördern.</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75-95% Zustimmung)</b></p>

**Aussage 2: C.4.2.10 Psychosoziale Therapie zur Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation in allen Altersbereichen, allen kognitiven Fertigkeiten – unerwünschte Wirkungen (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Bei den psychosozialen Interventionen sind bei korrekter Durchführung bislang keine unerwünschten Wirkungen bekannt, allerdings auch selten systematisch untersucht worden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>1-3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Aufgrund der hohen Anzahl bearbeiteter Literatur sei hier auf die ausführliche Darstellung im Hintergrundtext dieses Kapitels (siehe Langversion) und die NICE-Kinder Leitlinie verwiesen.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 20: C.4.2.11 Medikamentöse Therapie der sozialen Interaktion und Kommunikation bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Da aktuell keine medikamentöse Therapie existiert, die zu einer Verbesserung der sozialen Interaktion und Kommunikation führt, sollten psychotrope oder andere Medikamente bezüglich dieses Therapieziels <i>nicht</i> eingesetzt werden.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 21: C.4.2.12 Medikamentöse Therapie komorbider Symptomatik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Die medikamentöse Behandlung einer komorbiden Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (siehe Kap. <a href="#">C.7.2 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) / hyperaktives Verhalten</a>) sowie – bei starker Ausprägung – der stereotypen und repetitiven (siehe Kap. <a href="#">C.4.3 Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität</a>) sowie oppositionellen oder aggressiven Verhaltensweisen (siehe Kap. <a href="#">C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens</a>) oder einer komorbiden Angststörung (siehe Kap. <a href="#">C.7.3 Angststörungen</a>) oder depressiven Episode (siehe Kap.</p>

	<u>C.7.4 Depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung</u> ) kann hilfreich sein, um die Teilnahme an einer Gruppentherapie zu ermöglichen.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 22: C.4.2.13 Andere Therapieverfahren zur Behandlung der sozialen Interaktion und Kommunikation bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Da aktuell für keine zusätzlichen Therapieverfahren über die psychosozialen Therapien hinaus belastbare Evidenz existiert, dass sie zu einer Verbesserung der sozialen Interaktion und Kommunikation führen, sollen andere Therapieverfahren, die über die o. g. Empfehlungen hinausgehen (einschließlich Nahrungsergänzungsmitteln, Nahrungsumstellungen, Ausleittherapien, Immuntherapien etc.) bezüglich dieses Therapieziels nicht eingesetzt werden. Weitere Therapieverfahren sollten ohne entsprechenden Nachweis eines Zusatznutzens nicht eingesetzt werden.</p> <p>Siehe dazu auch Zusammenfassung der unwirksamen Therapien in den NICE-Kinder- und Erwachsenen-Leitlinien.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

## C.4.3 Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität

**Empfehlung 23: C.4.3.1 Psychosoziale Therapie zur Behandlung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität bei Klein- und Vorschulkindern, mit und ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Evidenzlevel: <b>1-2</b> Empfehlungsgrad: <b>A</b></p>	<p><b>Klein- und Vorschulkinder, unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Die o. g. Therapieverfahren, die zur Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation eingesetzt werden, sollen auch zur Verbesserung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität eingesetzt werden.</p> <p>Insbesondere solche Verfahren, die die elterliche Synchronizität und Responsivität fördern sowie das interaktive, Kind-geleitete Spiel einschließlich des Symbolspiels und die Erweiterung der Interessen des Kindes gezielt üben, sollen eingesetzt werden.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2</b> Empfehlungsgrad: <b>B</b></p>	<p>Die Eltern sollten individualisiert und systematisch durch ausgebildete Verhaltenstherapeuten angeleitet werden. Basierend auf konkreten Verhaltensanalysen bezüglich spezifischer Situationen von wiederholt störendem repetitiven Verhalten, Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität im häuslichen Rahmen, sollten die Eltern gezielt in der Anwendung verschiedener Techniken angeleitet werden. Diese sollen Aspekte wie Alltagsstrukturierung zur Vermeidung störender Reize, Löschen durch Ignorieren, Aufbau von alternativen Verhaltensweisen sowie den gezielten Einsatz von kind- und entwicklungsgerechten Expositionsverfahren umfassen.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2-3</b> Empfehlungsgrad: <b>0</b></p>	<p>Bei starker Ausprägung der sensorischen Hyper- oder Hyporeaktivität kann zusätzlich zuhause regelmäßig eine durch ausgebildete Verhaltenstherapeuten angeleitete Exposition mit unterschiedlichen sensorischen</p>

	Stimuli (Musik, Berührung, Geruch, Oberflächen, Baden/Wasser etc.) durch die Eltern ergänzt werden.
Evidenzlevel: <b>2-3</b> Empfehlungsgrad: <b>S. O.</b>	<b>Quellen:</b> Aldred, Green & Adams, 2004; Bearss et al., 2015; Freitag et al., 2020; Grahame et al., 2015; Green et al., 2010; Pickles et al., 2016; Silva et al., 2015; Woo, Donnelly, Steinberg-Epstein & Leon, 2015
	<b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 24: C.4.3.2 Psychosozialen Therapie zur Behandlung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität bei Schulkindern und Jugendlichen, mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Schulkinder und Jugendliche, unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Die o. g. Therapieverfahren, die zur Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation eingesetzt werden, können auch zur Verbesserung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität eingesetzt werden.</p> <p>Die Eltern/Sorgeberechtigten sowie Integrationshelfer oder Sonderpädagogen in Schulen sollten zusätzlich individualisiert und systematisch durch ausgebildete, regelmäßig supervidierte oder approbierte Verhaltenstherapeuten angeleitet werden. Basierend auf konkreten Verhaltensanalysen bezüglich spezifischer Situationen von wiederholt störendem repetitiven Verhalten, Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität im häuslichen Rahmen oder in der Schule, sollten die Eltern/Sorgeberechtigten gezielt in der Anwendung verschiedener Techniken angeleitet werden. Diese sollen Aspekte wie Alltagsstrukturierung zur Vermeidung störender Reize, Löschen durch Ignorieren, Aufbau von</p>

	<p>alternativen Verhaltensweisen sowie den gezielten Einsatz von Kind- und Entwicklungsgerechten Expositionsverfahren umfassen.</p> <p>Bei starker Ausprägung der sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität kann zusätzlich zuhause regelmäßig eine von ausgebildeten Verhaltenstherapeuten angeleitete Exposition mit unterschiedlichen sensorischen Stimuli (Musik, Berührung, Geruch, Oberflächen, Baden/Wasser etc.) durch die Eltern ergänzt werden.</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b></p>
<p><b>Sondervoten</b></p>	<p><b>Zu dieser Empfehlung wurden identische Sondervoten des Deutschen Fachverbands Verhaltenstherapie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. sowie Autismus Deutschland e.V eingereicht:</b></p> <p>Zur Verbesserung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität sollen individualisierte Methoden eingesetzt werden, bei denen Bezugspersonen mit einbezogen werden können. Neben der Einzeltherapie kann auch eine Gruppentherapie ein Baustein im Gesamttherapieplan sein.</p> <p><i>Die Begründung für das Sondervotum ist auf S. 43 des Leitlinienreports zu finden.</i></p>

**Empfehlung 25: C.4.3.3 Psychosoziale Therapie zur Behandlung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsenen <u>mit</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Eltern/Betreuer/Ausbilder/Integrationsassistenten oder andere Personen, die im Alltag regelmäßig Umgang mit der erwachsenen Person mit Autismus-Spektrum-Störung haben, sollen individualisiert und systematisch durch ausgebildete Verhaltenstherapeuten angeleitet werden. Basierend auf konkreten Verhaltensanalysen bezüglich spezifischer Situationen von wiederholt störendem repetitiven Verhalten, Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität zuhause, bei der Arbeit oder in der Wohngruppe sollen gezielt verschiedene Techniken eingesetzt werden, die Aspekte wie Alltagsstrukturierung zur Vermeidung störender Reize, Löschen durch Ignorieren, Aufbau von alternativen Verhaltensweisen sowie den gezielten Einsatz von individuell geeigneten Expositionsverfahren umfassen.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 26: C.4.3.4 Psychosoziale Therapie zur Behandlung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsenen <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Die o. g. Gruppen-basierten Therapieverfahren, die zur Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation eingesetzt werden, können auch</p>

	zur Verbesserung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität eingesetzt werden.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>
<b>Sondervoten</b>	<p><b>Zu dieser Empfehlung wurden identische Sondervoten des Deutschen Fachverbands Verhaltenstherapie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. sowie Autismus Deutschland e.V. eingereicht:</b></p> <p>Zur Verbesserung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität sollen individualisierte Methoden eingesetzt werden. Neben der Einzeltherapie kann auch eine Gruppentherapie ein Baustein im Gesamttherapieplan sein.</p> <p><i>Die Begründung für das Sondervotum ist auf S. 44 des Leitlinienreports zu finden.</i></p>

**Empfehlung 27: C.4.3.5 Psychosoziale Therapie zur Behandlung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität in allen Altersbereichen, allen kognitiven Fertigkeiten – unerwünschte Wirkungen (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Bei den psychosozialen Interventionen sind bei korrekter Durchführung bislang keine unerwünschten Wirkungen bekannt, allerdings auch selten systematisch untersucht worden. Aus Perspektive der Aspies e.V. gibt es Situationen, in denen die Exposition zu keiner Desensibilisierung führt, sondern zu einer reinen Gewöhnung an das Aushalten, die Kraft und Ressourcen kostet.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>



**Empfehlung 28: C.4.3.6 Medikamentöse Therapie zur Behandlung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität bei Kindern und Jugendlichen, mit und ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
	<p><b>Kinder und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Bei Patienten mit stark ausgeprägten stereotypen und repetitiven Verhaltensweisen kann ergänzend zu psychosozialen Interventionen die befristete Gabe der Antipsychotika Risperidon oder Aripiprazol in Abwägung des Spektrums erwünschter und unerwünschter Wirkungen erwogen werden.</p> <p>Auf der Basis der bisherigen Evidenz ist eine Empfehlung für den Einsatz weiterer Substanzen (z. B. SSRIs) für die Behandlung stereotyper und repetitiver Verhaltensweisen nicht möglich.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>1</b></p> <p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>0</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Hirsch &amp; Pringsheim, 2016; McDougle et al., 2005; Owen et al., 2009; Shea et al., 2004</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 29: C.4.3.7 Medikamentöse Therapie zur Behandlung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität bei Erwachsenen, mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsene, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Bei Patienten mit stark ausgeprägten stereotypen und repetitiven Verhaltensweisen kann ergänzend zu psychosozialen Interventionen die befristete Gabe von Antipsychotika wie Risperidon oder Aripiprazol in Abwägung des Spektrums der erwünschten und unerwünschten Wirkungen erwogen werden. Auf der Basis der bisherigen Evidenz ist eine Empfehlung für den Einsatz weiterer Substanzen (z. B. SSRI) für die Behandlung stereotyper und repetitiver Verhaltensweisen nicht möglich.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Aussage 3: C.4.3.8 Medikamentöse Therapie zur Behandlung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität in allen Altersbereichen, allen kognitiven Fertigkeiten – unerwünschte Wirkungen (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Antipsychotika können zu zahlreichen metabolischen und kardiologischen unerwünschten Wirkungen einschließlich einer Gewichtszunahme sowie zu Extrapiramidal-motorischen Symptomen und Hyperprolaktinämie führen (Details s. Kap. <a href="#">C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens</a>).</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>1</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Hert, Dobbelaere, Sheridan, Cohen &amp; Correll (2011), Correll &amp; Kane (2007)</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 30: C.4.3.9 Andere Therapieverfahren zur Behandlung des repetitiven Verhaltens, störender Sonderinteressen und sensorischer Hyper- oder Hyporeaktivität bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Aktuell können keine Therapien oder Interventionen, die über die o. g. psychosozialen und medikamentösen Ansätze hinausgehen, empfohlen werden.</p> <p>Es sollen in keinem Fall Verfahren, die direkte Bestrafung oder Zwangsmaßnahmen beinhalten, zur Therapie von stereotypen Verhaltensweisen, Sonderinteressen oder sensorischer Hypo- oder Hyperreaktivität eingesetzt werden.</p> <p>Siehe dazu auch oben Kap.</p> <p><a href="#">C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</a> sowie die Zusammenfassung der unwirksamen Therapien in den NICE-Kinder- und Erwachsenen-Leitlinien.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen

### C.5.1 Sprachentwicklungsstörung

#### Empfehlung 31: C.5.1.1 Förderung von Sprache und verbaler Kommunikation (evidenzbasiert)

	TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?
Empfehlungsgrad: <b>B</b>	<p><b>Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Im Kleinkind- und Vorschulalter sollten zur Sprachförderung bei ASS zunächst die in <a href="#">C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</a> dargestellten umfassenden, niederfrequenten (ca. 2 Stunden/Woche) psychosozialen Therapieverfahren eingesetzt werden, die folgende Therapieziele anhand des natürlichen Lernformats üben: Förderung der Eigeninitiative des Kindes, Training von Grundprinzipien nonverbaler Kommunikation (bringen, deuten, zeigen), von gemeinsamer Aufmerksamkeit, von Konzeptbildung und Symbolspiel, von sprachlicher und nicht-sprachlicher Imitation, flexibles Einüben von rezeptiven Sprachfertigkeiten (Wortschatz), natürliche Verstärkung von spontanen Lauten (auch stereotyper Art) und sukzessive expressive Sprachfertigkeiten.</p>
Empfehlungsgrad <b>A</b>	<p>In der Therapie soll auf die Generalisierung der Fertigkeiten auf allen Ebenen (einzelne Fertigkeit, kontextueller Zusammenhang, Interaktionspartner) geachtet werden. Das Setting soll die Therapeuten-basierte Arbeit mit dem Kind sowie den intensiven Einbezug und die Anleitung der Eltern umfassen, damit gelernte Fertigkeiten im Alltag generalisiert werden können.</p>
Empfehlungsgrad <b>C</b>	<p>Kinder, die im Rahmen der o. g. Therapie Schwierigkeiten haben, nonverbale Kommunikationsprinzipien zu erlernen und keine ausreichenden sprachlichen Fortschritte machen, können zur Unterstützung des nonverbalen und verbalen Kommunikationsaufbaus mit Hilfe der Verwendung von Bildkarten oder visuellen Symbolen, die mit sprachlichen Lauten</p>

	<p>kombiniert werden (Computer-basiert/ Sprachausgabegeräte), zusätzlich gefördert werden. Die Verwendung muss dabei häufig und unter direkter Anleitung des Kindes mit verschiedenen Interaktionspartnern geübt werden. Außerdem kann die Therapiefrequenz/Woche für intensivierete Übungen der oben genannten psychosozialen Therapieverfahren erhöht werden. Die Bildkarten und visuellen Symbole dienen als Unterstützung („prompt“) und sollten umgehend reduziert werden, wenn das Kind beginnt, über sprachliche Laute und Wörter zu kommunizieren, um den Aufbau funktionaler verbaler Sprache zu unterstützen.</p>
<p>Empfehlungsgrad</p> <p><b>C</b></p>	<p>Kinder, die nicht ausreichend Sprache über die o. g. Methoden lernen, können durch intensivierete Imitation von gesungenen und rhythmisch begleiteten Wörtern (Trommeln, Klatschen) zusätzlich gefördert werden. Die Imitation durch das Kind muss dabei gut angeleitet und häufig mit verschiedenen Interaktionspartnern wiederholt werden.</p>
<p>Empfehlungsgrad</p> <p><b>B</b></p>	<p>Improvisations-basierte Musiktherapie sollte nicht zur Sprachförderung eingesetzt werden.</p>
<p>Empfehlungsgrad</p> <p><b>C</b></p>	<p><b>Kinder im Grundschulalter, die (noch) nicht sprechen, mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Die o. g. genannten Methoden können bei Kindern im frühen Grundschulalter weiter angewendet werden mit dem Ziel, dass auch Kinder in diesem Alter verbal kommunizieren lernen.</p> <p>Werden Bildkarten eingesetzt, sollte dabei gleichzeitig weiter versucht werden, verbale Äußerungen anzuregen.</p>
<p><b>Aussage</b></p>	<p><b>Nicht-sprechende Kinder ab spätem Grundschulalter, Jugendliche und Erwachsene</b></p> <p>Die Studienlage ist nicht ausreichend, um eine Evidenzbasierte Empfehlung zu geben; es wird eine konsensbasierte Empfehlung (s. u.) ausgesprochen.</p>

<p>Empfehlungsgrad</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Therapie pragmatischer Sprachprobleme bei Kindern und Jugendlichen, die altersgemäße Sprache entwickelt haben (Erwachsene: siehe konsensbasierte Empfehlung)</b></p> <p>Hier sollen die wirksamen Gruppen-basierten Verfahren zur Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation, die in Kap. <a href="#">C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</a> ausführlich dargestellt sind, eingesetzt werden.</p>
<p>Empfehlungsgrad</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Therapie pragmatischer Sprachprobleme bei Kindern und Jugendlichen, die altersgemäße Sprache entwickelt haben (Erwachsene: siehe konsensbasierte Empfehlung)</b></p> <p>Hier sollen die wirksamen Gruppen-basierten Verfahren zur Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation, die in Kap. <a href="#">C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</a> ausführlich dargestellt sind, eingesetzt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>1-3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Almirall et al., 2016; Brignell et al., 2018a; Brignell et al., 2018b; Chenausky, Norton, Tager-Flusberg &amp; Schlaug, 2016; Dawson et al., 2010; Geretsegger, Elefant, Mössler &amp; Gold, 2014; Hardan et al., 2015; Kasari et al., 2014; NICE, 2013; Reichow, Hume, Barton &amp; Boyd, 2018; Roberts et al., 2011; Schreibman &amp; Stahmer, 2014; Wetherby et al., 2014</p>
	<p><b>mehrheitliche Zustimmung (50% - 75% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 32: C.5.1.2 Förderung von nonverbaler Kommunikation bei nicht-sprechende Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung ab dem späten Grundschulalter (konsensbasiert)**

	TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?
<b>KKP</b>	<p><b>Nicht-sprechende Kinder ab dem späten Grundschulalter, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Wenn nach korrektem und ausreichend langem Einsatz der o. g. Therapiemethoden Kinder, Jugendliche und Erwachsene nicht sprechen lernen, kann ein Bildkartensystem oder auch ein Gerät, das über visuelle Symbole Sprache ausgibt, zu Förderung der Kommunikation mit anderen Personen eingesetzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Geräte dem kognitiven Entwicklungsstand der Person mit ASS entsprechen und die Person hinsichtlich der Komplexität des Gerätes nicht überfordern. Die Person mit ASS muss im kommunikativen Einsatz der Bildkarten oder des Geräts systematisch angeleitet werden. Es sollte besonders darauf geachtet werden, dass die „spontane Äußerung“ im Vordergrund steht. Zudem sollte regelmäßig überprüft werden, dass die Person die Symbole auch passend auswählt. Auf Bildkarten und die Sprache unterstützende Geräte soll von allen Interaktionspartnern (z. B. Lehrer, Eltern, Geschwister) gleich reagiert werden, damit die Person mit ASS gleichbleibende Erfolge in der Kommunikation mit verschiedenen Interaktionspartnern erlebt.</p> <p>Bei Kindern, die weder verbale Sprache erwerben noch mit Bildkarten kommunizieren lernen, kann der Einsatz von individuellen Gebärden sinnvoll sein, um zumindest eine basale Teilhabe zu ermöglichen. Die generelle Einführung von einer systematisierten Gebärdensprache (wie die DGS) ist dagegen wenig erfolgversprechend und begrenzt eher die Teilhabemöglichkeit.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>



**Empfehlung 33: C.5.1.3 Ungeeignete Therapieverfahren zur Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen bei ASS (evidenzbasiert)**

	Schlüsselfrage TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen? (SE)
Empfehlungsgrad <b>A</b>	<b>Alle Altersgruppen, mit und ohne Intelligenzminderung</b>  Das Auditive Integrationstraining und Neurofeedback sollen zur Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen nicht eingesetzt werden.
Empfehlungsgrad <b>B</b>	Medikamentöse Therapieverfahren sollten zur Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung derzeit nicht eingesetzt werden.
Evidenzlevel: <b>2</b>	<b>Quellen:</b> NICE, 2012, 2013
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 34: C.5.1.4 Therapie bei Sprechstörungen (konsensbasiert)**

	TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?
<b>KKP</b>	<b>Alle Altersgruppen, mit und ohne Intelligenzminderung</b>  Artikulations- und Redeflussstörungen kommen bei ASS nicht gehäuft vor. Wenn sie vorhanden sind und eine Beeinträchtigung des Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen darstellen, sollten sie gemäß der evidenz- und konsensbasierten AWMF-S3-Leitlinie „Redeflussstörungen, Pathogenese, Diagnostik und Behandlung“ (Registernummer 049-013; AWMF, 2016b) behandelt werden, soweit dies umsetzbar ist.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 35: C.5.1.5 Gestützte Kommunikation zur Therapie bei Sprechstörungen (konsensbasiert)**

	TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?
<b>KKP</b>	<p><b>Alle Altersgruppen, mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Die sog. „Gestützte Kommunikation“ soll nicht zur Förderung der Sprachentwicklung oder Kommunikation bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung eingesetzt werden, da hierfür keine Evidenz besteht.</p>
	<b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b>

## C.5.2 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen

### Empfehlung 36: C.5.2.1 Therapie einer umschriebenen Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (konsensbasiert)

	<p>Schlüssselfrage TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung, und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>Schlüssselfrage TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>Schlüssselfrage TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kindes- und Jugendalter, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Die Leitliniengruppe empfiehlt, die Diagnose einer begleitenden umschriebenen Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen zu stellen, wenn die entsprechenden Kriterien erfüllt sind. Bei einer erheblichen Beeinträchtigung der Teilhabe durch die motorischen Probleme mit entsprechendem Leidensdruck und Compliance kann eine Therapie gemäß der AWMF-S3-Leitlinie zu umschriebenen Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen erfolgen (AWMF, 2020), wobei aufgabenorientierten Therapieansätzen der Vorzug zu geben ist.</p>
<b>Aussage</b>	<p><b>Erwachsenenalter, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Die Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen wird im Erwachsenenalter nicht mehr vergeben und stellt demnach auch keine Therapieindikation mehr dar.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.5.3 Ausscheidungsstörungen

### Empfehlung 37: C.5.3.1 Therapie von Ausscheidungsstörungen (konsensbasiert)

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung, und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Alle Altersgruppen, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten:</b></p> <p>Die Leitliniengruppe weist auf die Notwendigkeit hin, beim Verdacht auf eine Ausscheidungsstörung die Alterskriterien für die Vergabe der entsprechenden Diagnose zu beachten. Die Leitliniengruppe empfiehlt, organische Ursachen abzuklären und auszuschließen. Sind organische Ursachen ausgeschlossen, sollte die Diagnostik der nicht-organischen Ausscheidungsstörung gemäß der aktuellen AWMF S2k-Leitlinie 028-026 (AWMF, 2015b) erfolgen. Anschließend sollte die entsprechende spezifische verhaltensbasierte oder medikamentöse Therapie eingeleitet werden. Zur Therapie der Enkopresis liegt aktuell keine gültige AWMF-Leitlinie vor. Es gibt allerdings Empfehlungen der internationalen Gesellschaft zu kindlicher Inkontinenz und ihrer Mitglieder (Koppen et al., 2016; Gontard, 2013), die bis zur Aktualisierung der AWMF-Leitlinien beachtet werden sollten.</p> <p>Die Therapie von Ausscheidungsstörungen sollte immer im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes bei einem Kind, Jugendlichen oder Erwachsenen mit ASS erfolgen, da in der Regel weitere Komorbiditäten, wie z. B. oppositionelles oder ängstliches Verhalten, vorliegen, die primär behandelt werden müssen, um dann in einem nächsten Schritt effektiv an der Ausscheidungsstörung arbeiten zu können. Ebenso muss die familiäre und Alltagssituation bei der Planung der Behandlung beachtet werden.</p> <p>Sollte infolge von Risperidon-Therapie oder einer anderen Therapie mit Neuroleptika eine Ausscheidungsstörung neu auftreten, sollte das Medikament reduziert oder abgesetzt sowie ein alternatives Präparat passend zur entsprechenden Zielsymptomatik eingesetzt werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 38: C.5.3.2 (Teil-)stationäre Therapie von Ausscheidungsstörungen (konsensbasiert)**

	<p>Schlüssselfrage TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung, und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>Schlüssselfrage TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>Schlüssselfrage TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten:</b></p> <p>Sollte die ambulante Behandlung von Ausscheidungsstörungen nicht innerhalb von ca. 3-6 Monaten erfolgreich sein oder sollten die Eltern/primären Bezugspersonen große Schwierigkeiten haben, die ambulanten Maßnahmen zuhause mit dem Kind/Jugendlichen umzusetzen, sollte rechtzeitig an eine teilstationäre, oder – in der Regel bei zusätzlichen komorbiden Störungen – an eine vollstationäre Therapie gedacht und diese eingeleitet werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.6 Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten

### C.6.1 Kognitive Fertigkeiten und Teilleistungsstörungen

#### Empfehlung 39: C.6.1.1 Psychosoziale Therapie zur Förderung der allgemeinen kognitiven Fertigkeiten im Kleinkind- und Vorschulalter (evidenzbasiert)

	<p>Schlüssselfrage TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung, und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>Schlüssselfrage TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>Schlüssselfrage TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
Empfehlungsgrad:  <b>B</b>	<p><b>Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter mit und ohne Intelligenzmin- derung</b></p> <p>Wenn die Verbesserung der allgemeinen kognitiven Fertigkeiten (IQ) ein Therapieziel der individuellen psychosozialen Förderung ist, dann sollten umfassende Trainings verschiedener Entwicklungsbereiche einschließlich des Heranführens an neue Aufgaben und unterschiedliche sensorische Reize unter Beachtung der Generalisierung der geübten Fertigkeiten im Alltag eingesetzt werden (siehe <a href="#">C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</a>).</p> <p>Wesentliche Elemente dieser Förderung:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Förderung des Selbst-initiierten Lernens durch Steigerung der sozialen Motivation, der Spiel-, Imitations- und Interaktionsfertigkeiten des Kindes.</li><li>2. Erweiterung des Spiel- und sensorischen Repertoires des Kindes, Reduktion von Vermeidungsverhalten des Kindes gegenüber neuen Reizen oder Anforderungen über den Aufbau von angemessenen Interessen und dem Wecken von Neugier sowie gradueller Exposition bei Vermeidung.</li><li>3. Häufiges Üben der erlernten Fertigkeiten in verschiedenen Kontexten (Generalisierung) sowie im Rahmen sozial-interaktiver Situationen.</li></ol>

<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>C</b></p>	<p><i>Zur Förderfrequenz:</i></p> <p>Bei Kindern mit unterdurchschnittlichen kognitiven Fertigkeiten oder Kindern, die ein langsames Lerntempo aufweisen, kann die wöchentliche Therapiefrequenz von ca. 2 Stunden/Woche (siehe <a href="#">C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</a>) auf ca. 5-10 Stunden/Woche über einen begrenzten Zeitraum erhöht werden.</p> <p>Der Effekt der intensivierten Therapie sollte regelmäßig ca. alle 6 Monate anhand standardisierter Entwicklungs- oder kognitiver Tests möglichst durch unabhängige Diagnostiker überprüft werden, da nur manche Kinder von der intensivierten Therapie profitieren.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2-3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Dawson et al., 2010; Kitzerow, Teufel, Jensen, Wilker &amp; Freitag, 2019; Reichow et al., 2018; Strain &amp; Bovey, 2011; Woo et al., 2015; Woo &amp; Leon, 2013</p>
<p><b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b></p>	

**Empfehlung 40: C.6.1.2 Förderung der kognitiven Fertigkeiten sowie der Intervention bei Teilleistungsstörungen (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Kinder im frühen Grundschulalter</b></p> <p>Bei entsprechender Indikation zur Förderung der allgemeinen kognitiven Fertigkeiten kann die o. g. Förderung für Klein- und Vorschulkinder auch im frühen Grundschulalter weitergeführt werden.</p> <p><b>Grundschul-, Jugend- und Erwachsenenalter</b></p> <p>Die Förderung der allgemeinen kognitiven Fertigkeiten ist in diesen Altersgruppen in der Regel kein spezifisches Therapieziel mehr, jedoch sollte eine individuelle Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten erfolgen (s. Kapitel <a href="#">C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten</a>).</p>

	Sollten Teilleistungsstörungen im Kindes- und Jugendalter (Lese-Recht-schreib-Störung, Dyskalkulie) vorhanden sein, sollte die Therapie entsprechend der aktuellen S3-Leitlinien 028-044 (AWMF, 2015a) und 028-046 (AWMF, 2018a) geplant und durchgeführt werden.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 41: C.6.1.3 Weiterentwicklung der Förderung in Integrationskindergärten und inklusiven oder spezialisierten Schulen (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder im Vor- und Grundschulalter:</b></p> <p>Bezüglich der Förderung der allgemeinen kognitiven Fertigkeiten sowie bezüglich der Prävention und Behandlung von Teilleistungsstörungen empfiehlt die Leitliniengruppe die Entwicklung und wissenschaftliche Überprüfung von (Vor-)Schul-basierten Förderprogrammen analog zu den o. g. Programmen und Inhalten, die im deutschen Schulsystem umsetzbar sind. Zusätzlich sollten entsprechende Ausbildungsmöglichkeiten für Erzieher*innen und Lehrer*innen überprüft bzw. geschaffen werden.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>



**Empfehlung 42: C.6.1.4 Medikamentösen Therapie zur Förderung der kognitiven Fertigkeiten in allen Altersgruppen bei ASS mit Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad</p> <p><b>B</b></p>	<p>Es stehen aktuell keine Medikamente zur Verfügung, die die kognitiven Fertigkeiten bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung und Intelligenzminderung verbessern. Sämtliche psychotropen Medikamente und insbesondere das pharmakologische Neuro-Enhancement sollen nicht mit dem Ziel der Verbesserung der kognitiven Fertigkeiten eingesetzt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2-3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> siehe NICE, 2012, 2013</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 43: C.6.1.5 Weitere Therapieverfahren bei Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad</p> <p><b>A</b></p>	<p>Es stehen aktuell keine biologischen (z. B. Vitamine, Mineralstoffe, Omega-3-Fettsäuren) oder alternativen Verfahren (z. B. auditorisches Integrations-training, Biofeedback, Musiktherapie, Massage) zur Verfügung, die die kognitiven Fertigkeiten bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung und Intelligenzminderung verbessern. Solche Verfahren sollen nicht mit dem Ziel der Verbesserung kognitiver Fertigkeiten eingesetzt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>1</b></p>	<p><b>Quellen:</b> siehe Cheng et al., 2017; Horvath, Łukasik &amp; Szajewska, 2017; NICE, 2012, 2013</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten

### Empfehlung 44: C.6.2.1 Psychosoziale Therapie zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Klein- und Vorschulkindern (unabhängig von Entwicklungsalter & kognitiven Fertigkeiten) – Teil 1 (evidenzbasiert)

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>B</b></p>	<p><b>Klein- und Vorschulkinder, unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Im Kleinkind- und Vorschulalter sollten zur Förderung von alltagspraktischen Fertigkeiten und adaptivem Verhalten die in den Empfehlungen von Kap. C.4.2 genannten umfassenden, niedrig-frequenten Therapieverfahren eingesetzt werden. Individuell sollten im Rahmen dieser umfassenden Therapieverfahren dem Entwicklungsalter angemessene Therapieziele bezüglich der alltagspraktischen Fertigkeiten des Kindes mit den Eltern vereinbart und anhand wirksamer übender, verhaltenstherapeutisch-basierter Verfahren spezifisch trainiert werden.</p> <p>Insbesondere sollten die Eltern/primäre Bezugspersonen sowie die Erzieherinnen und Erzieher des Kindergartens in der spezifischen Förderung bezüglich der individuellen Therapieziele im Alltag angeleitet werden.</p> <p>Die Therapie sollte (unter regelmäßiger Überprüfung der individuellen Angemessenheit der gewählten alltagspraktischen Therapieziele) so lange durchgeführt werden, bis das spezifisch geübte alltagspraktische Verhalten durch das Kind in verschiedenen Situationen beherrscht wird.</p> <p>Spezifische Inhalte und Beschreibung der Interventionen: siehe Kap. <a href="#">C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</a></p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2-3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Kitzerow et al. (2019), Tonge, Brereton, Kiomall, Mackinnon &amp; Rinehart (2014), Wetherby et al. (2014), Reitzel et al. (2013)</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 45: C.6.2.2 Psychosoziale Therapien zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Klein- und Vorschulkindern (unabhängig von Entwicklungsalter & kognitiven Fertigkeiten) – Teil 2 (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>B</b></p>	<p><b>Klein- und Vorschulkinder, unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Falls bei einem Kind mit ASS aggressives, hyperaktives und oppositionelles Verhalten vorliegt, das die Umsetzung der o. g. umfassenden, niedrig-frequenten Therapieverfahren im Blick auf alltagspraktische Fertigkeiten erschwert, soll zusätzlich ein gezieltes Training der Eltern bzw. der Hauptbezugsperson bezüglich effektiver Methoden zur Reduktion von aggressivem, hyperaktivem und oppositionellem Verhalten vor oder parallel zu der Therapie des Kindes erfolgen (Inhalte: siehe Kap. <a href="#">C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens</a>).</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Scahill et al. (2016)</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% der Stimmen)</b></p>

**Empfehlung 46: C.6.2.3 Psychosoziale Therapien zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Schulkindern ohne Intelligenzminderung – Teil 1 (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>B</b></p>	<p><b>Schulkinder <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Grundschulkindern sollte eine zeitlich auf ca. 10 Sitzungen begrenzte individuelle, manualisierte Therapie zur Förderung der Emotionsregulation und Verbesserung vorliegender internalisierender und externalisierender Verhaltensweisen anhand alltagspraktischer Übungen und Hausaufgaben unter Einbezug von Eltern und Lehrern durchgeführt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Weiss et al. (2018)</p>
	<p><b>Mehrheitliche Zustimmung (&gt;50% – 75% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 47: C.6.2.4 Psychosoziale Therapien zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Schulkindern ohne Intelligenzminderung – Teil 2 (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8. Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Schulkinder <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Therapien ist zu berücksichtigen, dass viele Patienten mit ASS erst einen längeren therapeutischen Beziehungsaufbau benötigen und die Umsetzung der therapeutischen Lerninhalte in den Alltag durch die verminderte Generalisierungsfähigkeit und verminderte Flexibilität oft erschwert ist.</p>
	<p><b>Mehrheitliche Zustimmung (&gt;50% - 75% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 48: C.6.2.5 Computer-basiertes Training zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Schulkindern ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8. Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Schulkinder <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Ein Computer-basiertes Training des Arbeitsgedächtnisses oder der kognitiven Flexibilität soll nicht durchgeführt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2</b></p>	<p><b>Quellen:</b> deVries, Prins, Schmand &amp; Geurts (2015)</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 49: C.6.2.6 Psychosoziale Therapien zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Jugendlichen ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8. Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Jugendliche <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit ASS ohne Intelligenzminderung zeigen deutliche Schwierigkeiten im Alltagspraktischen. Diese Schwierigkeiten kontrastieren mit ihrem allgemeinen Intelligenzniveau. Da die Fertigkeiten in diesem Bereich hoch mit einem positiven Entwicklungsverlauf korrelieren, sollte dieser Bereich immer ein Teil im Gesamtbehandlungsplan sein. Zunächst sollten die möglichen Schwierigkeiten systematisch erfasst werden und gezielte, verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionsschritte davon abgeleitet werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 50: C.6.2.7 Psychosoziale Therapien zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung – Teil 1 (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>B</b></p>	<p><b>Erwachsene <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung sollte eine zeitlich auf ca. 20 Sitzungen begrenzte, manualisierte Gruppentherapie (wöchentlich 90 min) durchgeführt werden, die folgende Inhalte abdeckt: (1) Umgang mit Stress und Angst, (2) Selbstorganisation und (3) Adaptive und soziale Fertigkeiten. Die Gruppentherapie sollte Hausaufgaben und gut umsetzbare alltagspraktische Übungen beinhalten.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2-3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Oswald et al. (2018)</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 51: C.6.2.8 Psychosoziale Therapien zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung – Teil 2 (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Erwachsene <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Es gibt verschiedene weitere Ansatzpunkte zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung, die wenigsten sind allerdings im Rahmen von RCT-Studien erforscht worden.</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 52: C.6.2.9 Psychosoziale Therapien zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Erwachsene ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Die Schwierigkeiten im Alltagspraktischen Bereich kontrastieren häufig mit dem intellektuellen Niveau. Da die Eigenversorgung gerade im Erwachsenenalter von besonderer Bedeutung ist, sollte dieser Bereich immer ein Teil im Gesamtbehandlungsplan sein. Zunächst sollten die möglichen Schwierigkeiten systematisch erfasst werden und gezielte, verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionsschritte davon abgeleitet werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 53: C.6.2.10 Psychosoziale Therapie zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Grundschulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Grundschul Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Intelligenzminderung</b></p> <p>Zur Förderung von alltagspraktischen Fertigkeiten sollten im Alltag individualisierte, hoch-strukturierte, der kognitiven Entwicklung angemessene praktische, verhaltenstherapeutisch basierte Übungen durch Eltern/Betreuer/primäre Bezugspersonen/Integrationshelfer/Sonderpädagogen/Mitarbeitern von Wohngruppen oder Werkstätten konsistent durchgeführt werden. Die Übungen sollen so entwickelt werden, dass sie auf den individuell vorhandenen Fertigkeiten der Person mit ASS aufbauen und diese sukzessive und unter Einsatz von natürlicher Verstärkung erweitert werden. Wenn</p>

möglich und inhaltlich sinnvoll, sollten die Übungen in der (Klein-) Gruppe umgesetzt werden.

Bei Schwierigkeiten der Umsetzung oder nicht ausreichendem Therapieerfolg sollten Verhaltensanalysen (SORKC-Modell) durchgeführt werden, um schnell individuelle Ansatzpunkte zur Verbesserung der Wirksamkeit der Intervention zu finden.

Individuelle alltagspraktische Ziele können u. a. folgende sein: selbständiges Anziehen, Körperpflege, Essen, Haushaltsarbeiten, Arbeiten in einer Werkstätte, Hobbies, sinnvolle Freizeitbeschäftigung.

Hierbei sollten strukturierende Verfahren wie visuelle Pläne etc. sowie konditionierende und operante verhaltenstherapeutische Verfahren zum Aufbau von Fertigkeiten eingesetzt werden.

Zur Anleitung der Eltern/Betreuer/primäre Bezugspersonen/ Integrationshelfer/Sonderpädagogen/Mitarbeitern von Wohngruppen oder Werkstätten in den praktischen, verhaltenstherapeutisch basierten Übungen und Durchführung der Verhaltensanalysen sollten Therapeuten herangezogen werden, die die in Kapitel

[C.3 Versorgungsstruktur und Qualifikation der Therapeuten](#) bzw. den Empfehlung des Kapitels genannten Qualifikationen erfüllen.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**



**Empfehlung 54: C.6.2.11 Medikamentöse Therapien zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten und des adaptiven Verhaltens bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Es sollen derzeit keine psychotropen Medikamente und insbesondere keine Substanzen zum Neuroenhancement zur Förderung von alltagspraktischen Fertigkeiten und adaptivem Verhalten eingesetzt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Frye et al. (2018), NICE (2012, 2013), Mankad et al. (2015)</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 55: C.6.2.12 Medikamentöse Therapien zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten und des adaptiven Verhaltens bei Kindern & Jugendlichen mit hyperaktiven, aggressivem und oppositionellem Verhalten, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>B</b></p>	<p><b>Kinder und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Falls bei einem Kind oder Jugendlichen mit ASS aggressives, hyperaktives und oppositionelles Verhalten vorliegt, das die Umsetzung der o. g. psychosozialen Interventionen im Blick auf alltagspraktische Fertigkeiten dauerhaft erschwert, soll zusätzlich zum Elterntaining eine gezielte medikamentöse Therapie entsprechend der Empfehlungen in Kap. <a href="#">C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens</a> und</p>

	<a href="#">C.7.2 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) / hyperaktives Verhalten</a> begonnen werden.
Evidenzlevel: <b>2-3</b>	<b>Quellen:</b> Scahill et al. (2012)
	<b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 56: C.6.2.13 Reittherapie zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Schulkindern, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
Empfehlungsgrad: <b>A</b>	<p><b>Schulkinder unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Reittherapie soll nicht zur Verbesserung der adaptiven Fertigkeiten durchgeführt werden.</p>
Evidenzlevel: <b>2</b>	<b>Quellen:</b> Borgi et al. (2016), Gabriels et al. (2015)
	<b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 57: C.6.2.14 Bezüglich der Forschung zu weiteren Verfahren zur Verbesserung der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie des adaptiven Verhaltens bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Die Förderung der Umsetzung von individuellen und Gruppen-basierten Übungen zur Förderung von alltagspraktischen Fertigkeiten in der Schule (jede Schulform) sollte systematisch anhand entsprechender Studien (zunächst: Studien zur Umsetzbarkeit, danach randomisiert-kontrollierte Studien) untersucht werden.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

### C.6.3 Regression von Fertigkeiten

**Empfehlung 58: C.6.3.1 Notwendigkeit weiterer Forschung zur Regression von Fertigkeiten (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 11: Welche Besonderheiten sind bei regressiven Entwicklungsverläufen zu beachten?</p>
<b>KKP</b>	<p>Da die Studienlage zur Regression von Fertigkeiten insgesamt sehr schlecht ist, empfiehlt die Leitlinien-Arbeitsgruppe eine weitergehende Forschung einerseits zur Ursachenklärung, andererseits zu neuen medikamentösen Therapieansätzen sowie zur Frage der Effektivität spezifischer psychosozialer Interventionen zur gezielten Behandlung der Regression in den verschiedenen betroffenen Fertigkeiten.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 59: C.6.3.2 Differentialdiagnostische Überlegungen bei Vorliegen einer Regression von Fertigkeiten (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 11: Welche Besonderheiten sind bei regressiven Entwicklungsverläufen zu beachten?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>B</b></p>	<p>Da die Ursachenklärung bezüglich der Behandlung von Regression bei Autismus-Spektrum-Störungen wesentlich für die Überlegungen zu einer gezielten Therapie ist, werden hier auch differentialdiagnostische Überlegungen aufgeführt. Bei einer Regression von sprachlichen und/oder sozialen Fertigkeiten vor dem 3. Geburtstag besteht ein dringender Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung. Neben einer Autismus-spezifischen Diagnostik sollten mögliche genetische Ursachen, eine Epilepsie, insbesondere ein elektrischer Status Epilepticus im Schlaf oder ein Landau-Kleffner-Syndrom, neuro-degenerative Erkrankungen sowie ZNS-Tumoren abgeklärt und – falls möglich – gezielt behandelt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>4</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Camacho, Espín, Nuñez &amp; Simón, 2012; Chilosi et al., 2014</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## Empfehlung 60: 6.3.3 Behandlung einer Regression von Fertigkeiten (konsensbasiert)

	<p>Schlüssselfrage TSF 6. Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung, und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>Schlüssselfrage TSF 7. Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>Schlüssselfrage TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf</p> <p>Schlüssselfrage TSF 11: Welche Besonderheiten sind bei regressiven Entwicklungsverläufen zu beachten?</p>
<b>KKP</b>	<p>Die Behandlung bei Regression sollte sich nach der möglichen Ursache richten. Insbesondere Epilepsien, der elektrischer Status Epilepticus im Schlaf oder ein Landau-Kleffner-Syndrom, neurodegenerative Erkrankungen sowie ZNS-Tumore können gezielt behandelt werden. Hier sind eine dringende Überweisung und Abklärung durch kinderneurologische Spezialisten erforderlich.</p> <p>Sollte keine organische Ursache gefunden werden, sollten die sprachlichen und alltagspraktischen Fertigkeiten analog zu der empfohlenen Vorgehensweise in Kap. <a href="#">C.4 Therapien zur Verbesserung Autismus-spezifischer Symptome</a> und Kap. <a href="#">C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten</a> wieder eingeübt werden.</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b></p>

# C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome

## C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens

### Aussage 4: C.7.1.1 Oppositionelle und aggressive Verhaltensweisen – notwendiges Versorgungsangebot (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 10. Wie kann Fremd- und/oder Autoaggressivität bei ASS behandelt werden?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Alle Altersgruppen, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Aufgrund der Häufigkeit von oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und der Komplexität der Hintergründe für diese Verhaltensweisen sollten durch das Fallmanagement (siehe oben sowie Teil B der Diagnostik-Leitlinie) regelmäßige psychologisch-psychiatrische und somatische Verlaufsuntersuchungen erfolgen, mit dem Ziel im Einzelfall bedarfsentsprechend und unter Berücksichtigung der komorbid vorliegenden psychischen und somatischen Erkrankungen die nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, und/oder Förderung gewährleisten zu können.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## Empfehlung 61: C.7.1.2 Psychosoziale Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter – Teil 1 (evidenzbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 10: Wie kann Fremd- und/oder Autoaggressivität bei ASS behandelt werden?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Kinder und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Bezüglich der Therapie werden die Empfehlungen aus den NICE-Quell-Leitlinien für Kinder und Jugendliche als zutreffend erachtet und übernommen.</p> <p>Zusammenfassend bedeutet dies:</p> <p>Die primären <b>Ursachen</b> für die oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen sollen mittels entsprechender Interventionen adressiert werden. Mittels <b>differenzierter Verhaltensanalyse</b> sollen Informationen (die Betroffenen selbst, durch Eltern, weitere Betreuungspersonen, z. B. Lehrer, direkte Verhaltensbeobachtung) dazu gesammelt werden, wann, wo, mit wem, in welcher Form und wie oft das oppositionelle und aggressive Verhalten auftritt und wie darauf reagiert wird. Dies dient der Identifizierung von möglichen Ursachen und aufrechterhaltenden Faktoren der oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen. Aus der Verhaltensanalyse können dann gezielt Interventionsmöglichkeiten abgeleitet werden, die nachfolgend eingesetzt und bezüglich ihrer Effektivität evaluiert werden sollten.</p> <p><b>Komorbide psychische oder körperliche Erkrankungen</b>, die in einem möglichen Zusammenhang mit oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen stehen können, sollen identifiziert, diagnostiziert und evidenzbasiert behandelt werden. Entsprechende diagnostische Untersuchungen und Behandlungen sollen eingeleitet und deren Behandlungserfolg in Bezug auf den Verlauf der expansiven Verhaltensauffälligkeiten untersucht werden.</p> <p>Wenn keine komorbiden psychischen oder körperlichen Erkrankungen oder Umgebungsfaktoren vorliegen, die oppositionelles und aggressives</p>

Verhalten auslösen oder aufrechterhalten, sollen **psychosoziale Interventionsangebote auf der Grundlage der Verhaltensanalyse**, als Primärbehandlung (*first-line-treatment*) angeboten werden, sofern die Intensität der expansiven Verhaltensauffälligkeiten moderat ausgeprägt ist. Hierbei soll insbesondere auf den Aufbau von Kompetenzen sowie eine effektive positive, natürliche Verstärkung von funktionellen Verhaltensweisen des Kindes/Jugendlichen geachtet werden.

Bei hoher Belastung der Bezugs- und Betreuungspersonen durch die expansiven Verhaltensauffälligkeiten sollte zusätzlich zu den psychosozialen Interventionen eine **medikamentöse Behandlung** (s. u.) erfolgen.

Wenn notwendig, sollen **Veränderungen** der Umwelt herbeigeführt werden (z. B. visuelle Unterstützung in der Strukturierung der Anforderungen, Schlafhygiene), wenn sich aus der Verhaltensanalyse Hinweise auf einen Zusammenhang zu den oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen ergeben. Überforderung soll identifiziert und die Anforderungen an den Entwicklungsstand (insbesondere kognitive, emotionale und/oder sprachliche Fertigkeiten) angepasst werden.

Folgende evidenzbasierte psychosoziale Therapieverfahren stehen für die Behandlung von oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung unabhängig von ihren kognitiven Fertigkeiten zur Verfügung:

### **Vorschulalter – Grundschulalter - Jugendalter mit und ohne Intelligenzminderung**

Es sollen manualisierte, verhaltenstherapeutisch fundierte Elterntrainings durchgeführt werden, um die erzieherischen Kompetenzen der Eltern zu unterstützen, das Wirksamkeitserleben der Eltern zu stärken und so mittelbar oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung zu reduzieren. Im Elterntaining sollen folgende Fertigkeiten mit den Eltern erarbeitet und anhand von Rollenspielen geübt werden:



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elterliche Fertigkeiten zur Förderung der positiven-Eltern-Kind-Interaktionen,</li> <li>– Elterliche Fertigkeiten zur Förderung der Kommunikationsfähigkeit des Kindes/Jugendlichen,</li> <li>– Elterliche Fertigkeiten zur Förderung der Emotionsregulation des Kindes/Jugendlichen,</li> <li>– Effektives Setzen und Umsetzen von Regeln durch die Eltern,</li> <li>– Klarer Verzicht auf elterliche strafende Verhaltensweisen (z. B. Schimpfen),</li> <li>– Praktische Übungen anhand von Hausaufgaben für die Eltern mit Nachbesprechen des Erfolgs der Übungen.</li> </ul>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2-3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> NICE, 2013, Postorino et al., 2017</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 62: C.7.1.3 Psychosoziale Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter – Teil II (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 10: Wie kann Fremd- und/oder Autoaggressivität bei ASS behandelt werden?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Zusätzlich zu den o. g. Elterntrainings können Interventionen, die in der aktuellen AWMF S3-Leitlinie zur „Diagnostik und Behandlung der Störung des Sozialverhaltens“ empfohlen werden, erwogen werden. Die entsprechenden Empfehlungen können teilweise auch bei Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung entsprechend der klinischen Einschätzung (unter Berücksichtigung der störungsspezifischen Besonderheiten bei Autismus-Spektrum-Störung) umgesetzt werden.</p> <p>Bei dem Vorliegen von autoaggressiven Verhaltensweisen können die Empfehlungen der AWMF Sk2-Leitlinie zu „Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter“ basierend auf einer individuellen Verhaltensanalyse und unter Berücksichtigung der emotionalen und kognitiven Entwicklung des Kindes/Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung Anwendung finden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

### Empfehlung 63: C.7.1.4 Psychosoziale Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen im Erwachsenenalter (konsensbasiert)

TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?

TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?

TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?

TSF 10: Wie kann Fremd- und/oder Autoaggressivität bei ASS behandelt werden?

#### KKP

#### Erwachsenenalter mit und ohne Intelligenzminderung

Analog zum Vorgehen im Kindes- und Jugendalter soll eine differenzierte Verhaltensanalyse erfolgen. Dies dient der Identifizierung von möglichen Ursachen und aufrechterhaltenden Faktoren der oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen. Aus der Verhaltensanalyse können dann gezielt Interventionsmöglichkeiten abgeleitet werden, die nachfolgend eingesetzt und bezüglich ihrer Effektivität evaluiert werden sollen.

Wenn keine komorbiden psychischen oder körperlichen Erkrankungen oder Umgebungsfaktoren vorliegen, die oppositionelles und aggressives Verhalten auslösen oder aufrechterhalten, sollen **psychosoziale Interventionsangebote auf der Grundlage der Verhaltensanalyse**, als Primärbehandlung (*first-Line-treatment*) angeboten werden, sofern die Intensität der expansiven Verhaltensauffälligkeiten moderat ausgeprägt ist. Hierbei soll insbesondere auf den Aufbau von Kompetenzen sowie eine effektive positive, natürliche Verstärkung von funktionellen Verhaltensweisen des Erwachsenen geachtet werden.

Bei hoher Belastung der Bezugs- und Betreuungspersonen durch die expansiven Verhaltensauffälligkeiten sollte zusätzlich zu den psychosozialen Interventionen eine **medikamentöse Behandlung** (s. u.) erfolgen.

Wenn notwendig, sollen **Veränderungen** der Umwelt herbeigeführt werden (z. B. visuelle Unterstützung in der Strukturierung der Anforderungen, Schlafhygiene), wenn sich aus der Verhaltensanalyse Hinweise auf einen Zusammenhang zu den oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen ergeben. Überforderung soll identifiziert und die Anforderungen an den Entwicklungsstand (insbesondere kognitive, emotionale und/oder sprachliche Fertigkeiten) angepasst werden.

	Bei dem Vorliegen von autoaggressiven Verhaltensweisen können die Empfehlungen der AWMF Sk2 Leitlinie zu „Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter“ basierend auf einer individuellen Verhaltensanalyse und unter Berücksichtigung der emotionalen und kognitiven Entwicklung des Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung Anwendung finden.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Aussage 5: C.7.1.5 Psychosoziale Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter – unerwünschte Wirkungen (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 10. Wie kann Fremd- und/oder Autoaggressivität bei ASS behandelt werden?</p>
	<p><b>Kinder und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Bei den psychosozialen Interventionen (insbesondere Elterntrainings) sind bei korrekter Durchführung bislang keine unerwünschten Wirkungen bekannt, allerdings selten systematisch untersucht worden.</p>
Evidenzlevel:	<b>Quellen:</b> NICE, 2013, Postorino et al., 2017
<b>2-3</b>	
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

## Empfehlung 64: C.7.1.6 Medikamentöse Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter (evidenzbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 10: Wie kann Fremd- und/oder Autoaggressivität bei ASS behandelt werden?</p>
Empfehlungsgrad: <b>A</b>	<p><b>Kinder und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Für die <b>Antipsychotika Risperidon</b> und <b>Aripiprazol</b> besteht hohe Evidenz (Grad 1) für die Wirksamkeit in der kurzfristigen Behandlung von expansivem Verhalten bei Autismus-Spektrum-Störungen.</p> <p>Antipsychotika sollen aufgrund ihres Profils der unerwünschten Wirkungen (s. o. E C.4.3.8) nicht routinemäßig in der Behandlung von oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen bei Autismus-Spektrum-Störung eingesetzt werden.</p> <p>Sie sollen dann eingesetzt werden, wenn psychosoziale/psychotherapeutische Interventionen alleine unzureichend waren und die oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen schwerwiegend sind, eine Gefährdung bedingen oder mit Alltagsfunktionen stark interferieren oder den Erfolg anderer Interventionen behindern.</p> <p>Die Medikation mit Antipsychotika soll immer in Kombination mit den o. g. psychosozialen Interventionen, insbesondere einem Elterntaining, eingesetzt werden.</p> <p>Für andere Stoffgruppen (insbesondere Antikonvulsiva, SSRI, Atomoxetin, Amantadin, Naltrexon, N-Acetylcystein, Cannabidoide) besteht keine oder ungenügende Evidenz bezüglich der Wirksamkeit bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen. Sie sollen daher zur Behandlung oppositioneller und aggressiver Verhaltensweisen nicht eingesetzt werden.</p> <p>Bei einer <b>Pharmakotherapie mit Antipsychotika</b> sollen insbesondere die folgenden möglichen unerwünschten Wirkungen (UAW) regelmäßig überwacht werden:</p>

- metabolische UAW (einschl. Gewichtszunahme und Diabetes mellitus)
- extrapyramidale UAW (einschl. akute und tardive Dyskinesien, Akathisie, Dystonie, Parkinsonoid)
- kardiovaskuläre UAW (einschl. QT-Zeit Verlängerung)
- hormonelle/endokrine UAW (einschl. Prolaktinerhöhung)

Folgende **Untersuchungen** sollen vor und während einer Behandlung mit Antipsychotika durchgeführt und dokumentiert werden:

*Zu Beginn und jährlich:*

- (Familien)-anamnese und Lebensstil, frühere und aktuelle Behandlung und Medikation sowie deren Wirksamkeit
- Aktuelle psychosoziale Interventionen und deren Wirksamkeit

*Bei jeder Visite:*

- Beurteilung der Wirksamkeit der Medikation
- Messung von Körpergröße, Körpergewicht, BMI, Bauchumfang
- Messung von Puls und Blutdruck
- Beurteilung von Müdigkeit/Sedierung
- Prolaktin-assoziierte UAWs (Galaktorrhoe, Amenorrhoe, Gynäkomastie)
- Neue Medikation (Wechselwirkungen)

*Zu Beginn, nach 3 und nach 6 Monaten, dann alle 6 Monate (weniger bei geringen UAWs):*

- Labor (gemäß Fachinformation)

*Zu Beginn, während der Aufdosierung, dann alle 3 Monate:*

- Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von extrapyramidalen UAWs (Früh- und Spätdyskinesien) im Rahmen einer neurologischen Untersuchung

Bei einer Abwägung der Medikation mit Risperidon oder Aripiprazol sollte das Profil der UAWs beachtet werden: Es besteht potentiell ein geringeres Risiko für Sedierung und extrapyramidale UAWs für Aripiprazol

gegenüber Risperidon. Kein Unterschied besteht jedoch langfristig bezüglich der Gewichtsentwicklung.

**Dosierung:**

Eine genaue Dosierung kann nicht empfohlen werden.

Laut Studienlage wurden folgende Dosierungen verwendet

- Risperidon: mittlere Dosierung 1.2-1.8 mg/Tag, absolute Dosierung 1-2mg/Tag
- Aripiprazol: absolute Dosierung 5-15 mg/Tag

Bei unzureichender Wirksamkeit nach 6 Wochen sollte das Medikament abgesetzt und gegen ein anderes Mittel ersetzt werden.

Evidenzlevel:

**1-2**

**Quellen:** Aman et al. (2009), Arnold et al. (2012), Fung et al. (2016)

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

**Empfehlung 65: C.7.1.7 Medikamentöse Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen im Erwachsenenalter (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 10: Wie kann Fremd- und/oder Autoaggressivität bei ASS behandelt werden?</p>
<p>Empfehlungsgrad: <b>A-0</b></p>	<p><b>Erwachsene, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b></p> <p>Für das <b>Antipsychotikum Risperidon</b> besteht mäßige Evidenz (Grad 2-3) für die Wirksamkeit in der kurzfristigen Behandlung von aggressivem Verhalten bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung.</p> <p>Risperidon oder andere Antipsychotika sollen aufgrund des Profils der unerwünschten Wirkungen (s. o. E C.4.3.8) nicht routinemäßig in der Behandlung von oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen bei Autismus-Spektrum-Störungen eingesetzt werden.</p> <p>Sie können dann eingesetzt werden, wenn psychosoziale/ psychotherapeutische Interventionen alleine unzureichend waren und die oppositionelle oder aggressive Symptomatik schwerwiegend ist, eine Gefährdung bedingt oder mit Alltagsfunktionen stark interferiert oder den Erfolg andere Interventionen behindert.</p> <p>Die Medikation mit Antipsychotika soll immer in Kombination mit den o. g. psychosozialen Interventionen eingesetzt werden.</p>
<p>Evidenzlevel: <b>2-4</b></p>	<p><b>Quellen:</b> NICE, 2012, McDougle et al. (1998)</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>



**Empfehlung 66: C.7.1.8 Andere Therapien bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 10: Wie kann Fremd- und/oder Autoaggressivität bei ASS behandelt werden?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene, <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Für andere Therapieverfahren zur Reduktion von oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen bei Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen liegt keine belastbare Evidenz vor. Es sollten daher keine anderen Therapien als die o. g. psychosozialen und medikamentösen Therapien zur Verbesserung von oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen bei Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen eingesetzt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2-4</b></p>	<p><b>Quellen:</b> NICE, 2012, NICE, 2013</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 67: C.7.1.9 (Teil-)stationäre Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p> <p>TSF 10: Wie kann Fremd- und/oder Autoaggressivität bei ASS behandelt werden?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene, <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzmin- derung</b></p> <p>Bei entsprechendem Schweregrad (z. B. fehlender Kindergarten- oder Schulbesuch; intensivere Anleitung der Eltern/Bezugspersonen notwendig; Schwierigkeiten in der ambulanten medikamentösen Einstellung) sollte im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter rechtzeitig eine teilstationäre oder stationäre Therapie erwogen werden, in der die oben empfohlenen psychosozialen und medikamentösen Therapien intensiviert eingesetzt werden sollten. Insbesondere sollte auf positive Verstärkung und den Aufbau von Kompetenzen geachtet werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.7.2 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) / hyperaktives Verhalten

### Empfehlung 68: C.7.2.1 Psychosoziale Therapie zur Behandlung einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)/ des hyperaktiven Verhaltens bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Zu psychosozialen Therapien bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störungen und komorbider ADHS liegen keine verwertbaren Studien vor.</p> <p>Da die medikamentöse Therapie (s. u.) sehr effektiv ist, sollten psychosoziale Verfahren zur Behandlung der komorbiden ADHS-Symptomatik des Patienten nur ergänzend zur medikamentösen Therapie eingesetzt werden. Es wird bezüglich psychosozialer Verfahren empfohlen, sich an die Empfehlungen der AWMF-S3-Leitlinien zu Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu orientieren.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen sollten primär Elterntrainings analog zu den Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie (Kap. <a href="#">C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens</a>) bei komorbiden oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen eingesetzt werden.</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75-95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 69: C.7.2.2 Medikamentöse Therapie zur Behandlung einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)/des hyperaktiven Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Kinder und Jugendliche <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Methylphenidat (MPH) und Atomoxetin (ATX) sind bei der Behandlung von ADHS-Symptomen bei Autismus-Spektrum-Störungen wirksam und sollen bei der Diagnose einer komorbiden Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung primär eingesetzt werden. Guanfacin kann als dritte Alternative eingesetzt werden, wenn die Symptomatik einen klinisch relevanten Schweregrad aufweist, MPH oder ATX nicht wirksam waren, die Therapie mit MPH/ATX mit anderen Interventionen interferiert und/oder zu einer hohen Rate an unerwünschten Arzneimittelwirkungen geführt hat.</p> <p>Zur Anwendung von Amphetaminpräparaten bei Autismus-Spektrum-Störungen fehlen derzeit aussagekräftige Untersuchungen, sie können jedoch bei nicht ausreichender Wirksamkeit von Methylphenidat eingesetzt werden.</p> <p>Omega-3-Präparate und Gluten-/Caseinfreie Diäten sollen aufgrund unzureichender Wirksamkeit zur Behandlung von ADHS-Symptomen bei Autismus-Spektrum-Störung nicht eingesetzt werden.</p> <p>Antipsychotika können wirksam sein gegen Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität, sollten jedoch aufgrund ihres ungünstigen Profils der unerwünschten Arzneimittelwirkungen nur bei zusätzlichen oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen eingesetzt werden (siehe Empfehlungen in Kapitel <a href="#">C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens</a>).</p> <p>Bei einer Pharmakotherapie mit Methylphenidat, Amphetaminen, Atomoxetin und Guanfacin sollten insbesondere die folgenden möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) regelmäßig überwacht werden:</p>

- Appetitminderung (MPH, Amphetamine, ATX, Guanfacin)
- Schlafstörungen (MPH, Amphetamine)
- Reizbarkeit und emotionale Ausbrüche (MPH, Amphetamine, AXT)
- Gastrointestinale Symptome (ATX, Guanfacin)
- Schwindel und Müdigkeit (ATX, Guanfacin).

Die Häufigkeit der UAW variiert erheblich in den zur Verfügung stehenden Studien. Aufgrund der bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung häufiger und ausgeprägter auftretenden UAW (MPH, Amphetamine und ATX) sollte die medikamentöse Einstellung in möglichst geringer Dosierung begonnen werden und die Dosissteigerungen in kleineren Schritten und/oder langsamer erfolgen als bei Kindern mit ADHS ohne Autismus-Spektrum-Störung. Die maximale Dosierung ist den Empfehlungen der AWMF-S3-Leitlinie zu Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu entnehmen.

Notwendige Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Therapie sind den Empfehlungen der AWMF-S3-Leitlinie zu Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu entnehmen.

Die Auswahl des Wirkstoffes soll sich nach der Symptomkonstellation insgesamt unter Berücksichtigung des Alters des Patienten sowie des Spektrums möglicher unerwünschter Wirkungen richten.

Evidenzlevel:

**1-2**

**Quellen:** NICE, 2013, NICE, 2012

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

**Empfehlung 70: C.7.2.3 Medikamentöse Therapie zur Behandlung einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)/ des hyperaktiven Verhaltens bei Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störung und komorbider ADHS sollen analog zu Kindern und Jugendlichen behandelt werden (s. o. Empfehlung 66: C.7.2.2).</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 71: C.7.2.4 Weitere Verfahren zur Behandlung einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)/des hyperaktiven Verhaltens bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
Empfehlungsgrad: <b>B</b>	<p><b>Kinder und Jugendliche und Erwachsene</b></p> <p>Aktuell stehen keine zusätzlichen Therapieverfahren zur Reduktion von hyperaktiven und unaufmerksamen Verhaltensweisen bzw. der Therapie einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bei Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen zur Verfügung. Andere als die o. g. psychosozialen und medikamentösen Therapien sollten ohne Nachweis eines Zusatznutzens bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nicht eingesetzt werden.</p>
Evidenzlevel: <b>2-4</b>	<b>Quellen:</b> NICE, 2013, NICE, 2012
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 72: C.7.2.5 (Teil-)stationäre Therapie zur Behandlung einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)/hyperaktiven Verhaltens (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei entsprechendem Schweregrad (z. B. fehlender Kindergarten- oder Schulbesuch; intensivere Anleitung der Eltern/Bezugspersonen notwendig; Schwierigkeiten in der ambulanten medikamentösen Einstellung) sollte im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter rechtzeitig an eine teilstationäre oder stationäre Therapie gedacht werden, in der die oben empfohlenen psychosozialen und medikamentösen Therapien intensiviert eingesetzt werden sollten. Insbesondere sollte auf positive Verstärkung und den Aufbau von Kompetenzen geachtet werden.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**C.7.3 Angststörungen**

**Empfehlung 73: C.7.3.1 Psychosoziale Therapie zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad: <b>A-B</b></p>	<p><b>Kinder und Jugendliche <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Die Therapie soll über den Zeitraum von ca. 3-6 Monaten in der Gleichaltrigen-Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrumstörung und komorbider Angststörung mit zusätzlichen Einzelsitzungen erfolgen. Im Rahmen der Therapie soll eine manualisierte kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Angststörungen (analog zu Menschen</p>

ohne Autismus-Spektrum-Störung) eingesetzt werden, die mindestens folgende Elemente enthält: Psychoedukation zu Angststörungen, Diskussion über die eigenen Ängste mit Störungsmodell, Erarbeiten von konkreten Umgangsweisen und konkreten Expositionsübungen, die in Hausaufgaben geübt werden. Zudem sollten kognitive Elemente und darauf basierende Übungen eingesetzt werden. Die Eltern/zentralen Bezugspersonen sollen einbezogen werden und die Umsetzung von Hausaufgaben und insbesondere Expositionsübungen im Alltag unterstützen.

Zusätzlich sollen folgende Autismus-Spezifische Adaptationen der existierenden Gruppentherapieprogramme für Angststörungen durchgeführt werden:

- Nutzung von schriftlichen und visuellen Informationen und strukturierten Arbeitsblättern,
- konkrete Aufgabenstellung,
- klar strukturierter Ablauf,
- klare und konkrete Sprache,
- wenn vorhanden Einbeziehung eines Elternteils oder Bezugsperson in die Therapiesitzungen zur Unterstützung der Umsetzung des Programms,
- regelmäßige Pausen zur Verbesserung der Aufmerksamkeit,
- wenn möglich, sollten die (Spezial-)Interessen des Kindes oder Jugendlichen in die Therapie einbezogen werden.

Für Kinder und Jugendliche, denen eine Teilnahme an gruppenbasierten Angeboten schwer oder nicht möglich ist, sollen die o. g. Angebote im Einzelsetting bereitgestellt werden.

Evidenzlevel:

**1**

**Quellen:** Kreslins, Robertson & Melville (2015), Ung, Selles, Small & Storch (2015)

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**



**Empfehlung 74: C.7.3.2 Psychosoziale Therapie zur Behandlung von Angststörungen bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsene ohne Intelligenzminderung:</b></p> <p>Die Therapie sollte über den Zeitraum von ca. 3-6 Monaten in der Gruppe von Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung und komorbider Angststörung mit zusätzlichen Einzelsitzungen erfolgen. Im Rahmen der Therapie soll eine manualisierte kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Angststörungen (analog zu Menschen ohne Autismus-Spektrum-Störung) eingesetzt werden, die mindestens folgende Elemente enthält: Psychoedukation zu Angststörungen, Diskussion über die eigenen Ängste mit Störungsmodell, Erarbeiten von konkreten Umgangsweisen und konkreten Expositionsübungen, die in Hausaufgaben geübt werden. Zudem sollten kognitive Elemente und darauf basierende Übungen eingesetzt werden. Die zentralen Bezugspersonen sollten nach Möglichkeit einbezogen werden und die Umsetzung von Hausaufgaben und insbesondere Expositionsübungen im Alltag unterstützen.</p> <p>Zusätzlich sollen folgende Autismus-Spezifische Adaptationen der existierenden Gruppentherapieprogramme für Angststörungen durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Nutzung von schriftlichen und visuellen Informationen und strukturierten Arbeitsblättern,</li><li>– konkrete Aufgabenstellung,</li><li>– klar strukturierter Ablauf,</li><li>– klare und konkrete Sprache,</li><li>– regelmäßige Pausen zur Verbesserung der Aufmerksamkeit.</li></ul> <p>Für Erwachsene, denen eine Teilnahme an gruppenbasierten Angeboten schwer oder nicht möglich ist, sollten die o. g. Angebote im Einzelsetting bereitgestellt werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 75: C.7.3.3 Psychosozialen Therapie zur Behandlung von Angststörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ohne Intelligenzminderung – Ergänzung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>0</b></p>	<p><b>Jugendliche und junge Erwachsene <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Älteren Jugendlichen und Erwachsenen können zusätzlich Elemente aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) mit einer Autismus-spezifischen Anpassung angeboten werden.</p> <p>Die Autismus-spezifische Adaptation sollte folgende Punkte berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kleine Gruppen (4-6 Teilnehmer),</li> <li>– kurze, individuelle Achtsamkeitsübungen,</li> <li>– zusätzliche Achtsamkeitsübungen, die sich mit Wahrnehmungs- und sensorischer Über- bzw. Unterempfindlichkeit befassen,</li> <li>– individuelle Hausaufgaben mit Anweisungen und Achtsamkeitsübungen,</li> <li>– Arbeitsblätter zum Stressmanagement und zur funktionalen Verhaltensanalyse,</li> <li>– klare und konkrete Sprache.</li> </ul>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Pahnke, Lundgren, Hursti &amp; Hirvikoski (2014)</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 76: C.7.3.4 Psychosoziale Therapie zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Für die Therapie komorbider Angststörungen sollte zunächst eine Verhaltensanalyse durchgeführt werden, die auslösende und aufrechterhaltende Faktoren eruiert. Basierend auf der Verhaltensanalyse sollte ein individueller Kompetenzaufbau zur Bewältigung von Ängsten, der das kognitive und emotionale Entwicklungsniveau berücksichtigt, erfolgen. Auf eine übersichtliche Alltagsstrukturierung und den Aufbau von alltagspraktischen Fertigkeiten als Voraussetzung einer effektiven Behandlung von Ängsten soll geachtet werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 77: C.7.3.5 Medikamentöse Therapie zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Sollte die Angstsymptomatik stark ausgeprägt sein und kein ausreichender Effekt mit den o. g. psychosozialen Interventionen nach maximal 3 Monaten erreicht worden sein, sollte ein Behandlungsversuch mit einem selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) in Kombination mit der psychosozialen Intervention erfolgen.</p> <p>Bei Erwachsenen existieren zusätzliche medikamentöse Optionen, bezüglich derer auf die S3-Angst-Leitlinie (051 - 028) verwiesen wird.</p>

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

**Empfehlung 78: C.7.3.6 Andere Verfahren zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?

TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?

TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?

**KKP**

**Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung**

Außerhalb der o. g. verhaltenstherapeutischen und medikamentösen Ansätze stehen keine weiteren effektiven Therapieverfahren bezüglich komorbider Angststörungen zur Verfügung. Andere als die oben genannten medikamentösen / verhaltenstherapeutischen Ansätze sollen ohne Nachweis eines Zusatznutzens nicht eingesetzt werden.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

**Empfehlung 79: C.7.3.7 (Teil-)stationäre Therapie zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?

TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?

TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?

**KKP**

**Alle Altersbereiche mit und ohne Intelligenzminderung**

Bei entsprechendem Schweregrad (z. B. fehlender Kindergarten- oder Schulbesuch; Fernbleiben von Arbeitsstelle) sollte im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter rechtzeitig an eine teilstationäre oder stationäre Therapie gedacht werden, in der die empfohlenen psychosozialen und medikamentösen Therapien intensiviert eingesetzt werden sollten.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

## C.7.4 Depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung

### Empfehlung 80: C.7.4.1 Prävention von depressiven Episoden/rezidivierender depressiver Störung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>B</b></p>	<p><b>Grundschul- und Jugendalter <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Psychosoziale Präventionsmaßnahmen von depressiven Episoden (z. B. als Gruppentherapie) bei Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Jugendalter sollten nicht durchgeführt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2-3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Mackay, Shochet &amp; Orr (2017), Freitag et al. (2016)</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

### Empfehlung 81: C.7.4.2 Prävention depressiver Episoden/ rezidivierender depressiver Störung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Intelligenzminderung und Erwachsenen ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Kinder/Jugendliche/Erwachsene <u>mit</u> Intelligenzminderung, Erwachsene <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Analog zu Kindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung sollten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung und Autismus-Spektrum-Störung keine speziellen Maßnahmen zur Prävention von depressiven Episoden erfolgen.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Aussage 6: C.7.4.3 Psychosoziale Therapie bei depressiven Episoden/rezidivierender depressiver Störung im Vorschulalter mit und ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
	<p><b>Vorschulalter mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Autismus-spezifische Frühförderung, die entwicklungsorientiert und mit dem natürlichen Lernumfeld arbeitet, die Interessen des Kindes und Situations-adäquate positive Verstärkung in den Vordergrund stellt und die Eltern in den Therapieprozess einbindet, kann zu einer Reduktion der internalisierenden Symptomatik beim Kind führen</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>4</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Kitzerow et al. (2019)</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 82: C.7.4.4 Psychosoziale Therapie bei depressiven Episoden/rezidivierender depressiver Störung bei Kindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>0</b></p>	<p><b>Kinder und Jugendliche <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Diagnostizierte depressive Episoden können bei Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung und ausreichend hohen verbalen kognitiven Fertigkeiten (ca. <math>\geq 85</math>) sowie ohne Suizidalität mit einer Depressions-spezifischen kognitiven Verhaltenstherapie in der Gruppe mit einem starken Fokus auf übenden Elementen (z. B. Bewegung, positive Aktivitäten, Stressregulation, Entspannung) behandelt werden.</p>

Evidenzlevel: <b>2-3</b>	<b>Quellen:</b> Santomauro, Sheffield & Sofronoff (2016)
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 83: C.7.4.5 Psychosoziale Therapiemöglichkeiten bei depressiven Episoden/rezidivierender depressiver Störung bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder und Jugendliche <u>mit</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Der Einsatz übender Verfahren im Alltag (z. B. Bewegung, positive Aktivitäten, Stressregulation, Entspannung) sowie Kontingenzmanagement mit positiver Verstärkung und Reduktion von aufrechterhaltenden Bedingungen, wenn möglich im Rahmen der Gruppe/Familie/Einrichtung, stehen hier im Vordergrund der Behandlung einer komorbiden depressiven Episode und sollten eingesetzt werden.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 84: C.7.4.6 Psychosoziale Therapiemöglichkeiten bei depressiven Episoden/rezidivierender depressiver Störung bei Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung und depressiven Episoden soll die Nationale Versorgungsleitlinie nvl-005, S3-Niveau zu</p>

	unipolarer Depression beachtet werden. Die entsprechenden Empfehlungen sollen auch bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung unabhängig von ihren kognitiven Fertigkeiten entsprechend der klinischen Einschätzung von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder approbierten psychologischen Psychotherapeuten umgesetzt werden.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 85: C.7.4.7 Evidenzbasierte Empfehlung zur psychosozialen Therapie bei depressiven Episoden/rezidivierender depressiver Störung bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>0</b></p>	<p><b>Erwachsene <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Diagnostizierte depressive Episoden können bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung und ausreichend hohen verbalen kognitiven Fertigkeiten (ca. <math>\geq 85</math>) sowie ohne Suizidalität mit einer kognitiven Verhaltenstherapie in der Gruppe mit einem Fokus auf übenden Elementen (z. B. Bewegung, positive Aktivitäten, Stressregulation, Achtsamkeit, Entspannung mit täglichen Übungen) behandelt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Spek, van Ham &amp; Nyklíček (2013)</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>



**Empfehlung 86: C.7.4.8 Medikamentöse Therapie depressiver Episoden/rezidivierender depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Intelligenzminderung – Teil I (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Kinder und Jugendliche mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Trizyklische Antidepressiva sollen bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung nicht für die Therapie depressiver Episoden eingesetzt werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>1</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Hurwitz, Blackmore, Hazell, Williams &amp; Woolfenden (2012)</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 87: C.7.4.9 Medikamentöse Therapie depressiver Episoden/rezidivierender depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Intelligenzminderung – Teil II (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Kinder und Jugendliche mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung mit und ohne Intelligenzminderung mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden sollten SSRIs ergänzend zur psychosozialen Intervention zur Behandlung der depressiven Episode eingesetzt werden. Fluoxetin und Sertralin sollen ggü. Citalopram, Escitalopram, Fluvoxa-</p>

	min und Paroxetin aufgrund eines günstigeren Profils der unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie der besseren Studienlage bei depressiven Episoden im Kindes- und Jugendalter bevorzugt werden.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 88: C.7.4.10 Medikamentöse Therapie depressiver Episoden/rezidivierender depressiver Störungen bei Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung mit und ohne Intelligenzminderung und depressiver Episode soll die Nationale Versorgungsleitlinie nvl-005, S3-Niveau, zu unipolarer Depression beachtet werden. Die entsprechenden Empfehlungen sollen auch bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung unabhängig von ihren kognitiven Fertigkeiten entsprechend der klinischen Einschätzung von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie umgesetzt werden.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 89: C.7.4.11 (Teil-)stationäre Therapie bei depressiven Episoden/rezidivierender depressiver Störung; alle Altersbereiche, mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei entsprechendem Schweregrad (mittelgradige oder schwere depressive Episode mit deutlicher Einschränkung im Alltag) sollte im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenbereich rechtzeitig eine teilstationäre oder stationäre Therapie erwogen werden.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 90: C.7.4.12 Umgang mit Suizidalität (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung</b></p> <p><b>Suizidalität</b> soll regelhaft abgeklärt und die entsprechende Krisenintervention bei vorhandener Suizidalität umgehend eingeleitet werden. Bei entsprechender Notwendigkeit kommen die entsprechenden gesetzlichen Regelungen zur Geltung. Bei der Abklärung der akuten Suizidalität sollen die kommunikativen Besonderheiten von Personen mit Autismus-Spektrum-Störung beachtet werden (s. Diagnostik-Leitlinie B.4.6; 028-18, AWMF, 2016a).</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

## C.7.5 Zwangsstörungen

### Empfehlung 91: C.7.5.1 Behandlung komorbider Zwangsstörung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Zwangsgedanken-/handlungen müssen von stereotypen und repetitiven Verhaltensweisen sowie intensiven Interessen und Sonderinteressen abgegrenzt werden. Zwangsgedanken müssen ebenfalls deutlich über die Beschäftigung mit intensiven und Sonderinteressen hinausgehen.</p> <p>Bei Vorliegen einer komorbiden Zwangsstörungen sollte analog der AWMF-S3-Leitlinien zur Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter (voraussichtlich 2019 konsentiert) sowie im Erwachsenenalter (voraussichtlich 2019 aktualisiert) vorgegangen werden.</p> <p>Zusammenfassend sollte – wenn individuell aufgrund der kognitiven Voraussetzungen möglich – eine an Autismus-Spektrum-Störungen angepasste, individuelle kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt werden, die als wesentliche Therapieelemente Psychoedukation mit Aufklärung zum Störungsmodell und aufrechterhaltenden Bedingungen (im Kindes- und Jugendalter unter Einbezug der Eltern/primären Bezugspersonen) sowie Exposition mit Reaktionsverhinderung enthält. Hierbei sollte auf strukturierte, individuell gut umsetzbare, alltagspraktische Übungen fokussiert werden, die durch visuelle Strukturierungsmaßnahmen unterstützt werden sollten. Zusätzlich kann je nach Bedarf mit klaren Strukturen, Stimuluskontrolle, Kontingenzmanagement und positiver Verstärkung nach dem SORKC-Modell sowie – bei Menschen mit Intelligenzminderung – mit nonverbalen einfachen Verhaltensexpositionen gearbeitet werden.</p>

	<p>Sollte die individuelle kognitive Verhaltenstherapie nicht innerhalb von 1-2 Monaten zu einer Verbesserung von Zwangssymptomen führen, können zusätzlich SSRI (insbesondere Sertralin aufgrund des Profils der unerwünschten Wirkungen) eingesetzt werden.</p> <p>Falls die Kombination von SSRI und Verhaltenstherapie nicht zu einem ausreichenden Erfolg führt oder SSRIs zu einer nicht tolerierbaren Rate an unerwünschten Arzneimittelwirkungen führen, sollte als Augmentationsstrategie bei Kindern und Jugendlichen Risperidon oder Aripiprazol eingesetzt werden. Bei Erwachsenen existieren zusätzliche medikamentöse Optionen, bezüglich derer in der S3-Zwangs-Leitlinie nachgesehen werden kann.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 92: C.7.5.1 (Teil-)stationäre Therapie von Zwangsstörungen (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p><b>KKP</b></p>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei entsprechendem Schweregrad (z. B. fehlender Kindergarten- oder Schulbesuch; keine geregelte Arbeit mehr möglich; Schwierigkeiten in der ambulanten medikamentösen Einstellung sowie Umsetzung der ambulanten Verhaltenstherapie) sollte im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter rechtzeitig eine teilstationäre oder stationäre Therapie erwogen werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.7.6 Tic-Störungen

### Empfehlung 93: C.7.6.1 Behandlung komorbider Tic-Störungen (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Vorliegen einer komorbiden Tic-Störung sollte analog der AWMF-S3-Leitlinien zur Behandlung von Tic-Störungen (voraussichtlich 2021 konsentiert) vorgegangen werden.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

## C.7.7 Schlafstörungen

### Empfehlung 94: C.7.7.1 Behandlung komorbider Schlafstörungen bei Kindern mit und ohne Intelligenzminderung (evidenzbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>A</b></p>	<p><b>Kinder <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Vorliegen einer Schlafstörung soll zuerst eine mögliche organische Ursache ausgeschlossen werden.</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>B</b></p> <p>Evidenzlevel:</p> <p><b>2</b></p>	<p>Wenn eine nicht-organische Ein- oder Durchschlafstörung vorliegt, dann sollte folgende Behandlungshierarchie eingehalten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nach sorgfältiger Erfassung der individuellen Schlafproblematik und der Rahmenbedingungen sollte den primären Bezugspersonen von Kindern im Alter von 2-12 Jahren (i. d. R.: den Eltern) eine</li> </ul>

	<p>Psychoedukation zur Schlafhygiene und zum Umgang mit den verschiedenen Schlafproblemen und Schlafstörungen angeboten werden.</p>
<p>Empfehlungsgrad: <b>B</b></p> <p>Evidenzlevel: <b>2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Eltern und bei Vorliegen eines entsprechenden Entwicklungsstands auch das Kind sollten angeleitet werden, ein Schlaftagebuch über einen Zeitraum von zumindest 14 Tagen zu führen, in welchem Zu-Bett-Geh-Zeit, Einschlafzeit, Anzahl und Dauer der nächtlichen Wachepisoden, Aufwachzeit am Morgen kontinuierlich als Grundlage für eine sich anschließende verhaltenstherapeutische orientierte Intervention dokumentiert werden.</li> </ul>
<p>Empfehlungsgrad: <b>A</b></p> <p>Evidenzlevel: <b>1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bei fehlender oder nicht ausreichender Wirkung verhaltensorientierter Interventionen und weiter bestehender klinisch relevanter Belastung des Kindes und seiner Familie soll die medikamentöse Therapie mit Melatonin in der individuell notwendigen Dosierung bis maximal 10 mg abends begonnen werden.</li> </ul>
<p>Empfehlungsgrad: <b>A-B</b></p> <p>Evidenzlevel: <b>1-2</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Cuomo et al., 2017; Gringras, Nir, Breddy, Frydman-Marom &amp; Findling, 2017; Johnson et al., 2013; Malow et al., 2014</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 95: C.7.7.2 Behandlung komorbider Schlafstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei Vorliegen einer Schlafstörung soll zuerst eine mögliche organische Ursache ausgeschlossen werden.</p> <p>Wenn eine nicht-organische Ein- oder Durchschlafstörung vorliegt, dann sollte folgende Behandlungshierarchie eingehalten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Nach sorgfältiger Erfassung der individuellen Schlafproblematik und der Rahmenbedingungen sollte eine Psychoedukation zur Schlafhygiene und zum Umgang mit den verschiedenen Schlafproblemen und Schlafstörungen angeboten werden.</li><li>– Es sollte ein Schlaftagebuch über einen Zeitraum von zumindest 14 Tagen geführt werden, in welchem Zu-Bett-Geh-Zeit, Einschlafzeit, Anzahl und Dauer der nächtlichen Wachepisoden, Aufwachzeit am Morgen kontinuierlich als Grundlage für eine sich anschließende verhaltenstherapeutische orientierte Intervention dokumentiert werden.</li><li>– Bei fehlender oder nicht ausreichender Wirkung verhaltensorientierter Interventionen und weiterbestehender klinisch relevanter Belastung soll die medikamentöse Therapie mit Melatonin in individuell notwendiger Dosierung begonnen werden.</li></ul>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>



### Empfehlung 96: C.7.7.3 Behandlung komorbider Schlafstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei gleichzeitigem Vorliegen von behandlungsbedürftigen stereotypen Verhaltensweisen sowie oppositionellem oder aggressivem Verhalten können zusätzlich zu Melatonin eine möglichst niedrige Dosis sedierender Antipsychotika zur Behandlung von Einschlafstörungen eingesetzt werden.</p> <p>Aufgrund des Fehlens von Evidenz zur Wirkung und Sicherheit sollten andere pharmakologische Substanzen nicht zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen bei Autismus-Spektrum-Störung eingesetzt werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.7.8 Essstörungen

### Empfehlung 97: C.7.8.1 Behandlung komorbider Fütterstörungen im Kleinkind- und Vorschulalter, mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Fütterstörungen im Kleinkind- und Vorschulalter <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Evidenz für den Einsatz spezifischer Therapieverfahren zur Behandlung von Fütterstörungen bei Autismus-Spektrum-Störungen im Kleinkindalter liegt nicht vor. Zur Behandlung von Fütterstörungen bei Kindern in dieser</p>

	Altersgruppe sollen die Empfehlungen der S2k-Leitlinie Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter der DGKJP (in Überarbeitung) umgesetzt werden.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 98: C.7.8.2 Behandlung komorbider Fütterstörungen im Kleinkind- und Vorschulalter (evidenzbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>0</b></p>	<p><b>Ernährungsstörungen und selektives Essverhalten im Vorschulalter</b></p> <p>Eltern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung kann bei Fütterstörung des Kindes die Teilnahme an einem störungsspezifischen, verhaltensbasierten Elterntaining angeboten werden.</p>
<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>3</b></p>	<p><b>Quellen:</b> Johnson, Foldes, DeMand &amp; Brooks (2015)</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 99: C.7.8.3 Behandlung komorbider Essstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Zur Behandlung von komorbiden Essstörungen sollen die entsprechenden Empfehlungen der AWMF-S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von Essstörungen (AWMF, 2018b) unter Beachtung grundsätzlicher Aspekte des therapeutischen Umgangs mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen umgesetzt werden. Eine frühzeitige (teil-)stationäre Therapie sollte erwogen werden, wenn im Rahmen der ambulanten Behandlung nicht innerhalb von 2-3 Monaten ein Erfolg zu verzeichnen ist.</p>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**C.7.9 Psychotische Störungen**

**Empfehlung 100: C.7.9.1 Behandlung komorbider psychotischer Störungen (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderungen</b></p> <p>Die Diagnose einer komorbiden psychotischen Störung soll nur gestellt werden, wenn die einschlägigen Diagnosekriterien (ICD-10) erfüllt sind. Wenn Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung sensorische Wahrnehmungsstörungen oder motorische Stereotypien berichten oder diese Symptome von anderen beobachtet werden, sollen sie nur dann als psychotisch diagnostiziert werden, wenn sie qualitativ deutlich über die autistische</p>

Symptomatik hinausgehen und im Verlauf eine Zunahme der Symptomatik zu beobachten ist. Kommunikative Besonderheiten von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung sollen dabei berücksichtigt werden.

Bei Verdacht auf die Entwicklung einer psychotischen Störung sollte in jedem Alter eine stationäre Aufnahme erwogen werden, um hier den notwendigen Schutz sowie die notwendige Verhaltensbeobachtung bieten zu können.

Es sollte differenziert werden, ob eine akute vorübergehende psychotische Störung oder eine Schizophrenie vorliegt. Sollte sich die Diagnose Schizophrenie bestätigen, soll analog der AWMF-S3-Leitlinie Schizophrenie vorgegangen werden. Wenn eine akute vorübergehende psychotische Störung vorliegt, soll die Therapie entsprechend angepasst werden.

Bei komorbider akuter psychotischer Störung sollte eine stationäre Therapie erfolgen.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

## C.7.10 Bipolare Störungen

### Empfehlung 101: C.7.10.1 Behandlung komorbider bipolarer Störungen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Die Diagnose einer komorbiden Bipolaren Störung soll nur gestellt werden, wenn die einschlägigen Diagnosekriterien (ICD-10) erfüllt sind. Eine Bipolare Störung soll nur diagnostiziert werden, wenn die Symptome qualitativ deutlich über die autistische Symptomatik hinausgehen und wenn ein entsprechend phasenhafter Verlauf der zentralen Symptome der Bipolaren Störung zu sehen ist.</p> <p>Bei Verdacht auf die Entwicklung einer bipolaren Störung sollte in jedem Alter eine stationäre Aufnahme erwogen werden, um hier den notwendigen Schutz sowie die notwendige, längerfristige Verhaltensbeobachtung bieten zu können.</p> <p>Sollte sich die Diagnose bestätigen, soll analog der AWMF-S3-Leitlinien zur Behandlung von Bipolaren Störungen vorgegangen werden (AWMF, 2019a).</p> <p>Bei akuter komorbider Bipolarer Störung sollte eine stationäre Therapie erfolgen.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.7.11 Persönlichkeitsstörungen

### Aussage 7: C.7.11.1 Behandlung komorbider Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
	<p><b>Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Es liegen bisher keine Studien zur Wirksamkeit der Therapie von Persönlichkeitsstörungen bei Autismus-Spektrum-Störung vor. Daher kann keine Empfehlung ausgesprochen werden. Weitere Studien sind notwendig.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.7.12 Suchterkrankungen

### Empfehlung 102: C.7.12.1 Behandlung komorbider Suchterkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei diagnostizierter Suchterkrankung (ICD-10 F1) sollte die Therapie wie bei Suchterkrankten ohne Autismus-Spektrum-Störung, aber unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung hinsichtlich Strukturierung, Übersichtlichkeit, Vorgehen nach Plan sowie positiver Verstärkung erfolgen.</p> <p>Das grundsätzliche Vorgehen sollte sich nach den entsprechend verfügbaren AWMF-S3-Leitlinien zu den unterschiedlichen Suchterkrankungen richten.</p>
	<p><b>Konsens (&gt;75-95% Zustimmung)</b></p>

## C.7.13 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle; insbesondere pathologisches Spielen und pathologischer Medienkonsum

**Empfehlung 103: C.7.13.1 Behandlung komorbider, abnormer Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle; insbesondere des pathologischen Spielens und des pathologischen Medienkonsum bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	<p>TSF 6: Welche Therapieverfahren stehen für welche Indikationen bei ASS zur Verfügung und wie ist ihre Evidenz?</p> <p>TSF 7: Welche Therapieverfahren sind nachweislich als nicht effektiv zu beurteilen?</p> <p>TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bisher gibt es keine evaluierten therapeutischen Ansätze bei pathologischem Medienkonsum für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung. Es sollte immer eine Verhaltensanalyse durchgeführt werden, um die individuellen auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren für das Verhalten sowie seine kurz- und langfristigen Konsequenzen herauszufinden. Eine Kombination von Motivationsaufbau zur Erarbeitung individuell angemessener schulischer, beruflicher, sozialer und Alltagsfertigkeiten sowie zum Abbau des pathologischen Medienkonsums sowie die externale Kontrolle der Verfügbarkeit der Medien kann therapeutisch eingesetzt werden. Liegt ein pathologischer Medienkonsum oder pathologisches Spielverhalten vor, sollten rechtzeitig entsprechende Beratungsstellen aufgesucht werden und eine für diese Symptomatik spezifische Behandlung eingeleitet werden. Liegen daneben weitere komorbide Störungen vor, sollte ein tagesklinisches oder stationäres Behandlungssetting erwogen werden.</p> <p>[Zur Behandlung von Störungen der Impulskontrolle sollten die unter <a href="#">C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens</a> und <a href="#">C.7.2 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) / hyperaktives Verhalten</a> genannten Interventionen durchgeführt werden.]</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

## C.8 Krisenintervention

### Empfehlung 104: C.8.1 Krisenintervention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	TSF 9. Welche spezifischen Methoden der Krisenintervention, z. B. in Stresssituationen, bei Suizidalität und andere existieren?
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Bei einer akuten Krise soll zunächst eine Stabilisierung (z. B. durch Deeskalations-Strategien, Reduktion von Überforderung oder Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten) in Kombination mit einer zeitnahen differenzierten Verhaltensanalyse zur Identifikation von möglichen Ursachen und aufrechterhaltenden Faktoren durchgeführt werden, um gezielte Interventionen einsetzen zu können.</p> <p>Eine Krisenintervention sollte durch eine sehr reduzierte Anzahl von Personen, die der Person mit Autismus-Spektrum-Störung bekannt sind, in einer ihr bekannten Institution durchgeführt werden. Um dies zu ermöglichen, sollten frühzeitig individuelle Kriseninterventionspläne mit sukzessiven Interventionen und Krisenpässen für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen entwickelt werden.</p> <p>Wenn eine stationäre Aufnahme in einer Kinder- und Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrischen Einrichtung notwendig ist, sollte darauf geachtet werden, dass das Personal im Hinblick auf den Umgang mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung geschult ist (s. o.). Es sollte eine geringe Zahl von verlässlich und stabilen Ansprechpartnern („Bezugspflege“) mit ruhiger Ausstrahlung mit der Person mit Autismus-Spektrum-Störung interagieren.</p> <p>Zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen müssen, wie bei anderen psychischen Störungen, die gesetzlichen Rahmenbedingungen beachtet werden. Hilfreich sind z. B. Vorhalten eines Rückzugsraums und – bei Bedarf – eine frühzeitige Medikation zur Reduktion aggressiver Verhaltensweisen.</p>



Präventiv bezüglich akuter Krisen mit aggressivem Verhalten sollten insbesondere Therapieverfahren eingesetzt werden, die unter [C.7.1 Oppositives und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens](#) ausführlich dargestellt sind. Präventiv bezüglich akuter Krisen mit Suizidalität sollten insbesondere Therapieverfahren eingesetzt werden, die in Kapitel [C.7.3 Angststörungen](#) und [C.7.4 Depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung](#) dargestellt sind.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

## C.9 Teilstationäre/stationäre Therapie

**Empfehlung 105: C.8.1 Teilstationäre/stationäre Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

TSF 13: Wann ist eine teilstationäre oder stationäre Therapie indiziert? Welche spezifischen Methoden der (teil-)stationären Therapie von psychischen Komorbiditäten existieren? Welche Rahmenbedingungen sind hilfreich?

**KKP**

**Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung**

Die Indikation für eine teilstationäre oder stationäre Behandlung ist bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen wie bei Menschen mit anderen psychischen Störungen dann gegeben, wenn die ambulante Therapie nicht zu einem ausreichenden Erfolg führt, die (teil-)stationäre Therapie einen besseren Therapieerfolg verspricht und die spezifischen Bedingungen des multidisziplinären Teams der Krankenhausbehandlung für einen Therapieerfolg benötigt werden.

Dies ist in der Regel (jedoch nicht ausschließlich) beim Vorliegen von schwerer ausgeprägten komorbiden psychischen und/oder körperlichen Erkrankungen bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung gegeben. Zudem soll eine (teil-)stationäre Therapie bei fehlendem Schulbesuch (trotz Schulpflicht) im Kindes- und Jugendalter frühzeitig erfolgen. Nach

einer Krisenintervention sollte eine (teil-)stationäre Therapie zur Stabilisierung, Analyse der auslösenden Bedingungen, Diagnostik und Therapie möglicher komorbider psychischer Erkrankungen angeboten werden.

Die frühzeitige, intensive Behandlung im Rahmen der (teil-)stationären Therapie hat dabei auch das Ziel, eine Chronifizierung der komorbiden psychischen Störung mit nachfolgender Verschlechterung der sozialen Integration und Teilhabe der Person mit Autismus-Spektrum-Störung zu verringern.

Das Personal in Krankenhausnotaufnahmen und in Kliniken sollte in Hinblick auf die Besonderheiten der Krisenintervention und Krankenhausbehandlung bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung geschult sein (s. o. [C.8 Krisenintervention](#)). Für die (teil-) stationäre Therapie sollten die entsprechenden Rahmenbedingungen (Alltagsstruktur, Übersichtlichkeit, individuelle angemessene Sprache, visuelle Unterstützung, Gruppentherapie mit anderen Personen mit Autismus-Spektrum-Störung, Rückzugsmöglichkeiten etc.) geschaffen werden. Die in Kapitel C.4 – C.7 empfohlenen Therapiemethoden sollen gemäß ihrer spezifischen Indikation und Zielsetzung auch in der (teil-) stationären Behandlung eingesetzt werden.

Es sollten spezifische Konzepte zur (teil-)stationären Behandlung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung entwickelt und validiert werden, bei denen die Besonderheiten und spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung berücksichtigt werden.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

# C.10 Einbezug von Familien, Angehörigen, Schulen und Arbeitgebern

## C.10.1 Rolle von Familie und Angehörigen

### Empfehlung 106: C.10.1.1 Rolle von Familien und Angehörigen im Kindes- und Jugendalter, mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)

	TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?
<b>KKP</b>	<p>Psychosoziale Unterstützungsangebote sollen sich an den subjektiven Bedürfnissen von Eltern und Angehörigen orientieren, Hilfen auf allen Ebenen (psychologische, psychoedukative, materielle Hilfe) einschließen und lebensphasen-, themen- und bedarfsgerecht vorhanden sein.</p> <p><b>Kindes- und Jugendalter <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Eltern bzw. Sorgeberechtigte oder primäre Bezugspersonen von betroffenen Kindern sollen in die therapeutischen Interventionen einbezogen werden. Über den Einbezug der Sorgeberechtigten bei Jugendlichen sollte der betroffene Jugendliche nach Möglichkeit mitentscheiden. Als Sorgeberechtigte müssen sie über jede Intervention aufgeklärt werden und dieser zustimmen.</p> <p>Eine Psychoedukation entweder in der Gruppe oder individuell bezüglich des Krankheitsbildes Autismus-Spektrum-Störung einschließlich vorliegender möglicher komorbider Erkrankungen soll für alle Eltern/primären Bezugspersonen in der individuell notwendigen Ausführlichkeit nach der Diagnose des Kindes angeboten werden.</p> <p>Im <b>Vorschulalter</b> sollen Eltern gemäß der vorliegenden, empfohlenen Therapieansätze mit hoher Evidenz (s. o. C.4 - C.7) in die Therapie einbezogen werden und systematisch im fördernden Umgang mit dem Kind angeleitet werden, ohne jedoch selbst zu Therapeuten zu werden.</p>

Im **Grundschul- und Jugendalter** sollten Eltern die Durchführung von Hausaufgaben, die in einer Gruppen- oder Einzeltherapie des Kindes aufgegeben werden (s. o.

[C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation](#);

[C.7.3 Angststörungen](#),

[C.7.4 Depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung](#)), unterstützen, um die Generalisierung der in der Therapie gelernten Verhaltensweisen im Alltag zu fördern.

Sollten oppositionelle oder aggressive Verhaltensweisen bei dem Kind/Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung vorliegen, soll den Eltern das entsprechend in [C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens](#) empfohlene Elterntaining angeboten werden.

Falls individuell von Eltern, primären Bezugspersonen, Geschwistern oder anderen Angehörigen gewünscht, soll eine individuelle Psychoedukation und Beratung bezüglich Fragen zum Umgang mit dem Kind/Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung angeboten werden. Geschwistern sollten angemessene Unterstützung und Psychoedukation (einzeln oder in Gruppen) angeboten werden.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

**Empfehlung 107: C.10.1.2 Rolle von Familien und Angehörigen für Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung (konsensbasiert)**

	TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?
<b>KKP</b>	<b>Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung</b>  Falls Eltern die gesetzliche Betreuung der Person mit Autismus-Spektrum-Störung übernommen haben, sollten sie über jede Intervention und aufgeklärt werden und dieser zustimmen. Sie können in diesem Fall in jede Art Intervention einbezogen werden. Falls Eltern die gesetzliche Betreuung nicht übernommen haben, dann können Eltern und andere Angehörige auf Wunsch der Person mit Autismus-Spektrum-Störung (oder des jeweiligen Betreuers im Falle einer Betreuung) in jede Form von Therapie einbezogen werden.
	<b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 108: C.10.1.3 Forschung zur psychosozialen Unterstützung über die Lebensspanne (konsensbasiert)**

	TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?
<b>KKP</b>	Zum psychosozialen Unterstützungsbedarf von Familien und Angehörigen – insbesondere dem von Geschwisterkindern und Lebenspartnern – soll weitere Forschung erfolgen.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

## C.10.2 Unterstützung in Kindergarten und Schule

### Empfehlung 109: C.10.2.1 Konkrete Unterstützungsmaßnahmen während des Kindergartens und der Schule (konsensbasiert)

TSF 12. Welche Psychosoziale Interventionen/Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)? (HR)

#### KKP

#### **Kindes- und Jugendalter mit und ohne Intelligenzminderung**

Lehrkräfte und Erzieher\*innen sollen eine Schulung (bzw. umfassende Information) in Bezug auf Autismus-Spektrum-Störungen und Fertigkeiten im Umgang mit Menschen mit einer ASS erhalten.

Inhaltlich soll dabei Wissen zu folgenden Inhalten vermittelt werden:

- Symptomatik und Verlauf von ASS,
- häufige Komorbiditäten,
  - psychische Probleme wie Angststörungen, Zwangsstörungen und Depressionen,
  - Körperliche Probleme, wie z. B. Epilepsie,
  - Schlafstörungen,
- andere neurologische Entwicklungsstörungen wie AD(H)S,
- Bedeutung wichtiger Übergangsphasen wie z. B. der Wechsel zur Schule/weiterführenden Schule und/oder Wechsel von Betreuungspersonen,
- das Selbsterleben von Kindern und Jugendlichen mit einer ASS,
- die Auswirkungen von ASS auf die Familie (einschließlich Geschwister) oder anderer Betreuungspersonen.

Erzieher im Kindergarten sollten über die Autismus-spezifische Förderung des jeweiligen Kindes informiert werden und je nach Anforderung der jeweiligen Intervention anhand der erfolgreichen Interaktionsmethoden analog zu den in [C.4 Therapien zur Verbesserung Autismus-spezifischer Symptome](#) beschriebenen Elterntrainings geschult oder zumindest informiert sein. Sollte ein Kind einen integrativen Kindergarten mit hohem Personalschlüssel besuchen, sollten die dafür zusätzlich angestellten Heil-, Sonder- oder sonstige pädagogische Kräfte, die in diesen Kindergärten eingesetzt sind, ebenfalls über die effektiven Therapiemethoden

aus Kap. C.4-C.5 informiert und auch geschult werden und diese in dem ihnen zur Verfügung stehenden zeitlichen Umfang der Arbeit mit dem Kind im integrativen Kindergarten einsetzen.

Bei den möglichen Maßnahmen sollte es sich um eine individuell gestaltete Unterstützung handeln, deren Indikation im Verlauf geprüft und den individuellen Gegebenheiten angepasst werden sollte. Das Ziel dieser Maßnahmen ist es die krankheitsbedingten Nachteile auszugleichen. Bei Leistungsanforderungen geht es beispielsweise darum differenzierte organisatorische und methodische Maßnahmen anzubieten, die die krankheitsbedingten Nachteile angemessen berücksichtigen. Die fachlichen Anforderungen sollten jedoch nicht reduziert werden. Bei Schulkindern können dies beispielsweise vereinfachte Arbeitsanleitungen, Arbeitsblätter und Aufgabenstellungen sowie die Formulierung und Umsetzung von auf die Einzelperson ausgerichtete Nachteilsausgleiche (z. B. Verlängerung der Bearbeitungszeit, individuell gestalteter Arbeitsplatz, ggf. die Möglichkeit einen (reizarmen) Extraraum nutzen können, Gehörschutz u. a.) sein. Bei Kindergartenkindern wären beispielsweise klar formulierte Handlungsanleitungen, visualisierte Tagesstrukturierungen, klare und kleinschrittige Anleitung in auf das einzelne Kind ausgerichtete Organisation von Spiel- und Bastelangeboten, ggf. die Möglichkeit einen (reizarmen) Extraraum nutzen zu können, Gehörschutz u. a. möglich.“

Falls ein Kind/Jugendlicher eine spezielle Schulform mit sonderpädagogischer Ausstattung besucht, sollen die Sonderpädagogen, die in diesen Schulen arbeiten, bezüglich der effektiven Therapiemethoden aus Kap. C.4-C.7 informiert und wenn möglich auch geschult werden und diese zum Erreichen entsprechender individueller Therapieziele im zeitlichen Rahmen der schulischen Förderung einsetzen.

Das deutsche Sozialsystem finanziert den Einsatz von Integrationshelfern oder Schulbegleitern in Kindergarten und Unterricht zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe der Kinder- und Jugendlichen. Der Einsatz von Integrationshelfern oder Schulbegleitern soll individuell und zum Erreichen klar definierter Ziele über einen begrenzten Zeitraum erfolgen. Die Indikation für den Einsatz sollte regelmäßig überprüft und im Verlauf

reduziert werden. Die Selbständigkeit des jeweiligen Kindes/Jugendlichen soll immer gefördert werden. Integrationshelfer/Schulbegleiter sollen im Umgang mit dem Kind/Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung geschult sein und die Ansätze und Grundlagen der effektiven Therapiemethoden aus Kap. [C.4 Therapien zur Verbesserung Autismus-spezifischer Symptome](#) kennen.

Ein, den speziellen Bedürfnissen des Kindes/Schülers mit einer ASS entsprechender Förderplan (bei Schüler\*innen Nachteilsausgleich) soll in Zusammenarbeit mit Fachpersonen schriftlich formuliert und verbindlich umgesetzt werden. Förderplan bzw. Nachteilsausgleich sollen regelmäßig überprüft und entsprechend der Entwicklung der Person mit der ASS modifiziert und/oder ergänzt werden.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

#### **Empfehlung 110: C.10.2.2 Erleichterung des Bildungswegs (konsensbasiert)**

TSF 12. Welche Psychosoziale Interventionen/Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)? (HR)

**KKP**

Die Wahl des Berufs und beruflichen Bildungswegs soll sich an den individuellen Stärken des Menschen mit ASS orientieren und eine frei gewählte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Sinn der UN-Behindertenrechtskonvention angestrebt werden. Insbesondere zur Vermeidung komorbider Erkrankungen soll gemäß BtHG der Unterstützungsbedarf ermittelt und individuell angepasst Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten und Autismus-spezifischen Angeboten bereitgestellt werden. Bei Bedarf sollen Menschen mit ASS konkrete Unterstützung und individuelle Nachteilsausgleiche erhalten. Dies betrifft insbesondere Bewerbungsprozesse, Tagesstrukturen, Einbindung in soziale Strukturen, die Organisation von Praktika und auf Wunsch des Menschen mit ASS die Aufklärung der Ausbildungsstellen bzw. der Hochschule.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**



**Empfehlung 111: C.10.2.3 Konkrete Unterstützungsmaßnahmen während des Studiums (konsensbasiert)**

	<p>TSF 12. Welche Psychosoziale Interventionenn Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)? (HR)</p>
<b>KKP</b>	<p><b>Erwachsene ohne Intelligenzminderung (Hochschul-)Studium</b></p> <p>Bezüglich der (geplanten) Aufnahme eines Hochschulstudiums sollen bei Bedarf und individuell angepasst folgende Hilfen angeboten werden und die Betroffenen konkret darin unterstützt werden, diese Hilfen in Anspruch zu nehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Unterstützung bei der Wahl des Studiengangs und im Bewerbungsprozess;</li><li>– Unterstützung in der Phase des Studienbeginns;</li><li>– Beratungsstellen für chronisch kranke und behinderte Studierende und ähnliche Angebote;</li><li>– Studienbegleitung;</li><li>– Nachteilsausgleiche (z. B. flexiblere Stundenpläne, weniger Semesterwochenstunden, Prüfungen in separaten Räumen, längere Prüfungszeit, andere Prüfungsmodi z. B. schriftlich statt mündlich, alternative Leistungsnachweise für Gruppenarbeiten und Referate, individuelle Zeitpläne für Laborrotationen etc.);</li><li>– Unterstützung in der Phase der Abschlussarbeiten;</li><li>– Unterstützung bei der Suche nach und der Ableistung von Pflichtpraktika (z. B. Kontaktaufnahme zu potentiellen Praktikumsstellen, Begleitung in den ersten Praktikurstagen, ggf. Information der Praktikumsstelle über ASS).</li></ul>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

**Empfehlung 112: C.10.2.4 Empfehlung an die Forschung zum Unterstützungsangebot in Kindergarten, Schule und Studium (konsensbasiert)**

	TSF 12. Welche Psychosoziale Interventionenn Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)? (HR)
<b>KKP</b>	Da bislang kaum Studien zum Thema Unterstützung von Menschen mit ASS in einem Hochschulstudium existieren, ist weitere Forschung dringend zu empfehlen.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

## C.10.3 Unterstützung bzgl. der Arbeit

### Empfehlung 113: C.10.3.1 Unterstützung bezüglich der Arbeit bei Jugendlichen und Erwachsenen ohne Intelligenzminderung<sup>4</sup> (evidenzbasiert)

	TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?
Empfehlungsgrad: <b>B</b>	<b>Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b> Um die Chancen bei der Bewerbung zu steigern, sollten Jugendliche und junge Erwachsene, die sich auf eine Ausbildungs- oder Arbeitsstelle bewerben wollen, auf Wunsch ein spezifisches Bewerbungstraining erhalten, das Rollenspiele und konkrete Übungen enthält.
<b>O</b>	Das Programm kann durch Video-basiertes Training in einer virtuellen Umgebung unterstützt werden. In dem Bewerbungstraining sollte auch auf Aspekte der Passung der individuellen Begabung und der angestrebten Ausbildung/Beruf geachtet werden.
<b>KKP</b>	<b>Ergänzung für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung <u>mit</u> Intelligenzminderung</b> Jugendlichen und Erwachsenen mit Intelligenzminderung sollten den kognitiven Fertigkeiten angepasste Maßnahmen zur Unterstützung bei der Bewerbung angeboten werden.
Evidenzlevel: <b>2</b>	<b>Quellen:</b> Wehman et al., 2017; Strickland, Coles & Southern, 2013
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

<sup>4</sup> Obwohl es sich bei der TSF 12 um eine Handrecherche-Frage (s. Leitlinienreport) handelt, wurde entschieden, in diesem speziellen Fall eine evidenzbasierte Empfehlung zu formulieren, da bei der allgemeinen, systematischen Suche nach allen auffindbaren Interventionen zur Behandlung und Unterstützung von Betroffenen mit ASS auch Literatur zur Unterstützung bezüglich der Arbeitsplatzsuche gefunden werden konnte.

## Empfehlung 114: C.10.3.2 Unterstützung bezüglich der Arbeit bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Intelligenzminderung (konsensbasiert)

TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?

### KKP

#### Jugendliche und Erwachsene ohne Intelligenzminderung

Jugendliche und Erwachsene ohne Intelligenzminderung, die keine Ausbildung auf dem freien Arbeitsmarkt bekommen können, sollten eine individuell angeleitete Unterstützung bezüglich der Ausbildung bzw. Eingliederung bei einem ASS-spezifisch ausgerichteten Arbeitgeber erhalten.

Dies betrifft kontinuierliche Anleitung von:

- Umgang mit Vorgesetzten,
- Selbststrukturierung und eigenständigem Arbeiten,
- Übernahme von Verantwortung und
- soziale Interaktion mit den Arbeitskollegen.

Zusätzlich sollten der Arbeitgeber bzw. die Vorgesetzten vor Arbeitsbeginn über den Umgang mit der Person mit ASS beraten und unterstützt werden. Eine Information der Arbeitskollegen kann – unter Einbeziehung des Jugendlichen oder Erwachsenen mit ASS – ebenfalls in Betracht gezogen werden.

Darüber hinaus sollten am individuellen Bedarf orientierte (Arbeits-)Bedingungen und Hilfen vor Aufnahme einer Berufstätigkeit im Hinblick auf „Barrierefreiheit“ im Rahmen eines Hilfeplanes geprüft werden:

Bei der Gestaltung des Arbeitsplatzes sollten Hypo- und Hypersensitivitäten des Menschen mit ASS erfragt und berücksichtigt werden.

Der Arbeitsplatz, Arbeitsabläufe und Arbeitszeiten sollten gleichbleibend sein sowie Pausenzeiten individuell so gestaltet sein, dass sie der Regeneration dienen.

Der Arbeitsplatz sollte gut und übersichtlich strukturiert sein.

Flexible Arbeitszeitmodelle und Home-Office sollten ermöglicht werden.

Jugendlichen und Erwachsenen mit ASS sollten bei Bedarf Berufsförderungsmaßnahmen angeboten werden, die über geführte Praktika in verschiedenen Bereichen und speziellen Schulunterricht auf eine Ausbildung oder Berufstätigkeit vorbereiten.

### **Jugendliche und Erwachsene mit Intelligenzminderung**

Jugendlichen und Erwachsenen mit Intelligenzminderung sollten im Rahmen eines individuellen mit den Betroffenen abgestimmten bedarfsorientierten Hilfeplanes den kognitiven Fertigkeiten und sozio-emotionalen Fähigkeiten angepasste Maßnahmen zur Unterstützung bezüglich der Ausbildung bzw. der beruflichen Eingliederung angeboten werden. Grundsätzlich gelten auch hier die oben genannten Faktoren für Personen ohne Intelligenzminderung.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

## **Empfehlung 115: C.10.3.3 Berufliche Rehabilitation (konsensbasiert)**

TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?

**KKP**

Bei Arbeitslosigkeit und drohender Erwerbsunfähigkeit soll individuell geprüft werden, ob eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation in Betracht kommt. Diese sollte an die Bedürfnisse, Fähigkeiten und Stärken von Menschen mit ASS angepasst sein. Zusätzlich sollte beachtet werden, dass bei ASS eine große Diskrepanz zwischen den sozial-alltagspraktischen, motorischen und den kognitiven Fähigkeiten bestehen kann, die dazu führen kann, dass die berufliche Eignung und Leistungsfähigkeit von Menschen mit ASS einerseits unter- und andererseits überschätzt wird. Mitarbeiter von Rehabilitationsmaßnahmen sollen Informationen zu ASS erhalten.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

**Empfehlung 116: C.10.3.4 Empfehlung an die Forschung bezüglich beruflicher Rehabilitation (konsensbasiert)**

	TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?
<b>KKP</b>	Die Studienlage zu beruflicher Rehabilitation ist insgesamt schlecht; weitere Forschung wird dringend empfohlen.
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

## C.10.4 Unterstützung bzgl. der Wohnsituation/des Wohnens

### Empfehlung 117: C.10.4.1 Unterstützung bzgl. der Wohnsituation/ des Wohnens (konsensbasiert)

	TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?
<b>KKP</b>	<p><b>Kinder und Jugendliche <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Wenn ein Zusammenleben in der Familie nicht möglich ist, sollten Formen des betreuten Wohnens erfolgen. Diese sollten den Bedürfnissen Kindes/des Jugendlichen entsprechen und eine individuell abgestimmte Form der Beschulung ermöglichen.</p> <p>Dabei sollten die untenstehenden Aspekte (Empfehlung Erwachsene) entsprechend für Kinder und Jugendliche beachtet werden.</p> <p><b>Erwachsene <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Sollte ein eigenständiges Leben für Erwachsene ohne Intelligenzminderung nicht möglich sein, soll eine alltagsspezifische Betreuung (ambulant oder stationär) erfolgen. Den Bedürfnissen und Wünschen des Betroffenen soll dabei so weit wie möglich Rechnung getragen werden.</p> <p>Folgende Aspekte sollen in diesem Fall beachtet werden (analog der Empfehlungen der NICE-Erwachsenen-Leitlinien S. 358 ff.), die auch für Erwachsene mit Intelligenzminderung zutreffen und im Folgenden zusammengefasst werden:</p> <p><b>Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzminderung</b></p> <p>Sollte ein ambulant betreutes Wohnen bzw. das Wohnen in einem Wohnheim notwendig sein, soll Folgendes beachtet werden bzw. in den Einrichtungen/Unterstützungsangeboten gewährleistet sein:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Unterstützung bei der Gestaltung der Umgebung und des Alltags</li></ul>

- Alltagsstruktur und personelle Kontinuität; gegebenenfalls Anleitung durch strukturierte Programme mit individuellen Wahlmöglichkeiten, die visualisiert vermittelt werden; falls notwendig, Reduktion von Reizen; Rückzugsmöglichkeiten; Integration in lokale Gemeinde,
- Kenntnisse des Personals,
  - gute Kenntnisse im Umgang mit Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung,
  - adäquater Umgang mit herausforderndem Verhalten und Deeskalationsmanagement,
  - die notwendigen Fertigkeiten, den Unterstützungsbedarf von Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung richtig einschätzen zu können,
  - zuverlässiges und vorhersagbares Verhalten,
  - gesetzliche Betreuer und auf Wunsch des Betroffenen auch Angehörige sind bei der Planung und Durchführung der ambulanten oder stationären Wohnbetreuung einzubeziehen.

**Konsens (>75% - 95% Zustimmung)**



## C.10.5 Unterstützung bezüglich des Freizeitverhaltens

### Empfehlung 118: C.10.5.1 Unterstützung bezüglich des Freizeitverhaltens bei Kindern und Jugendlichen (konsensbasiert)

	<p>TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?</p>
<b>KKP</b>	<p>Kinder und Jugendliche sollten darin unterstützt werden, ein aktives und ausgewogenes Freizeitverhalten zu entwickeln, das ihren individuellen Bedürfnissen entspricht.</p> <p>Ein Baustein sollte dabei die Förderung der sozialen Interaktion mittels Autismus-spezifischer Gruppen- oder Einzeltherapie sein (s. Kap. <a href="#">C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</a>).</p> <p>Des Weiteren können Gruppenangebote im Rahmen allgemeiner Angebote (Schule, Gemeinde, Sportvereine, Einrichtungen für Menschen mit Behinderung etc.) für Kinder und Jugendliche ohne Autismus-Spektrum-Störung hilfreich sein.</p> <p>Ebenso kann eine zeitlich begrenzte individuelle Unterstützung durch Erwachsene zur aktiven Freizeitgestaltung erfolgen. Diese sollte dann erfolgen, wenn eine Gruppenteilnahme nicht möglich ist. Generell sollte angestrebt werden, dass das Kind, der/die Jugendliche seine Freizeit mit Gleichaltrigen verbringt.</p> <p>Inhalte eines Angebots zur Freizeitgestaltung in der Gruppe sollen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Fokus auf das Interesse der Teilnehmenden;</li><li>– regelmäßige Treffen, bei denen eine bestimmte Freizeitaktivität durchgeführt wird;</li><li>– die Durchführung einer Gruppentherapie sollte durch in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen geschulten Therapeuten erfolgen;</li><li>– es sollte Wert auf Struktur und Unterstützung gelegt werden.</li></ul>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**Empfehlung 119: C.10.5.2 Unterstützung bezüglich des Freizeitverhaltens bei Erwachsenen (konsensbasiert)**

	TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?
<b>KKP</b>	<p>Gemäß der NICE-Erwachsenen-Leitlinie (S. 221 ff.) wird Folgendes empfohlen: Falls eine erwachsene Person mit Autismus-Spektrum-Störung sozial isoliert ist, kann ein Gruppen-basiertes Angebot zur Förderung des aktiven Freizeitverhaltens angeboten werden. Falls eine Gruppenteilnahme nicht möglich ist, kann alternativ eine individuelle Anleitung zur aktiven Freizeitgestaltung gegeben werden.</p> <p>Inhalte eines Angebots zur Freizeitgestaltung sollen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fokus auf das Interesse der Teilnehmenden;</li> <li>– Regelmäßige Treffen, bei denen eine bestimmte Freizeitaktivität durchgeführt wird;</li> <li>– Falls eine Gruppentherapie stattfindet, sollte eine Anleitung durch eine Person erfolgen, die sich gut mit dem Thema Autismus-Spektrum-Störung auskennt;</li> <li>– Es sollte Wert auf Struktur und Unterstützung gelegt werden.</li> </ul>
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

**C.10.6 Rolle der Selbsthilfe**

**Empfehlung 120: C.10.6.1 Rolle der Selbsthilfe (konsensbasiert)**

	TSF 12. Welche psychosozialen Unterstützungsangebote sind notwendig und/oder sinnvoll (z. B. Wohnsituation, Berufstätigkeit, soziales Umfeld, Alltagsstrukturierung, schulische und berufliche Bildung, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe)?
<b>KKP</b>	Fachkräfte, die Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung betreuen und behandeln, sollten die regionalen und überregionalen Angebote der Selbsthilfe kennen. Fachkräfte und Selbsthilfe-Gruppen und -Organisati-

onen sollten sich um Zusammenarbeit bemühen, um voneinander zu lernen und die Versorgung von Menschen mit ASS und ihren Angehörigen zu verbessern.

### **Kinder und Jugendliche mit und ohne Intelligenzminderung**

Passend zu ihren Bedürfnissen und zu ihrem Entwicklungsstand sollten Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung, ihre Familien und Bezugspersonen (Kontakt-)Informationen zu Selbsthilfe-Angeboten (Selbsthilfe-Organisationen und -gruppen, persönliche Beratung durch andere Betroffene) erhalten, die ihnen ermöglichen, andere Betroffene kennenzulernen (Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung, Familien mit Mitgliedern mit Autismus-Spektrum-Störung) und darin unterstützt werden, diese Angebote aufzusuchen.

### **Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung**

Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störung sollten – angepasst an ihre Bedürfnisse und ihr Funktionsniveau – (Kontakt-)Informationen über Angebote der Selbsthilfe (z. B. Selbsthilfe-Organisationen und -gruppen, persönliche Beratung durch andere Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung) erhalten und dazu ermutigt und unterstützt werden, solche Angebote aufzusuchen bzw. an Treffen und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen teilzunehmen.

Auch Angehörige (Familien, Partner, Geschwister, andere Bezugspersonen) von Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung sollten (Kontakt-) Informationen zu Selbsthilfe-Angeboten erhalten, die für ihre Zielgruppe zur Verfügung stehen.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

## C.11 Gesundheitsschädliche und ethisch bedenkliche Verfahren

### Empfehlung 121: C.11.1 Gesundheitsschädliche oder ethisch bedenkliche Verfahren (konsensbasiert)

	TSF 8: Welche unerwünschten Wirkungen treten bei den verschiedenen Therapieverfahren auf?
<b>KKP</b>	<p>Die nachfolgend aufgezählten Therapien sollen in keinem Fall bei ASS als Therapie zur Reduktion der Kernsymptomatik oder begleitenden Verhaltensauffälligkeiten der Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend-, und Erwachsenenalter angewendet werden, da sie entweder gesundheitsschädlich oder ethisch bedenklich sind:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– „Ausleitetherapien“, Einsatz von Chelat-Bildnern,</li><li>– Behandlung mit Chlorbleiche,</li><li>– Darmreinigungstherapie,</li><li>– Behandlung mit hyperbarem Sauerstoff,</li><li>– Sämtliche Formen von Diäten ohne spezielle medizinische Indikation,</li><li>– Sämtliche Formen von Nahrungsergänzungsmitteln ohne spezielle medizinische Indikation,</li><li>– Sämtliche Formen von Hormon- oder Enzymtherapien ohne spezielle medizinische Indikation,</li><li>– Zusätzliche medikamentöse Therapien ohne spezielle medizinische Indikation, die über die Empfehlungen dieser Leitlinie hinausgehen,</li><li>– Stammzellentherapie,</li><li>– Stuhltransplantation,</li><li>– Eigenbluttherapie,</li><li>– Elektrokrampftherapie (Nicht verwenden mit dem Ziel der Verbesserung Autismus-spezifischer Symptome der sozialen Interaktion, Kommunikation sowie stereotypes Verhalten und Son-</li></ul>

derinteressen. Kann bei fehlender Wirksamkeit anderer Evidenz-basierter Therapien mit dem Ziel der Behandlung einer rezidivierenden depressiven Störung, einer schizoaffektiven Psychose sowie einer Katatonie gemäß Leitlinien eingesetzt werden.),

- Festhalte-Therapie,
- Packing/Ice-Packing,
- Irlen Gläser,
- Doman-Delacato-Therapie,
- Gestützte Kommunikation, da keine Wirksamkeit in RCTs gezeigt werden konnte und die Gefahr der Manipulation besteht.

**Starker Konsens (>95% Zustimmung)**

# Literatur

- Aldred, C., Green, J. & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (8), 1420-1430.
- Almirall, D., DiStefano, C., Chang, Y.-C., Shire, S., Kaiser, A., Lu, X. et al. (2016). Longitudinal Effects of Adaptive Interventions With a Speech-Generating Device in Minimally Verbal Children With ASD. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 45 (4), 442-456.
- Aman, M. G., McDougle, C. J., Scahill, L., Handen, B., Arnold, L. E., Johnson, C. et al. (2009). Medication and parent training in children with pervasive developmental disorders and serious behavior problems: results from a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (12), 1143-1154.
- Arnold, L. E., Aman, M. G., Li, X., Butter, E., Humphries, K., Scahill, L. et al. (2012). Research Units of Pediatric Psychopharmacology (RUPP) autism network randomized clinical trial of parent training and medication: one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51 (11), 1173-1184.
- AWMF (Hrsg.). (2011). *Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen (UEMF)*: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (S3-Leitlinie; Registernummer 022-017 (aktuell in Überarbeitung)). Zugriff am 24.07.2020. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-017.html>.
- AWMF (Hrsg.). (2015a). *Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und / oder Rechtschreibstörung*: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF-Registernummer: 028-044; S3-Leitlinie). Zugriff am 20.07.2020. Verfügbar unter [https://www.bvl-legasthenie.de/images/static/pdfs/Leitlinien/LF\\_Leitlinie.pdf](https://www.bvl-legasthenie.de/images/static/pdfs/Leitlinien/LF_Leitlinie.pdf).
- AWMF (Hrsg.). (2015b). *Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen*: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (S2k-Leitlinie; Registernummer: 028-026 (aktuell in Überarbeitung)). Zugriff am 24.07.2020. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-026.html>.

- AWMF (Hrsg.). (2015c). *Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter*: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (S2k-Leitlinie, Registernummer: 028-041). Zugriff am 23.07.2020. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-041.html>.
- AWMF (Hrsg.). (2016a). *Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter: Teil 1: Diagnostik*: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Registernummer: 028-018; S3-Leitlinie). Zugriff am 20.01.2020. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-018.html>.
- AWMF (Hrsg.). (2016b). *Redeflussstörungen, Pathogenese, Diagnostik und Behandlung*: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (S3-Leitlinie; Registernummer 049-013). Zugriff am 24.07.2020. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html>.
- AWMF (Hrsg.). (2018a). *Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung*: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Registernummer: 028-046; S3-Leitlinie). Zugriff am 20.07.2020. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-046.html>.
- AWMF (Hrsg.). (2018b). *Diagnostik und Therapie der Essstörungen*: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (S3-Leitlinie; Registernummer 051-026). Zugriff am 23.07.2020. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html>.
- AWMF (Hrsg.). (2019). *Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (S3-Leitlinie; Registernummer: 038-019). Zugriff am 23.07.2020. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-019.html>.
- Bearss, K., Johnson, C., Smith, T., Lecavalier, L., Swiezy, N., Aman, M. et al. (2015). Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. *JAMA*, 313 (15), 1524-1533.
- Bodfish, J. W., Symons, F. J., Parker, D. E. & Lewis, M. H. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism: Comparisons to mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (3), 237-243.
- Borgi, M., Loliva, D., Cerino, S., Chiarotti, F., Venerosi, A., Bramini, M. et al. (2016). Effectiveness of a Standardized Equine-Assisted Therapy Program for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46 (1), 1-9.

- Brignell, A., Chenausky, K. V., Song, H., Zhu, J., Suo, C. & Morgan, A. T. (2018a). Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children. *The Cochrane database of systematic reviews*, *11*, CD012324.
- Brignell, A., Williams, K., Jachno, K., Prior, M., Reilly, S. & Morgan, A. T. (2018b). Patterns and Predictors of Language Development from 4 to 7 Years in Verbal Children With and Without Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48* (10), 3282-3295.
- Camacho, A., Espín, J. C., Nuñez, N. & Simón, R. (2012). Levetiracetam-induced reversible autistic regression. *Pediatric neurology*, *47* (1), 65-67.
- Chenausky, K., Norton, A., Tager-Flusberg, H. & Schlaug, G. (2016). Auditory-Motor Mapping Training: Comparing the Effects of a Novel Speech Treatment to a Control Treatment for Minimally Verbal Children with Autism. *PloS one*, *11* (11), e0164930.
- Cheng, Y.-S., Tseng, P.-T., Chen, Y.-W., Stubbs, B., Yang, W.-C., Chen, T.-Y. et al. (2017). Supplementation of omega 3 fatty acids may improve hyperactivity, lethargy, and stereotypy in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *13*, 2531-2543.
- Chilosi, A. M., Brovedani, P., Ferrari, A. R., Ziegler, A.-L., Guerrini, R. & Deonna, T. (2014). Language regression associated with autistic regression and electroencephalographic (EEG) abnormalities: A prospective study. *Journal of child neurology*, *29* (6), 855-859.
- Correll, C. U. & Kane, J. M. (2007). One-year incidence rates of tardive dyskinesia in children and adolescents treated with second-generation antipsychotics: a systematic review. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *17* (5), 647-656.
- Cuomo, B. M., Vaz, S., Lee, E. A. L., Thompson, C., Rogerson, J. M. & Falkmer, T. (2017). Effectiveness of Sleep-Based Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Synthesis. *Pharmacotherapy*, *37* (5), 555-578.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenon, J. et al. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *PEDIATRICS*, *125* (1), e17-23.
- deVries, M. de, Prins, P. J. M., Schmand, B. A. & Geurts, H. M. (2015). Working memory and cognitive flexibility-training for children with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *56* (5), 566-576.



- Dolan, B. K., van Hecke, A. V., Carson, A. M., Karst, J. S., Stevens, S., Schohl, K. A. et al. (2016). Brief Report: Assessment of Intervention Effects on In Vivo Peer Interactions in Adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46 (6), 2251-2259.
- Frankel, F., Myatt, R., Sugar, C., Whitham, C., Gorospe, C. M. & Laugeson, E. (2010). A randomized controlled study of parent-assisted Children's Friendship Training with children having autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40 (7), 827-842.
- Freitag, C. M., Jensen, K., Elsuni, L., Sachse, M., Herpertz-Dahlmann, B., Schulte-Rüther, M. et al. (2016). Group-based cognitive behavioural psychotherapy for children and adolescents with ASD: the randomized, multicentre, controlled SOSTA-net trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 57 (5), 596-605.
- Freitag, C. M., Jensen, K., Teufel, K., Luh, M., Todorova, A., Lalk, C. et al. (2020). Empirisch untersuchte entwicklungsorientierte und verhaltenstherapeutisch basierte Therapieprogramme zur Verbesserung der Kernsymptome und der Sprachentwicklung bei Klein- und Vorschulkindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48 (3), 224-243.
- Frye, R. E., Slattery, J., Delhey, L., Furgerson, B., Strickland, T., Tippett, M. et al. (2018). Folinic acid improves verbal communication in children with autism and language impairment: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Molecular psychiatry*, 23 (2), 247-256.
- Fung, L. K., Mahajan, R., Nozzolillo, A., Bernal, P., Krasner, A., Jo, B. et al. (2016). Pharmacologic Treatment of Severe Irritability and Problem Behaviors in Autism: A Systematic Review and Meta-analysis. *PEDIATRICS*, 137 Suppl 2, 35.
- Gabriels, R. L., Pan, Z., Dechant, B., Agnew, J. A., Brim, N. & Mesibov, G. (2015). Randomized Controlled Trial of Therapeutic Horseback Riding in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54 (7), 541-549.
- Gantman, A., Kapp, S. K., Orenski, K. & Laugeson, E. A. (2012). Social skills training for young adults with high-functioning autism spectrum disorders: A randomized controlled pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42 (6), 1094-1103.

- Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K. A. & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *The Cochrane database of systematic reviews* (6), CD004381.
- Gontard, A. von. (2013). The impact of DSM-5 and guidelines for assessment and treatment of elimination disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 22 Suppl 1, S61-7.
- Grahame, V., Brett, D., Dixon, L., McConachie, H., Lowry, J., Rodgers, J. et al. (2015). Managing repetitive behaviours in young children with autism spectrum disorder (ASD): Pilot randomised controlled trial of a new parent group intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45 (10), 3168-3182.
- Green, J., Charman, T., McConachie, H., Aldred, C., Slonims, V., Howlin, P. et al. (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 375 (9732), 2152-2160.
- Gringras, P., Nir, T., Breddy, J., Frydman-Marom, A. & Findling, R. L. (2017). Efficacy and Safety of Pediatric Prolonged-Release Melatonin for Insomnia in Children With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56 (11), 948.
- Hardan, A. Y., Gengoux, G. W., Berquist, K. L., Libove, R. A., Ardel, C. M., Phillips, J. et al. (2015). A randomized controlled trial of Pivotal Response Treatment Group for parents of children with autism. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56 (8), 884-892.
- Hert, M. de, Dobbelaere, M., Sheridan, E. M., Cohen, D. & Correll, C. U. (2011). Metabolic and endocrine adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: A systematic review of randomized, placebo controlled trials and guidelines for clinical practice. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 26 (3), 144-158.
- Hirsch, L. E. & Pringsheim, T. (2016). Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). *The Cochrane database of systematic reviews* (6), CD009043.
- Hiruma, L. S. (2014). *Impact of the PEERS Intervention on Performance-Based Measures of Social Skills among Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Dissertation submitted to the University at Albany*. Dissertation (in partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy), State University of New York.

- Horvath, A., Łukasik, J. & Szajewska, H. (2017).  $\omega$ -3 Fatty Acid Supplementation Does Not Affect Autism Spectrum Disorder in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of nutrition*, 147 (3), 367-376.
- Hurwitz, R., Blackmore, R., Hazell, P., Williams, K. & Woolfenden, S. (2012). Tricyclic antidepressants for autism spectrum disorders (ASD) in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* (3), CD008372.
- Johnson, C. R., Foldes, E., DeMand, A. & Brooks, M. M. (2015). Behavioral Parent Training to Address Feeding Problems in Children with Autism Spectrum Disorder: A Pilot Trial. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 27 (5), 591-607.
- Johnson, C. R., Turner, K. S., Foldes, E., Brooks, M. M., Kronk, R. & Wiggs, L. (2013). Behavioral parent training to address sleep disturbances in young children with autism spectrum disorder: a pilot trial. *Sleep medicine*, 14 (10), 995-1004.
- Kasari, C., Kaiser, A., Goods, K., Nietfeld, J., Mathy, P., Landa, R. et al. (2014). Communication interventions for minimally verbal children with autism: A sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53 (6), 635-646.
- Kästel, I. S., Vllasaliu, L., Wellnitz, S., Cholemkey, H., Freitag, C. M. & Bast, N. (2020). Repetitive Behavior in Children and Adolescents: Psychometric Properties of the German Version of the Repetitive Behavior Scale-Revised. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Kenworthy, L., Anthony, L. G., Naiman, D. Q., Cannon, L., Wills, M. C., Luong-Tran, C. et al. (2014). Randomized controlled effectiveness trial of executive function intervention for children on the autism spectrum. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55 (4), 374-383.
- Kitzerow, J., Teufel, K., Jensen, K., Wilker, C. & Freitag, C. M. (2019). Case-control study of the low intensive autism-specific early behavioral intervention A-FFIP: Outcome after one year. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 1-10.
- Koch, S. C., Mehl, L., Sobanski, E., Sieber, M. & Fuchs, T. (2015). Fixing the mirrors: A feasibility study of the effects of dance movement therapy on young adults with autism spectrum disorder. *Autism : the international journal of research and practice*, 19 (3), 338-350.
- Koehne, S., Behrends, A., Fairhurst, M. T. & Dziobek, I. (2016). Fostering Social Cognition through an Imitation- and Synchronization-Based Dance/Movement Intervention in Adults

- with Autism Spectrum Disorder: A Controlled Proof-of-Concept Study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85 (1), 27-35.
- Koppen, I. J. N., Gontard, A. von, Chase, J., Cooper, C. S., Rittig, C. S., Bauer, S. B. et al. (2016). Management of functional nonretentive fecal incontinence in children: Recommendations from the International Children's Continence Society. *Journal of pediatric urology*, 12 (1), 56-64.
- Kreslins, A., Robertson, A. E. & Melville, C. (2015). The effectiveness of psychosocial interventions for anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9, 22.
- Lam, K. S. L. & Aman, M. G. (2007). The Repetitive Behavior Scale-Revised: Independent validation in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (5), 855-866.
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R. & Mogil, C. (2012). Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42 (6), 1025-1036.
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Mogil, C. & Dillon, A. R. (2009). Parent-assisted social skills training to improve friendships in teens with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39 (4), 596-606.
- Laugeson, E. A., Gantman, A., Kapp, S. K., Orenski, K. & Ellingsen, R. (2015). A Randomized Controlled Trial to Improve Social Skills in Young Adults with Autism Spectrum Disorder: The UCLA PEERS(®) Program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45 (12), 3978-3989.
- Lord, C., Bishop, S. & Anderson, D. (2015). Developmental trajectories as autism phenotypes. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics*, 169 (2), 198-208.
- Mackay, B. A., Shochet, I. M. & Orr, J. A. (2017). A Pilot Randomised Controlled Trial of a School-Based Resilience Intervention to Prevent Depressive Symptoms for Young Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Mixed Methods Analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 47 (11), 3458-3478.
- Malow, B. A., Adkins, K. W., Reynolds, A., Weiss, S. K., Loh, A., Fawkes, D. et al. (2014). Parent-based sleep education for children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44 (1), 216-228.

- Mankad, D., Dupuis, A., Smile, S., Roberts, W., Brian, J., Lui, T. et al. (2015). A randomized, placebo controlled trial of omega-3 fatty acids in the treatment of young children with autism. *Molecular autism*, 6, 18.
- Mastrominico, A., Fuchs, T., Manders, E., Steffinger, L., Hirjak, D., Sieber, M. et al. (2018). Effects of Dance Movement Therapy on Adult Patients with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 8 (7).
- McDougle, C. J., Holmes, J. P., Carlson, D. C., Pelton, G. H., Cohen, D. J. & Price, L. H. (1998). A double-blind, placebo-controlled study of risperidone in adults with autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Archives of general psychiatry*, 55 (7), 633-641.
- McDougle, C. J., Scahill, L., Aman, M. G., McCracken, J. T., Tierney, E., Davies, M. et al. (2005). Risperidone for the core symptom domains of autism: Results from the study by the autism network of the research units on pediatric psychopharmacology. *The American journal of psychiatry*, 162 (6), 1142-1148.
- McVey, A. J., Dolan, B. K., Willar, K. S., Pleiss, S., Karst, J. S., Casnar, C. L. et al. (2016). A Replication and Extension of the PEERS® for Young Adults Social Skills Intervention: Examining Effects on Social Skills and Social Anxiety in Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46 (12), 3739-3754.
- Mooney, E. L., Gray, K. M., Tonge, B. J., Sweeney, D. J. & Taffe, J. R. (2009). Factor analytic study of repetitive behaviours in young children with Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39 (5), 765-774.
- NICE (Hrsg.). (2012). *Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management*. London: National Institute for Health and Care Excellence (Clinical Guideline no. 142, last update August 2016). Zugriff am 18.11.2018. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170/resources/autism-spectrum-disorder-in-under-19s-support-and-management-pdf-35109745515205>.
- NICE (Hrsg.). (2013). *The management and support of children and young people on the autism spectrum*. London: National Institute for Health and Care Excellence (Clinical Guideline no. 170). Zugriff am 18.11.2018. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170>.
- Oswald, T. M., Winder-Patel, B., Ruder, S., Xing, G., Stahmer, A. & Solomon, M. (2018). A Pilot Randomized Controlled Trial of the ACCESS Program: A Group Intervention to Improve Social, Adaptive Functioning, Stress Coping, and Self-Determination Outcomes in

- Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48 (5), 1742-1760.
- Owen, R., Sikich, L., Marcus, R. N., Corey-Lisle, P., Manos, G., McQuade, R. D. et al. (2009). Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *PEDIATRICS*, 124 (6), 1533-1540.
- Pahnke, J., Lundgren, T., Hursti, T. & Hirvikoski, T. (2014). Outcomes of an acceptance and commitment therapy-based skills training group for students with high-functioning autism spectrum disorder: a quasi-experimental pilot study. *Autism : the international journal of research and practice*, 18 (8), 953-964.
- Pickles, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., Tobin, H. et al. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): Long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*, 388 (10059), 2501-2509.
- Postorino, V., Sharp, W. G., McCracken, C. E., Bearss, K., Burrell, T. L., Evans, A. N. et al. (2017). A Systematic Review and Meta-analysis of Parent Training for Disruptive Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder. *Clinical child and family psychology review*, 20 (4), 391-402.
- Reichow, B., Barton, E. E., Boyd, B. A. & Hume, K. (2012). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD009260.
- Reichow, B., Hume, K., Barton, E. E. & Boyd, B. A. (2018). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *The Cochrane database of systematic reviews*, 5, CD009260.
- Reitzel, J., Summers, J., Lorv, B., Szatmari, P., Zwaigenbaum, L., Georgiades, S. et al. (2013). Pilot randomized controlled trial of a Functional Behavior Skills Training program for young children with Autism Spectrum Disorder who have significant early learning skill impairments and their families. *Research in autism spectrum disorders*, 7 (11), 1418-1432.
- Roberts, J., Williams, K., Carter, M., Evans, D., Parmenter, T., Silove, N. et al. (2011). A randomised controlled trial of two early intervention programs for young children with autism: Centre-based with parent program and home-based. *Research in autism spectrum disorders*, 5 (4), 1553-1566.

- Santomauro, D., Sheffield, J. & Sofronoff, K. (2016). Depression in Adolescents with ASD: A Pilot RCT of a Group Intervention. *Journal of autism and developmental disorders*, 46 (2), 572-588.
- Scahill, L., Bearss, K., Lecavalier, L., Smith, T., Swiezy, N., Aman, M. G. et al. (2016). Effect of Parent Training on Adaptive Behavior in Children With Autism Spectrum Disorder and Disruptive Behavior: Results of a Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55 (7), 602-609.e3.
- Scahill, L., McDougle, C. J., Aman, M. G., Johnson, C., Handen, B., Bearss, K. et al. (2012). Effects of risperidone and parent training on adaptive functioning in children with pervasive developmental disorders and serious behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51 (2), 136-146.
- Schohl, K. A., van Hecke, A. V., Carson, A. M., Dolan, B., Karst, J. & Stevens, S. (2014). A replication and extension of the PEERS intervention: Examining effects on social skills and social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44 (3), 532-545.
- Schreibman, L. & Stahmer, A. C. (2014). A randomized trial comparison of the effects of verbal and pictorial naturalistic communication strategies on spoken language for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44 (5), 1244-1251.
- Shea, S., Turgay, A., Carroll, A., Schulz, M., Orlik, H., Smith, I. et al. (2004). Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *PEDIATRICS*, 114 (5), 41.
- Silva, L. M. T., Schalock, M., Gabrielsen, K. R., Budden, S. S., Buenrostro, M. & Horton, G. (2015). Early Intervention with a Parent-Delivered Massage Protocol Directed at Tactile Abnormalities Decreases Severity of Autism and Improves Child-to-Parent Interactions: A Replication Study. *Autism research and treatment*, 2015, 904585.
- Spek, A. A., van Ham, N. C. & Nyklíček, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Research in developmental disabilities*, 34 (1), 246-253.
- Strain, P. S. & Bovey, E. H. (2011). Randomized, Controlled Trial of the LEAP Model of Early Intervention for Young Children With Autism Spectrum Disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31 (3), 133-154.

- Strickland, D. C., Coles, C. D. & Southern, L. B. (2013). JobTIPS: a transition to employment program for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 43 (10), 2472-2483.
- Teufel, K., Wilker, C., Valerian, J. & Freitag, C. M. (2017). *A-FFIP – Autismspezifische Therapie im Vorschulalter*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A. & Rinehart, N. J. (2014). A randomised group comparison controlled trial of ‘preschoolers with autism’: a parent education and skills training intervention for young children with autistic disorder. *Autism : the international journal of research and practice*, 18 (2), 166-177.
- Uljarević, M., Arnott, B., Carrington, S. J., Meins, E., Fernyhough, C., McConachie, H. et al. (2017). Development of restricted and repetitive behaviors from 15 to 77 months: Stability of two distinct subtypes? *Developmental psychology*, 53 (10), 1859-1868.
- Ung, D., Selles, R., Small, B. J. & Storch, E. A. (2015). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Child psychiatry and human development*, 46 (4), 533-547.
- Wehman, P., Schall, C. M., McDonough, J., Graham, C., Brooke, V., Riehle, J. E. et al. (2017). Effects of an employer-based intervention on employment outcomes for youth with significant support needs due to autism. *Autism : the international journal of research and practice*, 21 (3), 276-290.
- Weiss, J. A., Thomson, K., Burnham Riosa, P., Albaum, C., Chan, V., Maughan, A. et al. (2018). A randomized waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy to improve emotion regulation in children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59 (11), 1180-1191.
- Wetherby, A. M., Guthrie, W., Woods, J., Schatschneider, C., Holland, R. D., Morgan, L. et al. (2014). Parent-implemented social intervention for toddlers with autism: An RCT. *PEDIATRICS*, 134 (6), 1084-1093.
- Woo, C. C., Donnelly, J. H., Steinberg-Epstein, R. & Leon, M. (2015). Environmental enrichment as a therapy for autism: A clinical trial replication and extension. *Behavioral neuroscience*, 129 (4), 412-422.
- Woo, C. C. & Leon, M. (2013). Environmental enrichment as an effective treatment for autism: A randomized controlled trial. *Behavioral neuroscience*, 127 (4), 487-497.



Yoo, H.-J., Bahn, G., Cho, I.-H., Kim, E.-K., Kim, J.-H., Min, J.-W. et al. (2014). A randomized controlled trial of the Korean version of the PEERS(®) parent-assisted social skills training program for teens with ASD. *Autism research*, 7 (1), 145-161.

**Versions-Nummer: 1.1**

**Erstveröffentlichung: 03/2021**

**Nächste Überprüfung geplant: 03/2026**

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**