

11.02.2022

# Praktische Auswirkungen von Leitlinien am Beispiel der Therapie-LL Autismus-Spektrum-Störungen

---

Ekkehart D. Englert



1

[www.leitlinien.net](http://www.leitlinien.net)

2

**AWMF online**  
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

RSS | AWMF-aktuell | Termine | GMS e-journal | Kontakt | Presse

Suchbegriff eingeben

Leitliniensuche  Seiteninhaltsuche

Darstellungsoptionen:   Sprache:

Die AWMF [Fachgesellschaften](#) **Leitlinien** [Forschung & Lehre](#) [Medizin. Versorgung](#) [Service](#)

→ Home → Leitlinien → Aktuelle Leitlinien

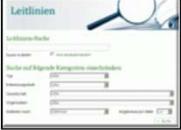
Leitlinien-Suche  
**Aktuelle Leitlinien**  
Angemeldete Leitlinien  
Patienteninformation  
Leitlinienprogramme  
AWMF-IMWi  
Leitlinien-Kommission  
LL-Glossar  
Interessenerklärung Online  
AWMF-Regelwerk  
LL- Partner & Links  
LL- Veranstaltungen  
Dokumentenarchiv

# Leitlinien



 Leitlinien-News der AWMF RSS-Feed mit kurzen Meldungen bei Neupublikation oder Aktualisierung einer Leitlinie abonnieren

**Suche nach Leitlinien**  
(öffnet Formular für die einfache oder erweiterte Suche nach Begriffen, Stichworten, Diagnosen, Fachgesellschaften etc.)



## Aktuelle Leitlinien (Listen)

**A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z**

**S1** **S2** **S2e** **S2k** **S3**

284 0 40 270 199

3

3

Dokumentenarchiv	Titel der Leitlinie	Register-Nummer	Klasse	Stand	Gültig bis
<a href="#">Leitlinien-Statistik</a>	Kindesmisshandlung, - missbrauch, - vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)	027-069	<b>S3</b>	05.02.2019	31.01.2024
<a href="#">Leitlinien-News</a>	Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter	028-007	<b>S3</b>	23.06.2021	22.06.2026
	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	028-012	<b>S1</b>	01.07.2018	31.12.2021
	Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik	028-018	<b>S3</b>	05.04.2016	04.04.2021
	Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung	028-020	<b>S3</b>	23.09.2016	22.09.2021
	Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen	028-026	<b>S2k</b>	02.12.2015	01.12.2020
	Suizidalität im Kindes- und Jugendalter	028-031	<b>S2k</b>	31.05.2016	30.05.2021
	Intelligenzminderung	028-042	<b>S2k</b>	03.06.2021	02.06.2026
	Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Behandlung von ...	028-043	<b>S3</b>	01.07.2013	30.06.2018
	Diagnostik und Behandlung bei der Lese- und/oder Rechtschreibstörung	028-044	<b>S3</b>	23.04.2015	22.04.2020
	ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	028-045	<b>S3</b>	02.05.2017	01.05.2022
	Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung	028-046	<b>S3</b>	25.02.2018	24.02.2023
	Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie	028-047	<b>S3</b>	24.03.2021	23.03.2026

08.10.2021 4

4

## Entwicklung der Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

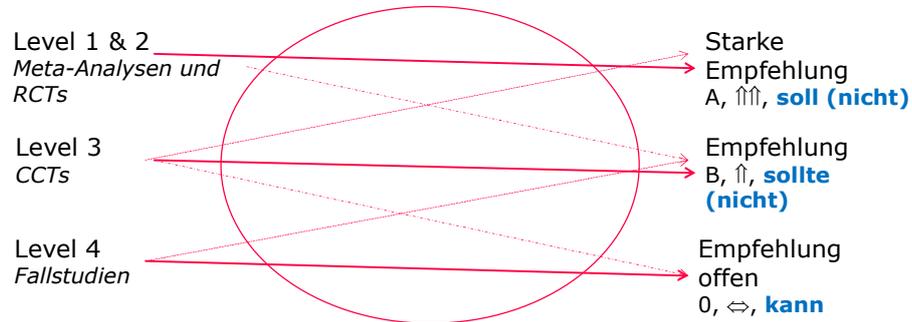
**Teil I Diagnostik** Konsensuskonferenz 24./25.04.2015 252 S.

**Teil II Therapie** Konsensuskonferenz 22./23.11.2018  
Onlineabstimmungen: Im Verlauf von 2019/20  
Stand Text Leitlinie: 2. Mai 2021 590 S.

## Beteiligte Fachgesellschaften:



## Evidenzlevel und Empfehlungen:



### Beispiele für Kriterien zur Graduierung während der Konsensuskonferenz:

- Ökonomie (zeitliche, finanzielle)
- Konsistenz der Studienergebnisse
- Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken
- Nutzen-Risiko-Verhältnis
- Ethische und rechtliche Erwägungen
- Patientenpräferenzen
- Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit, Passung zum dt. Gesundheitssystem

## Vorformulierung der Empfehlungen und Statements

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
<b>A</b>	Starke Empfehlung	soll/ soll nicht
<b>B</b>	Empfehlung	sollte/ sollte nicht
<b>O</b>	Empfehlung offen	Kann erwogen werden/ sollte verzichtet werden

**Formale Vorgaben für evidenzbasierte Empfehlungen / Statements**

<b>Evidenzbasierte Empfehlung</b>	
Empfehlungsgrad	[An dieser Stelle steht der Text der Empfehlung.]
<b>A</b>	
Level of Evidence	Leitlinienadaptation: Zitat Quell-LL. [oder] Quellen :
<b>1++</b>	
	Starker Konsens/Konsens/Mehrheitliche Zustimmung
<b>Evidenzbasiertes Statement</b>	
	[An dieser Stelle steht der Text des Statements.]
Level of Evidence	Leitlinienadaptation: Zitat Quell-LL. [oder] Quellen :
<b>1++</b>	
	Starker Konsens/Konsens/Mehrheitliche Zustimmung

Wird nach der Konferenz ausgefüllt ( s. Ablauf: Konsensuskonferenz)

Bitte auf der Grundlage des GRADE-Systems „vorausfüllen“. Wird nach der Konferenz ggf. angepasst.

**Helios** Behandlungsleitlinie Autismus 08.10.2021 9

9

**Formale Vorgaben für konsensbasierte Empfehlungen / Statements**

**KKP** = Klinischer Konsensuspunkt (keine zusätzliche Angabe von Evidenz- oder Empfehlungsgrad); wird auch als **Expertenkonsens (EK)** bezeichnet

<b>Konsensbasierte Empfehlung</b>	
<b>KKP</b>	[An dieser Stelle steht der Text der Empfehlung.]
	Starker Konsens/Konsens/Mehrheitliche Zustimmung
<b>Konsensbasiertes Statement</b>	
<b>KKP</b>	[An dieser Stelle steht der Text des Statements.]
	Starker Konsens/Konsens/Mehrheitliche Zustimmung

Wird nach der Konferenz ausgefüllt ( s. Ablauf: Konsensuskonferenz)

**Helios** Behandlungsleitlinie Autismus 08.10.2021 10

10

## Ablauf Konsensuskonferenz – Nominaler Gruppenprozess

1. Präsentation der zu konsentierenden Aussagen / Empfehlungen
2. Stille Notiz: Welcher Empfehlung/Empfehlungsgrad stimmen Sie nicht zu? Ergänzung, Alternative?
3. Registrierung der Stellungnahmen im Umlaufverfahren und Zusammenfassung von Kommentaren durch den Moderator
4. Vorabstimmung über Diskussion der einzelnen Kommentare – Erstellung einer Rangfolge
5. Debattieren / Diskussion der Diskussionspunkte
6. Endgültige Abstimmung über jede Empfehlung und alle Alternativen

11

## Ablauf Konsensuskonferenz

- Jede Empfehlung und jedes Statement wird durchgegangen; nicht der Text!
- Alle Änderungsvorschläge gesammelt und erst einzeln und dann der Gesamttext abgestimmt
- jede Fachgesellschaft/ jeder Verein hat **je ein Stimme**
- begründeter Dissens wird selbstverständlich ebenfalls dokumentiert

Konsensstärke	Prozentuale Zustimmung
<b>Starker Konsens</b>	> 95% der Stimmberechtigten
<b>Konsens</b>	> 75 – 95% der Stimmberechtigten
<b>Mehrheitliche Zustimmung</b>	> 50 – 75% der Stimmberechtigten
<b>Dissens / kein Konsens</b>	< 50% der Stimmberechtigten

12

# Öffentliche Reaktionen

13

## Der Bundesverband autismus Deutschland e.V. kritisiert Teile der neuen Autismus-Therapie-Leitlinie und veröffentlicht mehrere Sondervoten

**autismus** Deutschland e.V. vertritt als Bundesverband die Interessen von Menschen mit Autismus. Im Bundesverband sind 58 Regionalverbände mit mehr als 11.000 Einzelmitgliedern organisiert. Viele Regionalverbände sind Träger von Autismus-Therapie-Zentren, welche seit 50 Jahren einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit Autismus leisten.

**autismus** Deutschland e.V. war mit zwei Vertretern von 2016 bis 2021 an der Erarbeitung der „AWMF-S3 Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie“ beteiligt. Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) hat am 03.05.2021 unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-047.html> die Leitlinien veröffentlicht. Sie treffen u.a. Aussagen über die Förderung der Sozialen Kompetenz, den zentralen Teil der Autismus-Förderung. Für die Gruppe der Schulkinder, die die größte Gruppe der Hilfesuchenden ausmacht, wird nicht mehr regelhaft Einzeltherapie, sondern lediglich eine zeitlich sehr begrenzte Gruppentherapie empfohlen.

14

14

Autismus Deutschland e.V. hat einigen Empfehlungen ausdrücklich nicht zugestimmt. Teilweise wurde das **im Abstimmungsprotokoll falsch wiedergegeben**. Leider haben Sie bzw. die verantwortlichen Personen in der AWMF auf die Bitte einer Protokollberichtigung von Autismus Deutschland e.V. nicht reagiert.

Autismus Deutschland e.V. hat rechtlich prüfen lassen, ob es im Hinblick auf das Zustandekommen von Empfehlungen im Rahmen der Konsensuskonferenz die Möglichkeit einer Beschlussanfechtung gibt. Das ist wohl bedauerlicherweise nicht möglich, da es sich rechtlich gesehen um eine interne Arbeitsgruppe handelt. Es gibt also nicht vergleichbar wie im Vereinsrecht die Möglichkeit, im Streitfall den Gang zum Zivilgericht zu beschreiten, wenn ein Abstimmungsprotokoll falsch erstellt wurde. Wie Sie selber ausführen, gibt es keine namentliche Erfassung der einzelnen Abstimmungsvoten in der Konsensuskonferenz.

Mit freundlichen Grüßen

Christian Frese  
(Geschäftsführer)

15

#### Stellungnahme der Fachgruppe Therapie zur Empfehlung zum Austritt aus der S3-Leitliniengruppe

Die Fachgruppe Therapie im Bundesverband autismus Deutschland empfiehlt dem Bundesverband, aus der S3-Leitliniengruppe auszutreten bzw. die *S3-Leitlinie Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen* in der derzeitigen Fassung nicht zu verabschieden. Es hat sich gezeigt, dass die **Bemühungen um Änderungen der S3-Leitlinien in zentralen Punkten nicht zum Erfolg geführt haben**. Ein Sondervotum alleine ist keine ausreichende Abgrenzung gegenüber den Empfehlungen der S3-Leitlinien. Sollte der Bundesverband die Leitlinien weiterhin mittragen, würde er in der Öffentlichkeit als inhaltlich hinter den Empfehlungen der S3-Leitlinien stehend wahrgenommen werden und somit den Interessen seiner Mitglieder zuwiderhandeln.

Selbstverständlich unterstützen wir die wissenschaftliche Forschung zum Nachweis der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen. In der Praxis der Autismus-Therapiezentren finden evidenzbasierte Therapiemethoden seit Jahren Anwendung. **Allerdings deckt die bisherige Evidenz nur einen sehr kleinen Teil der Fragestellungen in einem komplexen Therapiekontext ab**, wie er in den therapeutischen Leitlinien von autismus Deutschland herausgearbeitet worden ist.

**Beispielhaft sind die Empfehlungen für die Behandlung der Kernsymptomatik. Danach wird ab dem Schulalter vorrangig eine zeitlich auf 3-6 Monate befristete Gruppentherapie empfohlen. Eine Einzeltherapie wird nur in Ausnahmefällen vorgesehen oder gar ganz abgelehnt (z.B. bei Erwachsenen mit IQ-Minderung).**



021 16

16

## Öffentliche Reaktionen

Würden die S3-Leitlinien wirklich so umgesetzt, wie sie formuliert sind, würde die therapeutische Versorgung von Menschen mit ASS deutlich eingeschränkt und diese Personengruppe würde deutlich schlechter versorgt als z.B. PatientInnen mit anderen Störungsbildern. Auch wenn es für Depression, Essstörungen, Zwangsstörungen, Angststörungen etc. Evidenz für Gruppentherapien gibt, wird in keiner Leitlinie die ausschließliche Behandlung im Gruppensetting gefordert. Und dann soll bei einer *Tiefgreifenden Entwicklungsstörung* die Kernsymptomatik in 3 Monaten im Gruppenrahmen angegangen werden.

Der Bundesverband autismus Deutschland sollte mit seinem Namen nicht für eine solche Einschränkung auf einseitige - und unserer langjährigen Erfahrung nach - nicht ausreichend wirksame Interventionen stehen. Stattdessen sprechen wir uns dafür aus, eine Forschung zu initiieren und zu unterstützen, die die komplexen Bedarfe der Förderung der Partizipation autistischer Menschen angemessen erfasst.

## Autismus Landesverband NRW e.V.

### Informationen zum Entwurf der S3-Leitlinien für Autismustherapie

Liebe Eltern, Betreuer/innen und Menschen mit Autismus,

mit diesem Schreiben möchten wir Sie über erste Einblicke in die – noch in Entstehung befindlichen – S3-Leitlinien informieren.

Die medizinisch ausgerichteten Aussagen in den S3-Leitlinien könnten jedoch nachteilige Auswirkungen für die betroffenen Menschen haben, wenn sich Behörden an den Empfehlungen orientieren.

Wir befürchten, dass Menschen mit ASS und ihre Eltern sowie Betreuer dadurch erhebliche Schwierigkeiten bei der Beantragung von adäquaten Hilfen zur gesetzlich vorgesehenen Teilhabe bekommen könnten. Dann wären gegebenenfalls rechtliche Schritte erforderlich.

Zunächst bleibt abzuwarten, was tatsächlich in dieser S3 Richtlinie beschlossen wird.

Dennoch sieht sich der Autismus Landesverband NRW schon jetzt verpflichtet, Sie über den aktuellen Sachstand zu unterrichten.



Autismus - Ambulanz und Beratungsstelle Wuppertal gem. GmbH

Autismus-Therapie-Zentrum GmbH

Autismus Therapiezentrum Netphen gemeinnützige GmbH

Autismus-Therapie-Zentrum Rhein-Wupper gGmbH

Autismus Wohnverbund Rhein-Wupper GmbH

Graf-Recke-Stiftung

Haus Daheim e.V.

Familienunterstützender Regionaler Integrations-Assistenz-Dienst für Menschen mit Autismus GmbH

Haus Burberg e.V.

## Öffentliche Reaktionen

Thomas Bergmann<sup>a</sup>

### Keine Musiktherapie bei Autismus?

*Kritische Einordnung der neuen AWMF S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter*

Anfang Mai 2021 wurde erstmals eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zur Therapie bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) online veröffentlicht (AWMF, 2021). Ziel der Leitlinie ist es nicht einzelne Therapieverfahren vorzustellen, sondern die wichtigste Evidenz zusammenzufassen und vor allem Empfehlungen zu erstellen. Diese sind strukturiert nach Altersgruppen, kognitivem Niveau und Therapiezielen – in verschiedenen Kapiteln zusammengefasst und enthalten, je nach Empfehlungsgrad, wirksame und nicht wirksame Verfahren. Nach jahrelanger Arbeit aufgrund der Fülle von Literatur und Problemstellungen ist nun eine Kurz- und Langfassung der Leitlinie, ein Methodenreport sowie ein Evidenzbericht abrufbar. Damit soll eine Orientierung in dem breiten Spektrum von Therapieoptionen gegeben werden, welches auch gesundheitsschädliche und ethisch fragwürdige Verfahren enthält.

Orientierung für  
Therapieoptionen



Behandlungsleitlinie Autismus 08.10.2021 19

19



DEUTSCHE  
MUSIKTHERAPEUTISCHE  
GESELLSCHAFT

## Pressemeldung

Berlin, 29.04.2021

### Keine Musiktherapie mehr bei Autismus? Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft kritisiert AWMF-Leitlinienempfehlungen mit eigener Stellungnahme

**Musiktherapie für Menschen aus dem Autismus-Spektrum hat Potenzial!** Zu dieser Bewertung kommt die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) in ihrer [Stellungnahme](#) im Unterschied zu den jetzt veröffentlichten S3-Leitlinien zur Therapie bei Autismus-Spektrum-Störungen. Die Leitlinien belegen Musiktherapie zweimal mit einer Negativ-Empfehlung. Improvisationsbasierte und familienorientierte Musiktherapie seien zur Behandlung autistischer Kernsymptomatik nicht ausreichend wirksam. Damit sollen sie bei der therapeutischen Versorgung nicht in Betracht kommen. Die DMtG hat

20

**→ Sondervoten:**

publiziert bei:  **AWMF online**  
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

# Leitlinienreport

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

**Teil 2: Therapie**

**Sondervotum der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft zu Empfehlung 12**

**Identische Sondervoten des Deutschen Fachverbands für Verhaltenstherapie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. und Autismus Deutschland e.V. zu den Empfehlungen 13,14, 16, 17, 24 und 26**



Behandlungsleitlinie Autismus 08.10.2021 21

21

# Autismus-Spektrum-Störungen

Kurzübersicht (Chr. Freitag, 2021)

22

## Autismus-Spektrum-Störungen

- Kernsymptomatik ICD-10 / ICD-11 / DSM-5
  - Soziale Interaktion, Kommunikation und Sprache
  - Stereotypes Verhalten und Sonderinteressen
  - Altersspezifisch ausgeprägt
- Prävalenz
  - ca. 1% über die Lebensspanne, männlich : weiblich = 4-3 : 1
  - ca. 40-50% mit Intelligenzminderung
  - ca. 10-20% verlieren ASS-Diagnose im Laufe des Lebens
- Klinische Besonderheiten
  - Hohe Komorbiditätsraten (psychiatrisch, neurologisch, genetisch)
- Sozialrechtliche Einordnung  
 (gilt analog für alle Menschen mit einer psychischen Störung/IQ-Minderung, die länger als 6 Monate andauert):
  - Erkrankung / Störung (SGB V): falls dadurch chronische Beeinträchtigung, die ein Hindernis für gleichberechtigte Teilhabe an Gesellschaft darstellt, dann
  - *auch* seelische oder „geistige“ Behinderung möglich (SGB IX)



Freitag, 2021

23

## Gliederung

C.1 Einleitung .....	1
C.2 Erwartungen seitens der Betroffenen / Angehörigen an die Therapie .....	4
C.3 Versorgungsstruktur und Qualifikation der Therapeuten .....	6
C.4 Therapien zur Verbesserung Autismus-spezifischer Symptome .....	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
C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen .....	45
C.5.1 Sprachentwicklungsstörung .....	45
C.5.2 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen .....	51
C.5.3 Ausscheidungsstörungen .....	52
C.6 Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten .....	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
C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome .....	70
C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens .....	70
C.7.2 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) / hyperaktives Verhalten .....	83



24

24

## Gliederung

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

25

25

## Gliederung

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>



26

## Vorwort

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.

## C.3 Versorgungsstruktur und Qualifikation der Therapeuten

	<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>

**C.3**

**Fallmanagement:** 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 Hilfssysteme 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.

29

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

### **C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation**

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

### ***C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen***

#### **C.5.1 Sprachentwicklungsstörung**

#### **C.5.2 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen**

#### **C.5.3 Ausscheidungsstörungen**

### ***C.6 Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten***

#### **C.6.1 Kognitive Fertigkeiten und Teilleistungsstörungen**

#### **C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten**

#### **C.6.3 Regression von Fertigkeiten**

30

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

### KKP

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.

Evidenzlevel: **2**  
Empfehlungsgrad: **A**

### Klein- und Vorschulkinder, unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten

Es soll eine Autismus-spezifische Therapie durchgeführt werden, die früh einsetzt, spätestens ab dem Alter von 2 Jahren bzw. direkt nach Diagnosestellung.

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

Evidenzlevel: **2-3**  
Empfehlungsgrad: **A**

### Wesentliche Therapieinhalte

Die Therapie soll folgende wesentliche Aspekte und Inhalte enthalten, die gemäß publizierter, überprüfter Therapiemanuale eingesetzt werden sollen:

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.
2. Die Motivation, Interessen und Bedürfnisse des Kindes sollen bei der Therapie wesentlich beachtet werden, Über- oder Unterforderung soll vermieden werden.

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

3. Die Bedürfnisse der Familie sollen bei der Therapieplanung beachtet werden.

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.

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

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.

## C.4.2

### 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

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

natürlichen sozialen Kontext erfolgen. Prompting und Verstärker sollen differenziert eingesetzt und auch schnell wieder ausgeschlichen werden. Soziales Lernen soll gezielt gefördert werden.

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.
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.

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

Verfahren, die sich als nicht (ausreichend) wirksam herausgestellt haben und deshalb für dieses Ziel nicht eingesetzt werden sollen:

1. Hanen: More Than Words,
2. Reine Elterntrainings, ohne das Kind einzubeziehen (siehe aber C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens),
3. Reine Strukturierungsmaßnahmen ohne ein spezielles Training der interaktiven, kommunikativen und alltagspraktischen Fertigkeiten des Kindes,
4. Improvisationsbasierte individuelle Musiktherapie sowie Musiktherapie unter Einbezug der Eltern/Familie,
5. Isoliertes kognitives, Computer- oder iPad-basiertes Training,
6. Auditorische Integrationstherapie,
7. Sensorische Integrationstherapie nach Ayres,
8. Reittherapie oder andere Tier-gestützte Therapien,
9. Gestützte Kommunikation,
10. eklektische Ansätze.

08.10.2021 37

37

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

### 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.

Helios

08.10.2021 38

38

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

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,

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

- 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,

<b>C.4.2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <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> <li>– Eltern-Coaching zur Förderung der Umsetzung der Hausaufgaben im Alltag.</li> </ul>
Evidenzlevel: <b>1-2</b> Empfehlungsgrad: <b>A</b>	<b>Quellen</b> : 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
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>

8.10.2021 41

41

<b>C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</b>	
<b>KKP</b>	<p>Falls eine Gruppentherapie aus organisatorischen oder individuellen Gründen nicht umsetzbar erscheint, können die oben beschriebenen Therapieinhalte aus der Gruppentherapie <u>auch in einer zeitlich begrenzten Einzeltherapie</u> 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>
	<b>Konsens (&gt;75% - 95% Zustimmung)</b>

42

## C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation

<b>KKP</b>	<p>Kinder, Jugendliche und Erwachsene <u>mit</u> und <u>ohne</u> Intelligenzmin- derung</p> <p>Da aktuell <u>keine</u> medikamentöse Therapie existiert, die zu einer Ver- besserung der sozialen Interaktion und Kommunikation führt, sollten psychotrope oder andere Medikamente bezüglich dieses Therapieziels <u>nicht</u> eingesetzt werden.</p>
	<p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>

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

<b>C.4.3</b>	<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 <u>die befristete Gabe der Antipsychotika Risperidon oder Aripiprazol</u> 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>	<b>he</b>
	<p>Evidenzlevel:</p> <p><b>1</b></p> <p>Empfehlungsgrad:</p> <p><b>0</b></p>	
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>	3.10.2021 <b>47</b>

47

<b>C.4.3 Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/ Hyporeaktivität</b>		
	<p>Antipsychotika können zu zahlreichen metabolischen und kardiologischen unerwünschten Wirkungen einschließlich einer Gewichtszunahme sowie zu Extrapyramidal-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>	
	<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>	
	Behandlungsleitlinie Autismus	08.10.2021 <b>48</b>

48

<b>C.4.3</b>	<b>KKP</b>	<b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b>	<b>he</b>
		Aktuell können keine Therapien oder Interventionen, die über die o. g. psychosozialen und medikamentösen Ansätze hinausgehen, empfohlen werden.	
		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 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. </div>	
		Siehe dazu auch oben Kap.	
		<a href="#">C.4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation</a> sowie die Zusammenfassung der unwirksamen Therapien in den NICE-Kinder- und Erwachsenen-Leitlinien.	
 Helios		<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>	08.10.2021 <b>49</b>

49

## C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen

### C.5.1 Sprachentwicklungsstörung

50

## C.5

### C.5.

Empfehlungsgrad:

**B**

#### **Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter mit und ohne Intelligenzminderung**

Im Kleinkind- und Vorschulalter sollten zur Sprachförderung bei ASS zunächst die in

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

51

## C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen

### C.5.1 Sprachentwicklungsstörung

Empfehlungsgrad:

**A**

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.

52

## C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen

### C.5.1

Empfehlungsgrad

**C**

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 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.

## C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen

### C.5.1 Sprachentwicklungsstörung

Empfehlungsgrad

**C**

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.

Empfehlungsgrad

**B**

Improvisations-basierte Musiktherapie sollte nicht zur Sprachförderung eingesetzt werden.

<b>C.5</b> <b>C.5.1</b>	<b>KKP</b>	<b>Nicht-sprechende Kinder ab dem späten Grundschulalter, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung</b>	<p>Wenn nach korrektem und ausreichend langem Einsatz der o. g. Therapiemethoden Kinder, Jugendliche und Erwachsene nicht sprechen lernen, <u>kann ein Bildkartensystem oder auch ein Gerät, das über visuelle Symbole Sprache ausgibt, zu Förderung der Kommunikation mit anderen Personen eingesetzt werden</u>. 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>		<small>ius</small> 08.10.2021 <b>57</b>
----------------------------	------------	--	--	---	---

57

<b>C.5</b> <b>C.5.1</b>	<b>Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen</b>		Empfehlungsgrad	<b>Alle Altersgruppen, mit und ohne Intelligenzminderung</b>		<small>ius</small> 08.10.2021 <b>58</b>
	<b>A</b>	Das Auditive Integrationstraining und Neurofeedback sollen zur Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen <u>nicht</u> eingesetzt werden.	Empfehlungsgrad	Medikamentöse Therapieverfahren sollten zur Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung derzeit <u>nicht</u> eingesetzt werden.		
	<b>B</b>		Evidenzlevel:	<b>Quellen:</b> NICE, 2012, 2013		
	<b>2</b>				<b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b>	

58

## C.5 Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen

### C.5.1 Sprachentwicklungsstörung

**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. „<u>Gestützte Kommunikation</u>“ <u>soll nicht</u> 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.6 Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten

### C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten

## C.6 Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten

### C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten

#### KKP

#### Schulkinder ohne Intelligenzminderung

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.

**Mehrheitliche Zustimmung (>50% - 75% Zustimmung)**

#### A

Ein Computer-basiertes Training des Arbeitsgedächtnisses oder der kognitiven Flexibilität soll nicht durchgeführt werden.

Evidenzlevel:

**Quellen:** deVries, Prins, Schmand & Geurts (2015)

## C.6 Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten

### C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten

#### KKP

#### Grundschulkinder, Jugendliche und Erwachsene mit Intelligenzminderung

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

<h2>C.6 Kogn</h2> <h3>C.6.2 Allta</h3>	<p>möglich und inhaltlich sinnvoll, sollten die Übungen in der (Klein-) Gruppe umgesetzt werden.</p> <p>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.</p> <p>Individuelle alltagspraktische Ziele können u. a. folgende sein: selbständiges Anziehen, Körperpflege, Essen, Haushaltsarbeiten, Arbeiten in einer Werkstätte, Hobbies, sinnvolle Freizeitbeschäftigung.</p> <p>Hierbei sollten strukturierende Verfahren wie visuelle Pläne etc. sowie konditionierende und operante verhaltenstherapeutische Verfahren zum Aufbau von Fertigkeiten eingesetzt werden.</p> <p>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</p> <p><a href="#">C.3 Versorgungsstruktur und Qualifikation der</a> Therapeuten bzw. den Empfehlung des Kapitels genannten Qualifikationen erfüllen.</p>	halten
	Autismus 08.10.2021 74	

74

<h2>C.6 Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten</h2> <h3>C.6.2 Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten</h3>		
Empfehlungsgrad: <b>A</b>	<b>Kinder, Jugendliche und Erwachsene, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b> Es sollen derzeit <u>keine</u> psychotropen Medikamente und insbesondere keine Substanzen zum Neuroenhancement zur Förderung von alltagspraktischen Fertigkeiten und adaptivem Verhalten eingesetzt werden.	
Evidenzlevel: <b>2</b> Empfehlungsgrad: <b>A</b>	<b>Schulkinder unabhängig von kognitiven Fertigkeiten</b> Reittherapie soll <u>nicht</u> zur Verbesserung der adaptiven Fertigkeiten durchgeführt werden.	
	Evidenzlevel: <b>Quellen:</b> Borgi et al. (2016), Gabriels et al. (2015)	08.10.2021 75

75

## C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome

- C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens
- C.7.2 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) / hyperaktives Verhalten
- C.7.3 Angststörungen
- C.7.4 Depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung
- C.7.5 Zwangsstörungen
- C.7.6 Tic-Störungen
- C.7.7 Schlafstörungen
- C.7.8 Essstörungen
- C.7.9 Psychotische Störungen
- C.7.10 Bipolare Störungen
- C.7.11 Persönlichkeitsstörungen
- C.7.12 Suchterkrankungen
- C.7.13 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

## C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome

Articles

### Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis



Meng-Chuan Lai<sup>1</sup>, Caroline Kasse<sup>2</sup>, Richard Besney, Sarah Bonato, Laura Hull, William Mandy, Peter Szatmari, Stephanie H Ameis

#### Summary

**Background** Co-occurring mental health or psychiatric conditions are common in autism, impairing quality of life. Reported prevalences of co-occurring mental health or psychiatric conditions in people with autism range widely. Improved prevalence estimates and identification of moderators are needed to enhance recognition and care, and to guide future research.

*Lancet Psychiatry* 2019;  
6: 819-29  
Published Online  
August 22 2019  
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)

Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis

Mengy Chuan Lu\*, Caroline Kessel\*, Richard Emswiler, Sarah Bonetto, Lauren Hill, William Mandy, Peter Szatmari, Stephanie H Ames

	Number of datapoints in meta-analysis*	Autism population sample size (n)	Autism population		General population prevalence (95% CI or SE)	Subgroup moderator analysis				
			Pooled prevalence (95% CI; 95% PI)	I <sup>2</sup> (95% CI; p value) <sup>†</sup>		Prevalence in population or registry-based studies (95% CI; 95% PI)	Prevalence in clinical sample-based studies (95% CI; 95% PI)	R <sup>2</sup> (QE p value)	I <sup>2</sup> (95% CI)	QM p value
Attention-deficit hyperactivity disorder	89	210 249	28% (25-32; 4-63)	99.65% (99.55-99.85; <0.0001)	7.2% (6.7-7.8; point prevalence, aged ≤18 years) <sup>‡§</sup>	22% (17-26; 1-55)	34% (29-39; 7-69)	2.05% (<0.0001)	99.64% (99.60-99.84)	0.0004
Anxiety disorders	68	169 829	20% (17-23; 2-48)	99.53% (99.42-99.87; <0.0001)	7.3% (4.8-10.9; current prevalence, across ages) <sup>¶</sup>	15% (11-19; 0.5-42)	26% (22-31; 1-56)	0% (<0.0001)	99.54% (99.20-99.85)	0.0002
Depressive disorders	65	162 671	11% (9-13; 0-33)	99.41% (99.39-99.81; <0.0001)	4.7% (4.4-5.0; point prevalence of MDD, across ages) <sup>‡§</sup>	8% (5-11; 0.01-28)	14% (11-18; 1-38)	0.23% (<0.0001)	99.40% (99.37-99.80)	0.0003
Bipolar and related disorders	38	153 192	5% (3-6; 0-19)	99.50% (99.40-99.82; <0.0001)	0.71% (0.56-0.86) for bipolar I; and 0.50% (0.35-0.64) for bipolar II (1-year prevalence, across ages) <sup>‡§</sup>	3% (2-5; 0-16)	7% (4-10; 0-24)	0.35% (<0.0001)	99.50% (99.48-99.81)	0.018
Schizophrenia spectrum and psychotic disorders	42	166 627	4% (3-5; 0-14)	99.18% (99.00-99.87; <0.0001)	0.46% (0.41-0.50; 1-year prevalence, across ages) <sup>‡§</sup>	2% (1-4; 0-11)	7% (4-9; 0-19)	0% (<0.0001)	99.18% (99.01-99.84)	0.0004
Obsessive-compulsive and related disorders	47	53 243	9% (7-10; 1-21)	96.85% (96.75-99.87; <0.0001)	0.7% (0.4-1.1; 1-year prevalence, aged ≥18 years) <sup>‡§</sup>	4% (2-6; 0-13)	12% (10-15; 3-26)	12.51% (<0.0001)	96.20% (96.17-99.37)	<0.0001
Disruptive, impulsive-control, and conduct disorders	50	140 946	12% (10-15; 0-36)	99.52% (99.47-99.90; <0.0001)	8.9% (SE 0.5; 1-year prevalence, aged ≥18 years) <sup>‡§</sup>	7% (4-10; 0-28)	22% (17-27; 3-50)	0% (<0.0001)	99.53% (99.42-99.88)	<0.0001
Sleep-wake disorders	26	190 963	13% (9-17; 0-43)	99.87% (99.78-99.93; <0.0001)	3.7% (NA; 1-year prevalence, aged ≤18 years) <sup>‡§</sup>	11% (7-17; 0-39)	16% (8-25; 0-47)	8.52% (<0.0001)	99.85% (99.77-99.91)	0.356

78

## C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome

### C.7.1.6 Medikamentöse Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen

Empfehlungsgrad: **A**

**Kinder und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten**

Für die Antipsychotika **Risperidon** und **Aripiprazol** besteht hohe Evidenz (Grad 1) für die Wirksamkeit in der kurzfristigen Behandlung von expansivem Verhalten bei Autismus-Spektrum-Störungen.

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.

79

## C.7

### C.7.1.6

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.

Die Medikation mit Antipsychotika soll immer in Kombination mit den o. g. psychosozialen Interventionen, insbesondere einem Elterntaining, eingesetzt werden.

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.

## C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome

### C.7.1.6 Medikamentöse Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen

Bei einer **Pharmakotherapie mit Antipsychotika** sollen insbesondere die folgenden möglichen unerwünschten Wirkungen (UAW) regelmäßig überwacht werden:

- 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)

<p><b>C.7</b></p> <p><b>C.7.1.6</b></p>	<p>Folgende <b>Untersuchungen</b> sollen vor und während einer Behandlung mit Antipsychotika durchgeführt und dokumentiert werden:</p> <p><i>Zu Beginn und jährlich:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Familien)-anamnese und Lebensstil, frühere und aktuelle Behandlung und Medikation sowie deren Wirksamkeit</li> <li>- Aktuelle psychosoziale Interventionen und deren Wirksamkeit</li> </ul> <p><i>Bei jeder Visite:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beurteilung der Wirksamkeit der Medikation</li> <li>- Messung von Körpergröße, Körpergewicht, BMI, Bauchumfang</li> <li>- Messung von Puls und Blutdruck</li> <li>- Beurteilung von Müdigkeit/Sedierung</li> <li>- Prolaktin-assoziierte UAWs (Galaktorrhoe, Amenorrhoe, Gynäkomastie)</li> <li>- Neue Medikation (Wechselwirkungen)</li> </ul> <p><i>Zu Beginn, nach 3 und nach 6 Monaten, dann alle 6 Monate (weniger bei geringen UAWs):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Labor (gemäß Fachinformation)</li> </ul> <p><i>Zu Beginn, während der Aufdosierung, dann alle 3 Monate:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von extrapyramidalen UAWs (Früh- und Spätdyskinesien) im Rahmen einer neurologischen Untersuchung</li> </ul>	<p><b>ungen und</b></p> <p><b>en Verhaltensweisen</b></p>	<p>Behandlungsleitlinie Autismus 08.10.2021 <b>82</b></p>
	<p></p>		

82

<p><b>C.7</b></p> <p><b>C.7.1.6</b></p>	<p>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.</p>	<p><b>Quellen:</b> Aman et al. (2009), Arnold et al. (2012), Fung et al. (2016)</p> <p><b>Starker Konsens (&gt;95% Zustimmung)</b></p>	<p><b>Evidenzlevel:</b></p> <p><b>1-2</b></p>
	<p><b>Dosierung:</b></p> <p>Eine genaue Dosierung kann nicht empfohlen werden.</p> <p>Laut Studienlage wurden folgende Dosierungen verwendet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risperidon: mittlere Dosierung 1.2-1.8 mg/Tag, absolute Dosierung 1-2mg/Tag</li> <li>- Aripiprazol: absolute Dosierung 5-15 mg/Tag</li> </ul> <p>Bei unzureichender Wirksamkeit nach 6 Wochen sollte das Medikament abgesetzt und gegen ein anderes Mittel ersetzt werden.</p>		
<p></p>			

83

## C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome

### C.7.1.9 (Teil-)stationäre Therapie bei oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen

#### KKP

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

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.

## C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome

### C.7.7.2 Behandlung komorbider Schlafstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen

#### KKP

**Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung**

Bei Vorliegen einer Schlafstörung soll zuerst eine mögliche organische Ursache ausgeschlossen werden.

- 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.

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

## C.7 Behandlung komorbider psychischer Störungen und Symptome

### C.7.7.2 Behandlung komorbider Schlafstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen

#### KKP

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminde-  
rung

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.

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.

## C.8 Krisenintervention

## C.8 KKP

### Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminde- rung

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.

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.

## C.8 Krisenintervention

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.

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.

## C.9 Teilstationäre/ stationäre Therapie

### KKP

**Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminde-  
rung**

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.

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

C.10.1 Rolle von Familie und Angehörigen

C.10.2 Unterstützung in Kindergarten und Schule

C.10.3 Unterstützung bzgl. der Arbeit

C.10.4 Unterstützung bzgl. der Wohnsituation/des Wohnens

C.10.5 Unterstützung bezüglich des Freizeitverhaltens

C.10.6 Rolle der Selbsthilfe

## C.11 Gesundheitsschädliche und ethisch bedenkliche Verfahren

### KKP

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:

- „Ausleitetherapien“, Einsatz von Chelat-Bildnern,
- Behandlung mit Chlorbleiche,
- Darmreinigungstherapie,
- Behandlung mit hyperbarem Sauerstoff,
- Sämtliche Formen von Diäten ohne spezielle medizinische Indikation,
- Sämtliche Formen von Nahrungsergänzungsmitteln ohne spezielle medizinische Indikation,

## C.11

- Sämtliche Formen von Hormon- oder Enzymtherapien ohne spezielle medizinische Indikation,
- Zusätzliche medikamentöse Therapien ohne spezielle medizinische Indikation, die über die Empfehlungen dieser Leitlinie hinausgehen,
- Stammzellentherapie,
- Stuhltransplantation,
- Eigenbluttherapie,
- Elektrokrampftherapie (Nicht verwenden mit dem Ziel der Verbesserung Autismus-spezifischer Symptome der sozialen Interaktion, Kommunikation sowie stereotypes Verhalten und Sonderinteressen. Kann bei fehlender Wirksamkeit anderer Evidenzbasierter Therapien mit dem Ziel der Behandlung einer rezidivierenden depressiven Störung, einer schizoaffektiven Psychose sowie einer Katatonie gemäß Leitlinien eingesetzt werden.),

## C.11 Gesundheitsschädliche und ethisch bedenkliche Verfahren

- 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)**

08.10.2021

**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit**

---