



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

20. Jahrgang | Heft 2/2010

*Offizielles Mitteilungsorgan
der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.*

forum

für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

Inhalt

Themenschwerpunkt: Interne und regionale Leitlinien

Editorial: Kostensensible Leitlinien <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Praxis- und klinikinterne Leitlinien <i>Ingo Spitzcok von Brisinski, Ralph Marggraf & Michael Rese</i>	4
Beispiel für einen Methodenreport zu internen Leitlinien <i>Ralph Marggraf, Ingo Spitzcok von Brisinski & Michael Rese</i>	39
Beispiel für eine interne Leitlinie: Störungen des autistischen Spektrums <i>Ingo Spitzcok von Brisinski, Alfred Horn, Yvonne Theußßen, Ursula Robertz & Klaus Leven</i>	59
Regionale Leitlinien: Kompetenznetzwerk Autismus Oberschwaben Werkstattbericht aus 5 Jahren Kooperation <i>Dagmar Hoehne</i>	118
<i>Hinweise für Autoren</i>	130

Editorial: **Kostensensible Leitlinien**

Leitlinien sollten nicht ausschließlich die klinische Wirksamkeit von Interventionen berücksichtigen, sondern auch deren Kosten, wenn sie maximal wirksam sein sollen in der Optimierung des gesundheitlichen Status'. Bisher wurden Kostenaspekte jedoch in Leitlinien weitgehend vernachlässigt (Eccles & Mason 2001, Grimshaw et al. 1995). Dem entsprechend bestehen unterschiedliche Auffassungen dazu, ob Leitlinien zu einer kosteneffektiven Qualitätsverbesserung der Versorgung beitragen (Grimshaw et al. 1995, Gerlach et al. 1998).

Im interdisziplinären, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanzierten Forschungsverbund „Allokation“ (2009) haben Mediziner, Gesundheitsökonominnen und Mediziner nun untersucht, wie knappe Gesundheitsressourcen auf eine medizinisch rationale, ökonomisch sinnvolle und ethisch wie rechtlich vertretbare Art und Weise zugeteilt werden können (Gerst 2009, Huster et al. 2007, Strehl et al. 2008, 2009). Auf der Basis einer Evidenz basierten Abschätzung von Kosten und Nutzen sollen so genannte ‚Kostensensible Leitlinien‘ (KSL) die Indikation auf diejenigen Patientengruppen einschränken, die am meisten von den medizinischen Maßnahmen profitieren. Theoretisch stellen sie damit z. B. ein Instrument dar, mit dem Schlussfolgerungen aus dem vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durchzuführenden Kosten-Nutzen-Bewertungen in die Praxis umgesetzt werden könnten. In der sehr kontroversen Diskussion hat sich jedoch gezeigt, dass mit Erstellung und Publikation von KSL zahlreiche brisante ethische, juristische und insbesondere auch gesellschaftliche Fragestellungen und Entscheidungsprozesse verbunden sind, so dass KSL zum jetzigen Zeitpunkt (noch?) nicht als Modell ethisch vertretbarer Rationierung breite Akzeptanz finden.

Medizinische Leitlinien, die finanzielle Aspekte nicht berücksichtigen, sind jedoch mit dem erhöhten Risiko mangelnder Umsetzung in der Patientenversorgung verbunden. So führen Spitzcok von Brisinski et al. (2010) in ihrer tabellarischen Übersicht zu dezentraler versus zentraler Leitlinienentwicklung bzgl. potentieller Nachteile bei der dezentralen Leitlinienentwicklung „über-

mäßiger Einfluss finanzieller Aspekte auf die Auswahl diagnostischer und therapeutischer Methoden“ auf und bei der zentralen Leitlinienentwicklung „mangelnde Berücksichtigung finanzieller Aspekte auf die Auswahl diagnostischer und therapeutischer Methoden“. Umgekehrt liegen hier aber auch die jeweiligen Chancen: So können niedergelassene Fachärzte mit dem Verweis auf entsprechende zentral erstellte AWMF-Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, www.awmf-online.de) argumentieren, dass bestimmte kostenintensive Medikamente aus dem Arzneimittelbudget ausgegliedert werden oder das auf Regress in Folge Off-Label-Use verzichtet wird. Bei gleicher Evidenz bzgl. Wirkung und unerwünschten Wirkungen kann in dezentral erstellten Praxis und Klinik internen Leitlinien das jeweils preiswertere Präparat empfohlen werden. Der Weg zur Interessenkollision zwischen Kosten optimierter Leitlinie und Rabattvertrag und sonstigen finanziellen Anreizen ist hier jedoch nicht weit.

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

- BMBF-Forschungsverbund* „Allokation“ (2009) Kostensensible Leitlinien (KSL) als Instrument einer expliziten Allokation knapper Gesundheitsressourcen: Zur Einführung. Symposium des BMBF-Forschungsverbunds „Allokation“ am 30.10.09 in Berlin www.ieg.uni-tuebingen.de/images/pdf/ksll%20einf%20FChrung.pdf
- Eccles M, Mason J* (2001) How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess* 5(16): 1-69
- Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, Long A, Sheldon T* (1995) Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 4(1): 55-64
- Gerst T* (2009) Kostensensible Leitlinien: Von Rechts wegen schwierig. *Dtsch Arztebl* 2009; 106(47): A-2362. www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=66855
- Huster S, Strech D, Marckmann G, Freyer D, Börchers K, Neumann A, Wasem J, Held C* (2007) Implizite Rationierung als Rechtsproblem. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie zur Situation in deutschen Krankenhäusern. *Medizinrecht* 25(12): 703-706
- Strech D, Freyer D, Börchers K, Neumann A, Wasem J, Krukemeyer MG, Marckmann G* (2009) Herausforderungen expliziter Leistungsbegrenzungen durch kostensensible Leitlinien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit leitenden Klinikärzten. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 14: 38-43
- Strech D, Börchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G* (2008) Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Ethik in der Medizin* 20(2): 94-10

Praxis- und klinikinterne Leitlinien

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Ralph Marggraf
& Michael Rese*

Aufgaben und Ziele von Leitlinien

Leitlinien sind wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen (Europarat 2002). Die Autoren des *Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung DELBI* (ZÄQ & AWMF 2005, S. 7) verstehen unter Leitlinien „systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten und ggf. anderen Gesundheitsberufen sowie Patienten für eine angemessene Vorgehensweise bei vorgegebenen Gesundheitsproblemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder muss. Hauptziel medizinischer Leitlinien ist es, unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen gute klinische Praxis zu fördern und die Öffentlichkeit darüber zu informieren“ ... „Leitlinien haben dabei die Aufgabe, das umfangreiche Wissen (wissenschaftliche Evidenz und klinische Praxiserfahrung) zu speziellen Versorgungsproblemen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren. Leitlinien sind weder als Anleitung für eine sogenannte Kochbuchmedizin zu verstehen; noch stellen sie die Meinungen einzelner Fachexperten dar. Vielmehr handelt es sich bei Leitlinien um den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens multidisziplinärer Expertengruppen zu bestimmten Vorgehensweisen in der Medizin. Grundlage dieses Konsenses ist die systematische Recherche und Analyse der Literatur. Leitlinien unterscheiden sich von systematischen Übersichtsarbeiten und HTA-Berichten (Health Technology Assessment) durch ihre primäre Zielsetzung, explizit ausformulierte und konkrete Entscheidungshilfen bereitzustellen. Leitlinien können bei der Entscheidungsfindung über angemessene und effektive gesundheitliche Betreuung Hilfestellung leisten, und zwar insbesondere in Bereichen mit großen Unterschieden in der Versorgungsroutine oder Versorgungsqualität“.

„Die Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die Leitlinien sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung“ (www.leitlinien.net).

Warum praxis- und klinikinterne Leitlinien?

„Leitlinien werden aber erst dann wirksam, wenn ihre Empfehlungen bei der individuellen Patientenversorgung Berücksichtigung finden. Aus diesem Grund müssen überregionale (nationale oder internationale) Leitlinien hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf regionaler oder lokaler Ebene begutachtet und gegebenenfalls angepasst werden“ (ZÄQ & AWMF 2005, S. 7-8). Interne Leitlinien haben den Vorteil einer erheblich höheren Akzeptanz bei den Mitarbeitern, da sie im Gegensatz zu externen Lösungen (Driever & Vetter 2001) den internen Abläufen näher kommen (Aust & Ohmann 2000, Grundmann 2000, Halber et al. 2002, Isemer et al. 1997, Zielinski et al. 2001). Eine interne Entwicklung von Leitlinien durch die späteren Anwender lässt auf eine höhere Effektivität der Leitlinien hoffen, während die geringste Effektivität zu erwarten ist, wenn auf nationalem Niveau Experten ohne Beteiligung derjenigen, für die diese Leitlinien bestimmt sind, mit der Entwicklung betraut sind. Leitlinien können somit am sinnvollsten „aus der Praxis heraus für die Praxis“ entwickelt werden. Insbesondere Akzeptanz und Alltagstauglichkeit von Leitlinien werden dadurch erhöht, was in vielen Untersuchungen bestätigt werden konnte (Gerlach et al. 1998).

Rationale Einsicht und theoretische Überzeugung allein bleiben offenbar für das Handeln unter Praxisbedingungen ohne ausreichende Folgen: So ergab die „North of England Study of Standards and Performance in General Practice“, eine randomisierte, über einen zweijährigen Zeitraum laufende Studie, an der 92 Allgemeinärzte teilnahmen, dass Leitlinien in nennenswertem Umfang oft nur von denjenigen angewendet wurden, die an der Bearbeitung der Leitlinien selbst beteiligt waren (Russell et al. 1992a, b). Kinder mit spastischer Bronchitis, welche von Hausärzten behandelt wurden, die in Qualitätszirkeln zu diesem Krankheitsbild eigene Leitlinien aufgestellt hatten, zeigten hier weniger Atemnot und bronchiale Spastik als solche, die

von Ärzten behandelt wurden, die zwar identische Leitlinien von ihren Kollegen übernommen hatten, diese jedoch nicht selbst mitformuliert hatten. Die Entwicklung von Leitlinien durch nationale Konsensuskonferenzen mit Veröffentlichung des Konsenses in Fachzeitschriften hat laut Gerlach et al. (1998) nach internationalen Studien nicht unbedingt relevanten Einfluss auf das ärztliche Handeln. Beispielsweise führte das amerikanische National Institute of Health (NIH) ab 1977 eine Serie von Konsensuskonferenzen zu unterschiedlichsten Themen durch (Mullan & Jacoby 1985) und es gelang, methodische Maßstäbe für eine sachgerechte Durchführung zu setzen. Dennoch zeigten exemplarische Evaluationen, dass die Empfehlungen in der Regel keinen Effekt auf das praktische Handeln amerikanischer Ärzte hatten (Kosecoff et al. 1987).

Klassifizierung medizinischer Leitlinien nach Effektivität (Grimshaw & Russell 1993, Gerlach et al. 1998)			
<i>Wahrscheinlichkeit, effektiv zu sein</i>	<i>Entwicklungsstrategie</i>	<i>Verbreitungsstrategie</i>	<i>Umsetzungsstrategie</i>
hoch	intern (durch spätere Anwender selbst)	spezifisches Training („specific educational intervention“)	patientenspezifische Erinnerung während der Beratung
überdurchschnittlich	intermediär (durch Anwender und externe Experten)	Fortbildung	patientenspezifisches Feedback
unterdurchschnittlich	extern, lokal (durch externe Experten)	Anschreiben an Zielgruppe	allgemeines Feedback
niedrig	extern, national (durch externe Experten)	Veröffentlichung in Fachzeitschrift	allgemeine Erinnerung

Gerlach et al. sowie Szecsenyi et al. schlugen bereits 1995 vor, Erfahrungspotential und pragmatische Problemlösungsansätze dezentral, z. B. durch in vertragsärztlichen Qualitätszirkeln entstandene Leitlinien zu nutzen.

Dezentrale versus zentrale Leitlinienentwicklung

(ergänzt n. Gerlach et al. 1998, Grol & Lawrence 1995, Spitzcok von Brisinski 2009)

<i>Strategie</i>	<i>potentielle Vorteile</i>	<i>potentielle Nachteile</i>
<i>dezentrale Entwicklung</i> (z. B. in Qualitätszirkeln, Gemeinschaftspraxen, Medizinischen Versorgungszentren, Kliniken)	<ul style="list-style-type: none"> • pädagogischer Effekt für alle Beteiligten • Engagement der Zielgruppe, Identifizierung mit der Leitlinie („ownership“) • Leitlinien sind der lokalen Situation angepasst • Akzeptanz und Übernahme erleichtert 	<ul style="list-style-type: none"> • zeitintensive, schwierige Aufgabe • Mangel spezifischer Expertise/Fähigkeiten • keine systematische Literaturanalyse • Ergebnisse von Hierarchien und Gruppenprozessen beeinflusst • durchschnittliches Handeln wird zur Leitlinie • übermäßige Berücksichtigung eigener Ressourcen • übermäßiger Einfluss finanzieller Aspekte auf die Auswahl diagnostischer und therapeutischer Methoden • verschiedene Leitlinien in derselben Region
<i>zentrale Entwicklung</i> (z. B. AWMF-Leitlinien, Nationalen Versorgungsleitlinien, Europäische Leitlinien)	<ul style="list-style-type: none"> • gründliche wissenschaftliche Fundierung • strukturierter, umfassender Prozess • breite professionelle Basis • Sektor und Behandler übergreifende Empfehlungen, die Variationsbreite zwischen unterschiedlichen Behandlern wird verringert • Beitrag zur Einheitlichkeit • Berücksichtigung neuer Einsichten und Forschungsergebnisse • Ausstrahlung auf Fort- und Weiterbildungsinhalte • effizientes Vorgehen 	<ul style="list-style-type: none"> • zeitaufwendig, teuer • Zielgruppe nicht involviert (keine „ownership“) • notwendigerweise global • nicht an spezifische Bedürfnisse und lokale Besonderheiten angepasst • mangelnde Berücksichtigung finanzieller Aspekte auf die Auswahl diagnostischer und therapeutischer Methoden • provoziert Angst und Missverständnisse bei Anwendern • mehrheitlicher Abstimmungsprozess im Rahmen nominaler Konsensuskonferenzen kann dazu führen, dass das Votum der am besten qualifizierten Teilnehmer zu bestimmten Aspekten nicht in der verabschiedeten Leitlinie berücksichtigt wird • Hemmung innovativer diagnostischer und therapeutischer Ansätze, die Variationsbreite wird verringert

Befürworter einer zentralen Leitlinienproduktion wenden gegen dezentrale Strategien jedoch ein, dass kaum ein Qualitätszirkel oder eine lokale Arbeitsgruppe in der Lage sei, Evidenz basierte Leitlinien zu erstellen; auch müsse das „Rad nicht ständig neu erfunden werden“. Schließlich wird ein „Wildwuchs“ unterschiedlicher Leitlinien, die sich womöglich widersprechen, befürchtet (Gerlach et al. 1998).

Die Gegenüberstellung der potentiellen Vor- und Nachteile einer zentralen beziehungsweise dezentralen Leitlinienentwicklung zeigt, dass es keine einzig richtige Strategie gibt. Infolge langjähriger Erfahrungen und wissenschaftlicher Evaluationsstudien sowie nach Abwägung dieser Vor- und Nachteile haben führende Arbeitsgruppen und Autoren verschiedene, oft kombinierte Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung wissenschaftlich fundierter, praktikabler, akzeptabler und evaluierter Leitlinien beschrieben. Eine Auswahl der am häufigsten genannten Aspekte findet sich bei Gerlach et al. 1998. Bestandteil sind neben der zentralen Erstellung von Leitlinien Anpassung und ggf. Modifikation von Praxen oder Kliniken an ihre institutionseigenen Bedingungen und Abläufe (Field & Lohr 1990, 1992; Huttin 1997; Karuza et al. 1995; Wise & Billi 1995). Beispielsweise können sich die Kosten für bestimmte Präparate von Klinik zu Klinik oder zwischen einer bestimmten Klinik und einer Praxis durch unterschiedliche Rabattverträge sehr unterscheiden. Dies kann dazu führen, dass in der Klinik verordnetes Präparat vom weiterbehandelnden Niedergelassenen abgesetzt bzw. durch ein anderes Medikament, das vielleicht nicht so wirksam ist oder schlechter vertragen wird, ersetzt wird. Dies ist zum Schaden der Patienten und kann als systematischer Schnittstellenfehler angesehen werden, zumal das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) unter 6a für § 115c(2) SGB V: „Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der im Krankenhaus begonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.“ Eine Klinikinterne Leitlinie sollte dies daher unbedingt berücksichtigen, in dem bei den konkreten Therapieoptionen nicht nur Bewertungen hinsichtlich klinischer Wirksamkeit und unerwünschten Wirkungen referiert sind, sondern die Kosten sowohl bzgl. im Klinik eigenen Einkauf als auch bzgl. der Verschreibung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Je nach Ausmaß der zugrunde liegenden Evidenz bestehen größere oder ge-

ringere Spielräume bzgl. unterschiedlicher diagnostischer und therapeutischer Methoden. Personelle, räumliche und technische Möglichkeiten, spezifische Kompetenzen und Fertigkeiten oder der Zugang zu spezialisierten Ambulanzen bzw. Abteilungen müssen dabei berücksichtigt werden. Die Anpassung zentraler Leitlinien an die Gegebenheiten einzelner Einrichtungen eröffnet die Möglichkeit, Versorgungsprozesse zu definieren, Verantwortlichkeiten zu klären, den Ressourceneinsatz zu planen und die Organisation besser auf ihre Versorgungsaufgaben auszurichten. Im Rahmen von vernetzten Strukturen, wie etwa Praxisnetzen, können Leitlinien zentrale Bedeutung für das Funktionieren arbeitsteiliger Versorgungsprozesse erlangen. Zusammenfassend betrachtet, können Evidenz basierte *und* Praxis adäquate Leitlinien hilfreich sein für die Erreichung und Evaluation definierter Qualitätsziele in der medizinischen Versorgung: Bei der Leitlinienerstellung und -umsetzung werden tradierte Wissensbestände hinterfragt und Prozesse ggf. verändert. Da nur konkret verändertes Handeln in Kliniken und Praxen zu Qualitätsverbesserungen führen kann, sind Praktikabilität und Akzeptanz von Leitlinien sowie die Lernfähigkeit und -bereitschaft jedes Einzelnen ausschlaggebend (Gerlach et al. 1998).

Entwicklung von Praxis bzw. Klinik internen Leitlinien

Bei der Entwicklung jeglicher moderner medizinischer Leitlinien, sei es nun auf zentral europäischer oder dezentral auf Klinikebene, sind Konzepte der Evidenz basierten Medizin unverzichtbar. Nach Sackett et al. (1999) ist Evidenz basierte Medizin die „Integration der besten verfügbaren externen Evidenz mit der persönlichen klinischen Erfahrung und den Patientenwünschen bei Entscheidungen über die medizinische Versorgung einzelner Patienten“. Für die Erstellung der internen Leitlinie ebenso wie für die praktische Umsetzung der Empfehlungen dieser Leitlinie im klinischen Alltag müssen Entscheidungen getroffen werden, welchen Anteil dabei „beste verfügbare externe Evidenz“, „persönliche klinische Erfahrung“ und „Patientenwünsche“ jeweils haben sollen. Dabei ist unter „bester verfügbarer externer Evidenz“ bisher durchaus nicht immer die passende AWMF-Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, www.awmf-online.de) zu verstehen, da die zugrunde liegende Literaturrecherche u. U. nicht so aktuell ist wie die neuesten in Medline o. ä. gelisteten Übersichtsarbeiten und zudem die meisten AWMF-Leitlinien bisher noch nicht S3-Niveau (s. u.) erreichen und daher auch methodisch durchaus noch getoppt werden

können. Wenn die persönliche Erfahrung der an der Entwicklung der internen Leitlinie Beteiligten in einigen Punkten zu anderen Bewertungen führt als in der passenden AWMF-Leitlinie, kann dies einen Anreiz bieten, auch andere zur jeweiligen Störung thematisch passende Leitlinien sowie weitere aktuelle Übersichten einzubeziehen und/oder der Verschriftlichung persönlicher Erfahrungen vermehrt Raum zu geben, was wiederum zu fruchtbaren Reflexionsprozessen eigenen Tuns und Systematisierungen führen kann.

Externe Evidenz muss nicht stets an oberster Stelle der Priorisierung stehen, da nicht für jede Störung bzw. jede Intervention ausreichend kontrollierte Studien zur Verfügung stehen und somit bei umfassender persönlicher Erfahrung letztere höher bewertet werden kann als externe Evidenz bei dünner Datenlage. Doch selbst bei Vorliegen einer stattlichen Anzahl kontrollierter Studien zu einem Störungsbild bzw. einer bestimmten Intervention ist nicht gewährleistet, dass die Ergebnisse der kontrollierten Studien uneingeschränkte Validität für die tatsächlichen Behandlungen vor Ort verfügen: Hochselektierte Probanden vieler kontrollierter Studien weisen ein anderes Komorbiditätsspektrum auf als die Inanspruchnahmeklientel einer Praxis oder Versorgungsklinik und auch die im Rahmen der Studien in einem bestimmten Setting erzielten Ergebnisse sind nicht immer ohne Weiteres auf das Setting vor Ort übertragbar.

Potentielle Prioritäten bei der Entwicklung der internen Leitlinie

externe Evidenz > persönliche Erfahrung > Patientenwünsche
externe Evidenz > Patientenwünsche > persönliche Erfahrung
externe Evidenz = persönliche Erfahrung = Patientenwünsche
externe Evidenz = persönliche Erfahrung > Patientenwünsche
externe Evidenz = Patientenwünsche > persönliche Erfahrung
externe Evidenz > persönliche Erfahrung = Patientenwünsche
persönliche Erfahrung > externe Evidenz > Patientenwünsche
persönliche Erfahrung > externe Evidenz = Patientenwünsche
persönliche Erfahrung > Patientenwünsche > externe Evidenz
persönliche Erfahrung = Patientenwünsche > externe Evidenz
Patientenwünsche > externe Evidenz > persönliche Erfahrung
Patientenwünsche > externe Evidenz = persönliche Erfahrung
Patientenwünsche > persönliche Erfahrung > externe Evidenz

Analog argumentiert die AWMF (2004) bzgl. der Entwicklung zentraler S3-Leitlinien: Die evidence-Recherche mit formal (evidence level) bewerteten Aussagen der wissenschaftlichen Literatur sind nur als *ein* Element neben Logikanalyse, Konsens, Entscheidungsanalyse und Outcome-Analyse zu begreifen, da die Bewertung der Studienergebnisse hinsichtlich Relevanz für die ärztliche Entscheidungsfindung im Einzelfall das zentrale Problem darstellt, das sich nicht durch schematische Anwendung von Tabellen mit Evidenzgraden lösen lässt. Zwar lässt sich der wissenschaftliche Wert unterschiedlicher Studientypen für die Beantwortung der jeweiligen Fragestellung in einer Rangskala (verschiedene Fragestellungen => unterschiedliche Rangskalen) darstellen, bei der Bewertung der Studienergebnisse hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entscheidungsfindung im Einzelfall können solche Rangskalen jedoch irreführend sein und zu falschen Empfehlungen führen. Beispielsweise können je nach Fragestellung Daten aus breit angelegten Kohortenstudien eine höhere klinische Relevanz haben als aus kontrollierten klinischen Studien an hochselektierten, nicht repräsentativen Patientenkollektiven (Jenicek 1999).

Welche Priorität wird eigentlich Patientenwünschen systematisiert eingeräumt? Es ist selbstverständlich, dass Patient und/oder seine Sorgeberechtigten der Auswahl diagnostischer und therapeutischer Interventionen zustimmen müssen. Doch in welche Rangfolge stellen wir externe Evidenz, persönliche Erfahrung und Patientenwünsche, wenn sie nicht in Einklang zu bringen sind? Wie wird partizipative Entscheidungsfindung (Simon 2009, Spitzcok von Brisinski 2003) bzw. Shared-Decision-Making (Sant'Unione & Wildermuth zur Publikation eingereicht, Scheibler & Pfaff 2003) konkret und systematisch im klinischen Alltag verankert?

Potentielle Prioritäten

bei der klinischen Umsetzung der internen Leitlinie

interne Leitlinie > persönliche Erfahrung > Patientenwünsche
interne Leitlinie > Patientenwünsche > persönliche Erfahrung
interne Leitlinie = persönliche Erfahrung = Patientenwünsche
interne Leitlinie = persönliche Erfahrung > Patientenwünsche
interne Leitlinie = Patientenwünsche > persönliche Erfahrung
interne Leitlinie > persönliche Erfahrung = Patientenwünsche
persönliche Erfahrung > interne Leitlinie > Patientenwünsche
persönliche Erfahrung > interne Leitlinie = Patientenwünsche
persönliche Erfahrung > Patientenwünsche > externe Evidenz
persönliche Erfahrung = Patientenwünsche > externe Evidenz
Patientenwünsche > interne Leitlinie > persönliche Erfahrung

Wie die interne Leitlinie konzipiert werden soll, hängt auch davon ab, wie die Umsetzung der Inhalte im klinischen Alltag intendiert ist. Möchte der Praxisinhaber bzw. Chefarzt als therapeutisch Letztverantwortlicher die interne Leitlinie quasi als 1:1 zu befolgende Richtlinie verstanden wissen? Oder soll die Leitlinie eher anregenden Charakter haben und ausreichend Freiraum bieten für den jeweiligen Kontext orientierten diagnostischen/therapeutischen Prozess, die persönliche Erfahrung des Leitlinienanwenders (der nicht immer der Leitlinienentwickler ist) und/oder die individuellen Wünsche von Patient und Angehörigen?

Leitlinien-Entwicklungsstufen

Die AWMF-Leitlinien werden entsprechend der formalen Rahmenbedingungen bei der Erstellung in die 3 Entwicklungsstufen S1 bis S3 eingeteilt (Kopp et al. 2007, Thalau 2007).

Klassifikation der Entwicklungsstufen von AWMF-Leitlinien

(AWMF 2004)

1. Stufe: *Expertengruppe = S1*: Eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der Fachgesellschaft(en) erarbeitet im informellen Konsens eine Empfehlung, die vom Vorstand der Fachgesellschaft(en) verabschiedet wird.
2. Stufe: *Leitlinie mit formaler evidence-Recherche = S2e oder formaler Konsensfindung = S2k*: Leitlinien werden aus formal (evidence level) bewerteten Aussagen der wissenschaftlichen Literatur entwickelt oder in einem der bewährten formalen Konsensusverfahren mit repräsentativer Beteiligung aller betroffenen Fachgebiete beraten und verabschiedet (Nominaler Gruppenprozess, Konsensuskonferenz oder Delphikonferenz)
3. Stufe: *Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung = S3*: Die Leitlinienentwicklung der Entwicklungsstufe 2 wird um folgende Komponenten erweitert (sofern nicht bereits enthalten): Logikanalyse, Formales Konsensusverfahren (repräsentativ), „Evidence-based medicine“, Entscheidungsanalyse, „Outcome“-Analyse

IDA = *Interdisziplinäre Entwicklung*: Wird gekennzeichnet durch den Zusatz zur Entwicklungsstufe „+ IDA“ (= InterDisziplinärer Abgleich)

Die bisherigen kinder- und jugendpsychiatrischen Leitlinien (DGKJP et al. 2007) entsprechen überwiegend S1. Neuentwicklungen oder Überarbeitungen auf S1-Niveau werden jedoch nicht mehr von der AWMF akzeptiert. Da alle AWMF-Leitlinien mit Geltungsdauer versehen sein müssen, wird es in wenigen Jahren keine S1-AWMF-Leitlinien mehr geben (Kopp 2009). Die Weiterentwicklung zahlreicher bisheriger kinder- und jugendpsychiatrischer AWMF-Leitlinien auf S2 bzw. S3 ist daher geplant (Herpertz-Dahlmann et al. 2010) bzw. bereits in Arbeit. Da dies mit erheblichen Kosten verbunden ist, können nicht alle bisher auf S1-Niveau existierenden kinder- und jugendpsychiatrischen AWMF-Leitlinien sofort zu S2 bzw. S3 weiterentwickelt werden, so dass auf der KJPP-Leitlinien-Planungskonferenz 2009 in Essen eine Vorauswahl getroffen wurde.

Charakteristisch für formale Konsensustechniken ist die strukturierte Interaktion, in deren Rahmen individuelle Beiträge der Teilnehmer systematisch erfasst, transparent gemacht und zusammengeführt werden. Qualität und Akzeptanz der Ergebnisse werden dabei von der Vorbereitung und der praktischen Durchführung bestimmt. Dabei spielen sowohl individual- als auch gruppenpsychologische Aspekte eine wichtige Rolle (Kopp et al. 2007).

Nominaler Gruppenprozess

Nach Planung und Festlegung von Zielen, Vorgehensweisen, Abstimmungsverfahren und Tagungsort erfolgt nach der Einführung der Teilnehmer der nominale Gruppenprozess nach folgendem Schema (Delbecq et al. 1975):

- Schweigendes Niederschreiben von Ideen, um vorzeitige Fokussierung auf einzelne Ideen zu verhindern und Dominanzen von Mitgliedern mit hohem Status und aggressivem Verhalten zu eliminieren.
- Anschreiben der Ideen auf einer Tafel im Kreis, um die Reihenfolge, in der die Ideen beigetragen wurden, zu verschleiern
- Diskussion der Ideen zur weiteren Klärung
- Vorläufige Abstimmung über die Wichtigkeit der einzelnen Punkte
- Diskussion des vorläufigen Abstimmungsergebnisses (Zeitlimits als Druckmittel für Konsens)
- Abschließende Abstimmung

Durch dieses Vorgehen können Nachteile einer offenen Gruppendiskussion zum Teil vermieden werden, z. B. dass dominierende Persönlichkeiten die Meinungsbildung beeinflussen bzw. eine sachlich nicht begründete Konformität entsteht. Auch kann jeder Experte sein Urteil in den einzelnen Runden korrigieren, ohne an Reputation zu verlieren. Bzgl. interner Praxis- bzw.

Klinikleitlinien ist die Anonymität der Experten untereinander jedoch nicht unbedingt sinnvoll aufgrund der faktischen Hierarchie: Der fachlich für den diagnostischen und therapeutischen Gesamtprozess verantwortliche Praxisinhaber bzw. Chefarzt wird sich nicht bedingungslos einem demokratischen, nichthierarchischen, nichtverantwortlichen mehrheitlichen Entscheidungsprozess unterwerfen wollen.

Strukturierte Konsensuskonferenz

Die Expertengruppe des Fachgebiets ist das Steuergremium und erstellt eine erste Version des Leitlinientextes, die an die Konferenzteilnehmer verschickt wird. In der Konferenz werden die Empfehlungen nach Beratung mehrheitlich abgestimmt, so dass am Konferenzende das Ergebnis festgeschrieben ist. Bei einem sehr umfangreichen Leitlinientext werden nur die konkreten Empfehlungen in der Konsensuskonferenz beraten und mehrheitlich abgestimmt, da bereits dies mehrere Tage in Anspruch nehmen kann. Dennoch können die Teilnehmer der Konsensuskonferenz auch Veränderungsvorschläge zum übrigen Leitlinientext machen, die unter Berücksichtigung der entsprechenden abgestimmten Empfehlungen von der Expertengruppe eingearbeitet werden.

Delphikonferenz

Die Delphi-Methode wurde erstmals Anfang der 1950er-Jahre in einer von der Air Force gesponsorten Studie eingesetzt und dort als „Project Delphi“ bezeichnet. Das Verfahren wurde in jüngster Zeit u. a. auch im Rahmen der Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes angewandt, an dem auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände teilnahmen. Es handelt sich um eine mehrstufige Befragungsmethode, die unter Experten verschiedener Fachbereiche schriftlich durchgeführt wird. Es wird davon ausgegangen, dass Experten in ihrem Fachgebiet über viel Wissen verfügen und somit gute Schätzungen über mögliche Entwicklungen abgeben können. Andererseits wird angenommen, dass Experten ihre Einschätzungen auf der Basis ‚guter‘ und ‚schlechter‘ Informationen abgeben. Durch die Rückkopplung der statistisch aufbereiteten Antworten der Teilnehmer aus der Erst- bzw. Vorrunde wird versucht, den Gruppenmitgliedern Überprüfung und Vergleich ihrer Aussagen zu ermöglichen. Durch wiederholte Befragung wird Konvergenz der Expertenmeinungen angestrebt: Die Expertengruppe verschickt vorformulierte Fragen an weitere Experten und an Anwender. Wie viele Teilnehmer zur Durchführung benötigt werden, hängt von der Themenstellung ab, üblich ist sind 50 bis 100. Zwischen Aussendung der Fragebogen und Auswertung muss in der Regel ein Zeitraum von mindestens 2-4 Wochen eingeplant wer-

den, um den Teilnehmern ausreichend Zeit zur Einschätzung zu geben. Die Auswertung der Antworten erfolgt z. B. nach Trends und Gegentrends. Als Trends gelten dabei Aussagen der Mehrheit der abgegebenen Antworten und als Gegentrends Antworten, die stark vom Durchschnitt abweichen. In der folgenden Runde erhalten die Experten die Fragen erneut zusammen mit der Auswertung der Antworten aus der Vorrunde und werden gebeten, ihre Prognosen zu überprüfen, die abgefragten Sachverhalte evtl. neu einzuschätzen und gegebenenfalls deutliche Abweichungen vom Durchschnitt zu begründen. Die Schritte werden so oft durchlaufen, wie eine Annäherung der Expertenmeinungen zu beobachten ist. Das Ergebnis der 2. oder 3. Runde wird schließlich festgeschrieben. In der Delphikonferenz bleiben die Teilnehmer füreinander anonym (Häder & Häder 2000). Als problematisch bei Prognosen auf der Grundlage der Delphi-Methode sieht man die Änderungen der Meinungen der Experten in Richtung der vorherrschenden Meinung an, die nicht unbedingt mit dem „wahren“ Wert übereinstimmen muss.

Aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtungen dieser drei Verfahren und der sich daraus ergebenden verfahrensbedingten Nachteile werden bei der Leitlinienentwicklung zunehmend Kombinationen der einzelnen Verfahren eingesetzt (Hutchings & Raine 2006). Die Zusammensetzung des Leitliniengremiums hat wesentlichen Einfluss auf die Akzeptanz und Umsetzung der Leitlinie, aber auch auf das Ergebnis des Konsensusverfahrens. Größere, multidisziplinäre Gremien können zu ausgewogeneren und besser reproduzierbaren Einschätzungen gelangen (Kopp et al. 2007). Die Verabschiedung der Empfehlungen erfolgt sequentiell konsensual, wobei je Empfehlung 95% Konsens unter den Teilnehmern der Konsensusgruppe angestrebt werden und mindestens 75% Konsens notwendig sind, damit eine Empfehlung verabschiedet wird. Liegt der Konsens darunter, wird die Empfehlung erneut diskutiert und ggf. in ihrer Formulierung modifiziert.

Der Konsensusprozess hat einheitliche Empfehlungen zum Ziel, was bei unterschiedlichen Standpunkten der Konferenzteilnehmer zu Problemen führen kann: Die Leitlinie kann einigen Lesern zu unkonkret erscheinen und je nachdem, aus welcher Fachrichtung man kommt, auch falsch (Falkai & Gaebel 2010).

Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung in Konsensusverfahren (Kopp et al. 2007)

<i>Problem</i>	<i>Lösungsansatz</i>
Selektion der Teilnehmer	
Das Leitliniengremium ist nicht repräsentativ für die Anwenderzielgruppe Verschiedene Gruppen kommen zu verschiedenen Ergebnissen Es kommt zu Meinungsbeeinflussung durch Dritte	Öffentliche Ausschreibung des Leitlinienprojekts Einladung aller relevanten Berufsgruppen und Patienten Einholung von Mandaten, Sicherstellung von Rückkopplungen mit den durch die Teilnehmer repräsentierten Organisationen Interessenskonflikte erklären
Präsentation der Information	
Die Teilnehmer sind nicht ausreichend vorinformiert	Schriftliche Vorinformation und Einführung über den Stand der Arbeiten an der Leitlinie Individuelle Beiträge aktiv erfragen, vollständige Teilnahme anstreben
Majoritäts- und Minoritätseinfluss	
Die Mehrheit unterdrückt/eliminiert abweichende Meinungen Dominanz/Geschick Einzelner stimmen die Gruppe um Eine Minderheit instrumentalisiert die Gruppe (Machtausübung)	Kanalisierung der Interaktionen innerhalb der Gruppe: jeder Teilnehmer kommt unbeeinflusst zu Wort Transparente Darlegung des Abstimmungsprozess, auch Dissens und Minderheitsvoten
Groupthink	
Hoher Druck/zu rasche Entscheidung führt zu Konsens über eine vorgefertigte Meinung Oppositionsstandpunkte werden nicht geklärt	Opposition ausdrücklich zulassen Mögliche Fehler ausräumen durch Vorbereitungs- und Abstimmungsprozess in mehreren Schleifen, Nachrecherche und -bewertung der Literatur, externe Begutachtung
Soziales Faulenzen	
Trittbrettfahrer, die nicht wesentlich zum Gruppenprodukt beitragen	Identifizierbarkeit der Einzelbeiträge gewährleisten (Motivation) Detailarbeit in Kleingruppen verteilen (Verantwortlichkeit)
Brainstorming	
Assoziatives, unsystematisches generieren von Ideen im Gruppenkontext Produktivitätsverlust durch wechselseitige Reaktionsblockaden	Gegenstandskatalog für den Konsensusprozess vorbereiten nach den Kriterien der EbM Grundsätzliche Kriterien für Werturteile a priori definieren Strukturierte Interaktion; Beiträge, Klarstellungen, Begründungen, offene Fragen erfassen

Leitlinien der 3. Entwicklungsstufe sollten folgenden Qualitätskriterien genügen (AWMF 2003)

- *Validität / Gültigkeit:* Die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen müssen korrekt interpretiert werden, so dass die Nutzung der Leitlinie als Hilfe zur Entscheidungsfindung zu der beabsichtigten Verbesserung in Diagnostik und/oder Therapie führt.
- *Reliabilität / Zuverlässigkeit:* Unter gleichen klinischen Umständen sollte jeder Arzt die Leitlinie gleich oder sehr ähnlich als Hilfe zur Entscheidungsfindung nutzen.
- *Reproduzierbarkeit:* Bei gleichen verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen sollte eine weitere unabhängige Expertengruppe zu gleichen Empfehlungen kommen.
- *Repräsentative Entwicklung:* Alle Schlüsseldisziplinen sollten ihren Beitrag zur Entwicklung der Leitlinie geleistet haben.
- *Klinische Anwendbarkeit:* Die Zielgruppe, für die wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen verfügbar sind, ist definiert.
- *Klinische Flexibilität:* Die Leitlinie nennt Ausnahmefälle und zeigt auf, wie die Bedürfnisse der Patienten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen sind.
- *Klarheit:* Leitlinien benutzen präzise Definitionen, eine eindeutige Sprache und benutzerfreundliche Formate.
- *Genaue Dokumentation:* Die Leitlinien machen Angaben über die Teilnehmer an der Entwicklung, die Annahmen und Methoden und verknüpfen die ausgesprochenen Empfehlungen mit den verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen.
- *Planmäßige Überprüfung:* Die Leitlinien enthalten Angaben über die Überprüfung, wann und wie sie überprüft werden.
- *Überprüfung der Anwendung:* Die Leitlinien zeigen Verfahren auf, mit denen die Akzeptanz der Empfehlungen in der Praxis ermittelt werden kann.
- *Kosten-Nutzen-Verhältnis:* Leitlinien sollen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung bei akzeptablen Kosten führen.

Methodenreport

Um den Prozess der Leitlinien-Entwicklung transparent zu machen, soll zu jeder Leitlinie ein Leitlinien-Report veröffentlicht werden, aus dem hervorgeht, welche formalen Schritte bei der Entwicklung dieser Leitlinie unternommen wurden. Die Ausführlichkeit dieser Methodenreports schwankt zwischen 11 Seiten (Methodenreport zur interdisziplinären S3-Leitlinie „Fibromyalgiesyndrom“, Bernardy et al. 2008) und 82 Seiten (Methodenreport zur interdisziplinären S3-Leitlinie „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/050-002m.pdf). Typische Inhalte sind

„Auftrag zur Erarbeitung“, „Entwicklung der Leitlinie“ (Bildung von Leitlinien-Projektgruppe, Expertengruppe und Konsensusgruppe, Strukturierter Gruppenprozess, Systematische Literaturrecherche und -bewertung, Erstellung des Entwurfstextes der Leitlinie, Review der Konsensusversion und endgültige Version), „Evidenzkriterien und Empfehlungsgrade“, „Formate der Leitlinie“, „Patientenversion“, „Qualitätssicherung der Leitlinie“, „Finanzierung der Leitlinie“, „Implementierung und Validierung der Leitlinie“, „andere berücksichtigte Leitlinien“, „Literatur“, „klinische Fragestellungen und Schlüsselfragen für die Evidenzrecherche“, „Recherchestrategien für einzelne Themenbereiche“ sowie die angewandte „Checkliste für Informationssynthesen und Studien“ (Methodenreport der DGPPN zur S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/S3/s3-methodenreport.pdf>) sowie „Suchstrategie“, „Gültigkeit“ und „Aktualisierungsverfahren“ (Methodenreport zur interdisziplinären S3-Leitlinie Adipositas im Kindes- und Jugendalter (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/050-002m.pdf)). NVL-Reports sind unter www.versorgungsleitlinien.de/methodik/reports einsehbar.

Interessenkonflikte

Die Entwicklung von Leitlinien für die medizinische Versorgung verlangt über die fachliche Expertise hinaus eine strikte Vermeidung kommerzieller Abhängigkeiten, welche die Leitlinieninhalte beeinflussen können. Auf direkte und indirekte Unterstützung durch die pharmazeutische Industrie muss daher verzichtet werden. Die Erklärung der Leitlinienentwicklungsteilnehmer ist für ihre Qualitätsbeurteilung und Glaubwürdigkeit in der Öffentlichkeit entscheidend. So wurden z. B. die Teilnehmer an der Entwicklung der Beispiel interdisziplinären Leitlinie zum Fibromyalgiesyndrom hinsichtlich möglicher Interessenkonflikte mit Hilfe eines Formblatts erfragt (Bernardy et al. 2008). Von der AWMF ist ein entsprechendes Formblatt unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II-tools/II-konflikt.pdf online.

Für die Entwicklung von Praxis bzw. Klinik internen Leitlinien müssen auch im formalen Vorgehen Anpassungen gegenüber den AWMF-Leitlinien vorgenommen werden.

Vorschlag für eine Klassifikation der Entwicklungsstufen von Praxis bzw. Klinik internen Leitlinien

1. Stufe: *Expertengruppe = II*: Eine zumindest bzgl. Berufsgruppen repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der Praxis bzw. Klinik erarbeitet im informellen Konsens eine Empfehlung, die vom Praxisinhaber bzw. vom Chefarzt bzw. den Chefärzten des entsprechenden Fachgebietes verabschiedet wird.
2. Stufe: *Leitlinie mit formaler evidence-Recherche = I2e oder formaler Konsensfindung = I2k*: Die Praxis bzw. Klinik interne Leitlinie berücksichtigt umfassend die formale evidence-Recherche der entsprechenden S2e- bzw. S3-AWMF-Leitlinie bzw. eine von der Praxis/Klinik selbst durchgeführte entsprechende Recherche oder wird in einem der folgenden formalen Konsensusverfahren mit repräsentativer Beteiligung aller betroffenen Fachgebiete beraten und verabschiedet: Nominaler Gruppenprozess, Konsensuskonferenz oder Delphikonferenz
3. Stufe: *Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung = I3*: Die Leitlinienentwicklung der Entwicklungsstufe 2 wird um folgende 5 Komponenten erweitert: Logikanalyse, Formales Konsensusverfahren (repräsentativ), „Evidence-based medicine“, Entscheidungsanalyse, „Outcome“-Analyse

IDA = Interdisziplinäre Entwicklung: Wird gekennzeichnet durch den Zusatz zur Entwicklungsstufe „+ IDA“ (= InterDisziplinärer Abgleich)

Umfang der Leitlinie – Ist eine Kurzfassung sinnvoll?

Laut der methodische Empfehlungen der AWMF (2004) zur Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie („Leitlinie für Leitlinien“) sollen Leitlinien einfach (checklistenartig), aber auch umfassend sein. Dass diese widersprüchlichen Anforderungen bzgl. psychischer Störungen nicht zu erfüllen sind, zeigt z. B. die S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2006), die in der Langversion (mit den Empfehlungstexten und den wichtigsten diesen Empfehlungen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Evidenzen) 288 Seiten umfasst. Ergänzend gibt es daher eine Kurzversion (mit allen Einzelempfehlungen in Kurzform), Algorithmen und eine im Internet verfügbare Anhangsversion mit allen Evidenztabellen und Hintergrundinformationen. Dabei entspricht die unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/038-009.htm online verfügbare Kurzform immerhin noch etwa 40 DIN-A4-Seiten. Die 2007 zuletzt in Buchform publizierten 39 kinder- und jugendpsychiatrischen S1-AWMF-Leitlinien umfassen je nach Störungsbild 8 bis 22 Seiten, der Text im Internet entspricht dem Buchtext, auf eine Kurzform wurde verzichtet. Die interdisziplinäre S2-Leitlinie zu Persönlichkeitsstörungen von 2008 (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/038-015.htm) umfasst etwa 140 Seiten, die interdisziplinäre S3-Leitlinie zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/050-002.pdf) dagegen nur 55 Seiten. Zum Fibromyalgiesyndrom wird die interdisziplinäre Leitlinie als Lang-, Kurz-, Kitteltaschen- und Patientenversion veröffentlicht (Bernardy et al. 2008).

Die in unserer Klinik verabschiedeten internen Leitlinien umfassen je nach Störungsbild zwischen 17 bis 50 DIN-A4-Seiten, was etwa der Spannbreite zwischen den bisherigen kinder- und jugendpsychiatrischen S1-AWMF-Leitlinien und der Kurzfassung der S3-Leitlinie Schizophrenie entspricht. Dennoch wurde für die längeren internen Leitlinien vereinzelt der Wunsch nach einer Kurzfassung geäußert. Da die internen Leitlinien jedoch gegenüber den bisherigen S1-Leitlinien eine erhöhte Aussagekraft bzgl. konkreter Maßnahmen haben sollen, haben sie einen höheren Umfang. Auch erscheint angesichts der Komplexität der entsprechenden Störungsbilder und Behandlungsprozesse eine angemessen aussagekräftige Abbildung unterhalb des Umfangs der jeweiligen internen Leitlinie nicht möglich. Auf die Erstellung von Kurzformen der internen Leitlinien wurde daher verzichtet.

Regelmäßige Revision

Die Spannweite der Gültigkeitsdauer psychiatrischer AWMF-Leitlinien liegt derzeit zwischen 2 und 5 Jahren (Stand 12.01.2010 unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/11_038.htm). Um die Vorteile interner Leitlinien zu nutzen, sollte für sie eine kürzere Gültigkeitsdauer angestrebt werden. Die Klinik internen Leitlinien der LVR-Klinik Viersen werden jährlich aktualisiert.

Rechtliche Aspekte

Zwar entsprechen Leitlinien keinen Rechtsnormen, dennoch kann eine Abweichung von ihnen strafrechtliche und haftungsrechtliche Konsequenzen für den Arzt nach sich ziehen. Wenn dem Patienten durch eine, den Leitlinien entsprechende Behandlung Schaden zugefügt wird, besteht eine mögliche Mithaftung durch die Verfasser der Leitlinien (Lippert 2002, Hess 2004, Hansis 2001, Hansis & Hansis 2000, Hart 2000). U. U. besteht die Gefahr, dass eine Leitlinie den maßgeblichen, aktuellen ärztlichen Standard nicht wiedergibt und dadurch Arzt wie Patienten fehlleitet. Haftungsmaßstab in zivil- und strafrechtlicher Hinsicht ist der ‚Standard‘, d.h. der medizinische Wissensstand zur Zeit der Behandlung. Dieser kann in Leit- oder Richtlinien (haftungsrechtlich spielt die Begriffswahl keine Rolle) nur deklaratorisch wiedergegeben, aber nicht konstitutiv begründet werden. Daher schützt leit- oder richtliniengetreues Verhalten nicht vor Haftung, wenn ‚Standards‘ und Richt-/Leitlinien inhaltlich auseinanderfallen. Leitlinien sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. der Verstoß gegen sie kann auch nicht sorgfaltswidriges Handeln begründen.

Daraus folgt für den Arzt, dass er stets prüfen muss,

- ob es für den konkreten Fall Richt- oder Leitlinien gibt,
- ob die Richt-/Leitlinien dem medizinischen Standard entsprechen,
- wenn ja, ob er diesem folgen muss oder ob im konkreten Fall sachliche Gründe oder der Patientenwille für ein abweichendes Vorgehen sprechen,
- wie er sich im Falle ‚konkurrierender‘, d. h. unterschiedlicher Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften verhalten soll.

Der Arzt, der von einer Richt- oder Leitlinie abweicht, muss die Gründe hierfür angeben, da er im Falle eines Irrtums oder bei nicht überzeugender Begründung für die Abweichung das Haftungsrisiko trägt. Leitlinien haben unbeschadet ihrer wissenschaftlichen Fundierung derzeit lediglich Informationscharakter für den Arzt.

Richt- und Leitlinien bergen die Gefahr der Selbstbindung der Medizin, wenn sie vorbehaltlos befolgt werden und damit die von der Judikatur dem Arzt stets zuerkannte ärztliche Methoden- und Therapiefreiheit aufgegeben wird. Nach der Rechtsprechung ist die ärztliche Methodenwahl eine höchstpersönliche ärztliche Entscheidung, die innerhalb eines Korridors nicht oder nur begrenzt justitiabel ist, das heißt, dem Arzt einen von ihm zu verantwortenden Risikobereich im Rahmen der Regeln der ärztlichen Kunst belässt. Die Erstellung von Richt- und Leitlinien lässt aus der Sicht des Haftungsrechtes diese ärztliche Therapiefreiheit unangetastet und bewahrt dem Arzt dadurch – zusammen mit der Patientenautonomie – einen ärztlichen Handlungsspielraum für die verantwortliche Therapiewahl. Da Richt- und Leitlinien keinen individuellen Einzelfall zum Gegenstand haben, sondern lediglich einen Entscheidungskorridor für standardisierte Fälle bieten, kann im konkreten Behandlungsgeschehen auch ein Abweichen von den Richt-/Leitlinien geboten sein.

Aufgrund real existierender finanzieller Grenzen dürfen Leitlinien keine medizinischen Idealstandards formulieren. Andererseits gilt, dass keine indizierte Behandlungsmaßnahme allein aus ökonomischen Gründen abgelehnt werden darf. Zumindest die Standarduntergrenze, die das Haftungsrecht im Interesse von Schutz und Sicherheit des Patienten zieht, muss eingehalten werden. Die Anforderungen der Leitlinien an den ärztlichen Standard dürfen daher weder zu hoch noch zu niedrig sein, sondern müssen die Verhältnisse vor Ort berücksichtigen (Ulsenheimer & Biermann 2008).

Implementierung der Leitlinien

Erst die Anwendung einer Leitlinie in der Praxis bzw. Klinik entscheidet über ihren Nutzen für Patientinnen und Patienten, für behandelnde Ärztinnen und Ärzte und für das Gesundheitssystem insgesamt. Erfahrungen aus zahlreichen internationalen Leitlinienprojekten zeigen, dass die Umsetzung und der Einsatz von Leitlinien im ärztlichen Alltag und ihr Einfluss auf die Versorgungsqualität noch als verbesserungsbedürftig angesehen muss. Die Implementierung einer Leitlinie ist die konkrete Festlegung von Strukturen und Abläufen in einer Klinik oder Praxis unter Berücksichtigung von vorhandenen Rahmenbedingungen und Regeln, so dass die Leitlinie im ärztlichen Alltag angewandt werden kann und wird. Da sich Versorgungseinrichtungen von Haus aus träge verhalten, wenn es um Änderungen von Abläufen und Verhalten geht, bedarf eine Implementierung eines geplanten, schrittweisen Vorgehens (Selbmann & Kopp 2005).

Bei Erstellung und Anwendung von Leitlinien muss berücksichtigt werden, dass Evidenz basierte Medizin nur eine Option unter mehreren ist, die Versorgungsqualität zu verbessern (Woolf et al. 1999). Variationen der Leitlinie, die individuelle Umstände berücksichtigen, klinische Aspekte und die Wünsche des Patienten, können ebenso sinnvoll sein (The Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery 2008). Bei der Implementierung bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten: Anpassung einer bereits existierenden Leitlinie für das praktische Setting (AGREE 2001) oder Entwicklung einer neuen Leitlinie.

Anpassung existierender Leitlinien

In den letzten 20 Jahren wurden Leitlinien zur Überbrückung der Lücke zwischen Forschung und Praxis entwickelt. Ziel war und ist, klinische Entscheidungen aufgrund evidenzbasierter Forschungsergebnisse zu treffen und diese Evidenz global zugänglich zu machen (Field & Lohr 1990). Seitdem bibliographische Datenbanken wie beispielsweise Medline allgemein zugänglich sind, würde man erwarten, dass dies zu internationalem Konsensus führt bzgl. Evidenz für die klinische Versorgung sowie Konvergenz bzgl. der Empfehlungen in Leitlinien. Dennoch unterscheiden sich die Empfehlungen bzgl. desselben Themas oft in den Leitlinien. Denkbare Erklärungen sind unzureichende Evidenz, unterschiedliche Interpretationen der Evidenz, unsystematische Leitlinienentwicklungsmethoden, der Einfluss professioneller Gremien, kulturelle Faktoren wie unterschiedliche Erwartungen bzgl. offensichtlicher Risiken und Chancen, sozioökonomischer Faktoren oder Charakteristika des Gesundheitshilfesystems (The Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery 2008).

Die Schwierigkeit, alle Beteiligten zu versammeln, kann dadurch verringert werden, dass vorexistierende 'best practice'-Leitlinien angepasst werden. So ist es lediglich notwendig, mit jedem Beteiligten einzeln Kontakt aufzunehmen um Rolle und Aufgabe zu klären.

Checkliste zur Bewertung einer Leitlinie (angepasst nach National Health & Medical Research Council 1998)	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
Die Leitlinie basiert auf max. erreichbarer evidence.				
Die Auswahl der Patientzielgruppe hinsichtlich Akuität und Schweregrad fällt in den Geltungsbereich der Praxis bzw. Klinik.				
Das jeweils richtige Vorgehen für jede Situation ist konkret und präzise beschrieben, soweit dies evidenzbasierte Datenlage und Arbeitsbereich des Mitarbeiters der Praxis bzw. Klinik erlauben				
Das jeweils richtige Vorgehen für jede Patientengruppe ist konkret und präzise beschrieben, soweit dies evidenzbasierte Datenlage und Arbeitsbereich des Mitarbeiters der Praxis bzw. Klinik erlauben.				
Die Leitlinie beschreibt eindeutig solche Patienten bzw. Situationen, in denen Experten anderer Fachgebiete (dringend o. a.) benötigt werden.				

Auswahl einer existierenden Leitlinie zur Anpassung an die Praxis/Klinik

(angepasst nach National Health & Medical Research Council 1998)

Erster Durchgang (Alle Kriterien sollen erfüllt sein)

- Bietet die existierende klinische Leitlinie ausreichend ‚best practice‘-Informationen zur Behandlung der Störung durch die in der Praxis bzw. Klinik konkret die Patienten versorgenden Personen/Berufsgruppen?
- Gibt es aktuelle Belege für die empfohlenen Untersuchungen, Interventionen und erwarteten Prognosen?
- Fallen die Patient bezogenen Empfehlungen in den Zuständigkeitsbereich der die in der Praxis bzw. Klinik konkret die Patienten versorgenden Personen/Berufsgruppen?

Zweiter Durchgang: Kennzeichnen der Bereiche, die geändert oder ergänzt werden müssen

- Welche Teile der Leitlinie sind für die praktische Arbeit vor Ort relevant?
- Welche Unterschiede müssen angesprochen werden?
- Wird die Leitlinie vom multidisziplinären Behandlungs hinsichtlich Durchführbarkeit, Verantwortlichkeit, Sinnhaftigkeit und Effektivität akzeptiert werden?

Das *Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)* wird von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung - herausgegeben Instrument zur Leitlinien-Bewertung DELBI (www.delbi.de) und soll die Bewertung der methodischen Qualität medizinischer Leitlinien ermöglichen (www.leitlinien.net) hinsichtlich interner Validität und prospektiver Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, mit der die Leitlinie ihr Ziel erreichen kann. Der tatsächliche Einfluss der Leitlinie auf die Versorgung (externe Validität) kann mit der Checkliste jedoch nicht abgebildet werden.

DELBI ist für den Gebrauch durch folgende Gruppen bestimmt:

- *Leitlinien-Entwickler*: zur Berücksichtigung strukturierter und strikter Entwicklungsmethodik sowie als Instrument zur Selbsteinschätzung, um sicherzustellen, dass ihre Leitlinien internationalen Standards entsprechen.
- *Ärzte und andere Leistungsträger im Gesundheitswesen*, die vor der Übernahme von Leitlinien-Empfehlungen eine eigene Bewertung vornehmen wollen.
- *Dozenten oder Lehrer*, um diese dabei zu unterstützen, die Fertigkeiten von Ärzten und anderem medizinischen Personal in der kritischen Bewertung zu fördern.
- *Entscheidungssträger im Gesundheitswesen*, als Hilfe bei der Entscheidung, welche Leitlinien zur Anwendung in der Praxis empfohlen werden sollten. In diesen Fällen sollte DELBI Teil eines formalen Bewertungsprozesses sein.

Patientenbeteiligung

Die Patientenbeteiligung an der Leitlinienentwicklung gehört zu den methodischen Anforderungen, die das Deutsche Leitlinien-Bewertungs-Instrument DELBI (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2005) an qualitativ gute Leitlinien stellt.

Bei der Beteiligung an der Erstellung der internen Leitlinien ist die wichtigste Aufgabe der Patientenvertreter, ihre Expertise und Erfahrungen einzubringen, insbesondere (vgl. BÄK et al. 2007):

- zum Umgang mit der Erkrankung;
- mit den Versorgungsstrukturen;
- mit den an der Versorgung beteiligten medizinischen Berufsgruppen
- mit der Art der medizinischen, sozialen und psychosozialen Versorgung.

Ziele der Beteiligung von Patienten sind (vgl. BÄK et al. 2007):

1. Im Rahmen der Entwicklung der LL:

- Einbringen von Erfahrungen, Perspektiven, Präferenzen und Erwartungen der Betroffenen mit der Versorgung der Erkrankung in den Redaktionsprozess der LL;
- Beteiligung an der Formulierung von Schlüsselfragen der LL und Formulierung und Graduierung der Empfehlungen;
- Förderung der Einbringung verallgemeinerbarer Patientenerfahrungen durch den/die benannten Patientenvertreter durch Unterstützung des Austauschs mit den entsendenden Organisationen der Selbsthilfe.

2. Im Rahmen der Entwicklung von Patienten-Leitlinien (PL) zur LL:

- Bereitstellung evidenzbasierter Entscheidungsgrundlagen für Patienten;
- Förderung des Verständnisses der Erkrankung und ihrer Konsequenzen für das Leben des Patienten;
- Ergänzung der Inhalte der LL durch spezifische, für das Leben mit der Erkrankung aus Betroffenenansicht wichtige Informationen;
- Stärkung von Empowerment und Selbstverantwortung der Patienten;
- Schaffung von Transparenz bezüglich der sektorenübergreifenden Versorgung bei chronischen Erkrankungen;
- Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung;

- Unterstützung der Implementierung der LL durch die Verbreitung der Patienten-Leitlinie zur LL.

Auswahl von Patienten und Angehörigen

Kriterien (BAG Selbsthilfe bzgl. der Beteiligung an den NVL, zit. n. BÄK et al. 2007):

1. *Nationale Repräsentanz* - Der Arbeitsbereich der Organisation erstreckt sich auf die nationale Ebene. Örtliche oder regionale Verbände können nur auf ihrer spezifischen Ebene wirksame Interessenvertretung gewährleisten. (Auf die nationale Repräsentanz kann jedoch verzichtet werden, wenn es zu einem Erkrankungsbild derartige Organisationen nicht gibt);
2. *Inhaltliche Unabhängigkeit* - Die Organisation muss in Mitgliedschaft und Beschlussorgan durch Patienten bzw. Nutzer von Gesundheitsleistungen und/oder Krankenversicherte repräsentiert sein.
3. *Gemeinnützigkeit* - Die Organisation verfolgt keine wirtschaftlichen Ziele und unterwirft sich der kontinuierlichen Überprüfung dieses Status durch die Finanzbehörden.
4. *Finanzielle Unabhängigkeit* - Die Organisation gewährleistet mit eigenen Mitteln (Mitgliedsbeiträge, Spenden) ihre Existenz. Der Bestand der Organisation ist weder von öffentlich-rechtlichen Zuwendungen noch von Zuwendungen von Wirtschaftsunternehmen abhängig. Dies schließt eine projektbezogene transparente schriftlich vereinbarte Zusammenarbeit mit öffentlich-rechtlichen Körperschaften oder Wirtschaftsunternehmen nicht aus.
5. *Freier Zugang und Kontinuität* - Die Organisation gewährleistet natürlichen Personen den freien Zugang zur Mitgliedschaft, demokratische Wahlen zu den Beschlussorganen, und gibt die Gewähr einer kontinuierlichen Interessenvertretung.

Für die Erstellung praxis- bzw. klinikinterner Leitlinien gelten dieselben Kriterien, jedoch ist in der Regel statt nationaler Repräsentanz regionale sinnvoll.

Interne Leitlinien und Qualitätsmanagement

Interne Leitlinien sind im Rahmen des Qualitätsmanagements ein wesentlicher Bestandteil der Strukturqualität sowie der Prozesssicherheit. In den wesentlichen Qualitätsmanagementansätzen sind daher Leitlinienbezüge vorhanden.

KTQ 2009 (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und *proCum Cert* (auf KTQ basierend): Das speziell für Krankenhäuser entwickelte Qualitätsmanagementsystem ist inzwischen relativ weit verbreitet und nimmt insbesondere im Kriterium „1.4.2 Therapeutische Prozesse“ Bezug auf hausinterne Leitlinien. Bei der Therapieplanung, der Umsetzung der Therapie sowie bei der Überprüfung und Verbesserung werden Nachweise im Sinne eines geschlossenen Verbesserungszyklus’ erwartet (PDCA = Plan, Do, Check, Act).

DIN EN ISO 9001:2008: Die Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001 ist Branchen übergreifend anwendbar und setzt voraus, dass eine Organisation ihre Dienstleistungsprozesse plant und unter beherrschten Bedingungen umsetzt und validiert (7.1 Planung der Produktrealisierung, 7.5.1 Lenkung der Produktion und der Dienstleistungserbringung, 7.5.2 Validierung der Prozesse zu Produktion und zur Dienstleistungserbringung). Die Kriterien hierfür müssen dokumentiert sein. Dies kann für den therapeutischen Prozess z.B. in Form von Leitlinien erfolgen.

EFQM (European Foundation for Quality Management): Dieses Modell ist ein Excellence-Modell, das mittlerweile im Gesundheitssektor zunehmend Zuspruch findet und auf dessen Basis jährlich nationale und internationale Qualitätspreise an Organisationen unterschiedlicher Branchen verliehen werden. Im Modell ist ein Bezug zu Leitlinien u. a. über das Kriterium 5 „Prozesse“ gegeben. Insbesondere für die Schlüsselprozesse, zu denen im Gesundheitsbereich Diagnose- und Therapieprozess gehören, sind systematische Gestaltung, effektives Prozessmanagement und prozessgemäße Leistungserbringung von großer Bedeutung. Hierzu leisten Leitlinien einen sinnvollen Beitrag. Das EFQM-Modell bewertet darüber hinaus die anhand von Kennzahlen ermittelten Ergebnisse der Schlüsselprozesse und unterscheidet sich in diesem Punkt von den bisher erwähnten Qualitätsmanagementansätzen.

JCI (Joint Commission International): Die JCI als internationaler Zweig der

amerikanischen JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) akkreditiert Krankenhäuser anhand festgelegter Standards. Diesem Verfahren haben sich im deutschsprachigen Raum bisher nur wenige Krankenhäuser unterzogen. Im Rahmen der patientenorientierten Standards werden u. a. Aspekte zur Untersuchung, Behandlung und Betreuung der Patienten angesprochen sowie Fragen zum Medikamentenmanagement und -einsatz. Hinsichtlich dieser Anforderungen können geeignete Leitlinien einen sinnvollen Beitrag leisten.

QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen): Das auf ärztliche und psychotherapeutische Praxen zugeschnittene System der kassenärztlichen Bundesvereinigung sieht eine systematische Selbst- und Fremdbewertung der Qualitätsmanagementstrukturen und -dokumente sowie deren Umsetzung in der Praxis vor. Dies erfolgt anhand eines vorgegebenen Qualitätszielkataloges, in dem im Kriterium 1.3.4 explizit auf „Behandlungspfade, Leitlinien und evidenzbasierte Medizin“ Bezug genommen wird.

KPQM (KV Westfalen-Lippe Praxis-Qualitätsmanagement): Auch das auf der Basis des Sozialgesetzbuches V (§ 135a) entwickelte Qualitätsmanagementmodell der kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe sieht vor, dass die Praxisprozesse analysiert und dokumentiert werden. Bereits zu Beginn der Einführung des Qualitätsmanagements wird im Rahmen einer ersten Standortbestimmung der Umsetzungsgrad anerkannter Standards und Leitlinien bewertet („Bei uns werden aktuelle fachliche und wissenschaftliche Standards in den Behandlungsalltag integriert. Wir berücksichtigen bei der Versorgung unserer Patienten Leitlinien“).

Die Entwicklung der Leitlinien bedeutet nicht nur die einmalige Herstellung von wissenschaftlichen Produkten in schriftlicher Form oder im Internet, sondern ein ganzes System innerhalb des Qualitätsmanagements (Field & Lohr 1992). Dazu zählen u. a. folgende Hauptkomponenten (vgl. Lorenz 2000):

- Aufbau einer kontinuierlichen Leitliniengruppe
- Qualitätsverbesserung der bisherigen Leitlinien
- Kontinuierliche Fortbildung, für alle Leitlinien Produzierenden durch regelmäßig stattfindende Leitlinienkonferenzen (Qualitätszirkel)
- Evaluierung der Qualität der Leitlinien durch die Ersteller selbst und durch externe Evaluierung.

Nebenwirkungen von Leitlinien

Es ist zu erwarten, dass sich durch eine effektive Implementierung von Leitlinien die Variationsbreite zwischen unterschiedlichen Behandlern verringert (Grol 1993). Dies kann auch dazu führen, dass der Entwicklung innovativer Diagnostik und Therapiekonzepte nicht mehr ausreichend Raum gegeben wird.

Die Ressourcenknappheit hat bereits in vielfältiger Hinsicht durch staatliche und institutionelle Richt- und Leitlinien zu einer progredienten Regularisierung ärztlichen Handelns geführt, aber auch ‚offiziell‘ instrumentierte Wissenschaft kann ärztliches Denken und damit ethische Reflexion behindern – selbst wenn sie in der optimalen Form evidenzbasierter Leitlinien auftritt. Regularisierungsversuche, die von der Makroebene der Gesundheitsökonomie ausgehen, interferieren mit Entscheidungsprozessen in der unmittelbaren Patientenversorgung (Praetorius & Sahn 2001). Leitlinien werden von manchen Kollegen als Eingriff in ihre diagnostische und therapeutische Autonomie erlebt (Klazinga 1994). In Kanada befürchtete z. B. ein Viertel der Allgemeinmediziner einen Verlust ihrer Autonomie durch Leitlinien (Lauterbach 1998). Andererseits sind evidenzbasierte Leitlinien auch ein Instrument, zumindest einen Teil der Autonomie zu verteidigen: Beispielsweise können Verfahren, die evidenzbasiert und indiziert und somit in der entsprechenden Leitlinie aufgeführt sind, nicht ohne Weiteres aus dem Erstattungskatalog herausgenommen werden.

Barrierenanalyse

Für die Umsetzung von Leitlinien, also die Verhaltensänderung in der täglichen Praxis, erwiesen sich allgemeine Hinweise auf bestehende Leitlinien oder Erinnerungen daran als wenig effektiv. Die Veröffentlichung in Fachzeitschriften und auch gezieltes Anschreiben der Zielgruppe lässt lediglich geringe oder unterdurchschnittliche Effektivität erwarten (Gerlach et al. 1998). Die Übersicht von Freemantle et al. (1996) zeigt, dass gedruckte Materialien ohne relevanten Einfluss auf das ärztliche Handeln bleiben. Konventionelle Fortbildungsveranstaltungen schneiden etwas besser ab. Spezifische, interaktive und problembezogene Fortbildungsangebote zur Vermittlung der Leitlinieninhalte zeigten die höchste Effektivität. Ideal sind einer Metaanalyse von 16 randomisierten kontrollierten Studien (Shea et al. 1996) zufolge patientenspezifische, konkrete problembezogene Hinweise zum Zeitpunkt

der Konsultation, die in den Praxisalltag integriert werden (z. B. durch eine Meldung in der Praxis-EDV bzw. im KIS oder mittels Checklisten).

Einführungsplanung: Barrierenanalyse (Kopp 2005)	
Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<i>1. Kognitive Theorie</i>	
Wissen in der Zielgruppe fördert Motivation zu Gesundheitsverhalten und Teilnahme an Früherkennungsprogramm	Informationsangebot und Aufklärung nicht ausreichend, Früherkennungsprogramm nicht transparent
<i>2. Verhaltenstheorie</i>	
Externe objektive Qualitätsbeurteilung durch Zertifizierungsverfahren, Anreize und Belohnung	Fehlende Dokumentationsvergütung, Benefit in der Praxis nicht erfahrbar, CME-Punktwerte zu niedrig
<i>3. Sozialtheorie</i>	
Kommunikation, Qualitätszirkel Meinungsführer / Leitfiguren / Vorbilder	Kooperationsabsprachen über Behandlungsprozesse von Kliniken und Praxen nicht etabliert

Interventionen zur Erreichung einer dauerhaften Verhaltensänderung

<i>generell effektiv</i>	<i>ab und zu effektiv</i>	<i>selten effektiv</i>
Besuch von Peers vor Ort	Prüfung und Rückmeldung	Schriftliche Verbreitung von LL
Erinnerungshilfen (manuell / elektronisch)	Einbindung lokaler Meinungsführer	Passive Fortbildung (z.B. Vorträge)
Interaktive Fortbildung im Qualitätszirkel	Lokale Konsensprozesse	
Kombinierte Strategie	Patientenbeteiligung	

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<i>1. Benennung von Leitlinienbeauftragten</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Stellenwert der AWMF und der LL-Beauftragten wird klarer • Opinion-leaders einbeziehen • Vereinheitlichte Nomenklatur und Struktur: der Beauftragte ist persönlich ansprechbar und verantwortlich für Organisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelhaftes Interesse für die Bedeutung von LL-Unsicherheit / Befürchtung, dass Leitlinien Richtlinien werden • Geringschätzung / Unklarheit des Amtes / der Funktion des LL-Beauftragten • Wenig wissenschaftliche Reputation durch LL-Arbeit (kein „Impact-Faktor“) • Schwierigkeit, einen a) kompetenten, b) arbeitsamen Fachmann zu finden • Furcht vor zusätzlicher Arbeitsbelastung innerhalb der Fachgesellschaften • Kostenfaktor /Ressourcen (insbesondere bei kleineren FG)
<i>2. Selbsteinschätzung der bisherigen Leitlinien und Priorisierung</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Anstoß zur Entwicklung von Leitlinien der nächsten Stufen (2/3): endlich Beschränkung auf ein „gesundes“ Mengenmaß an Leitlinien 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptproblem: „Evidenz“gradbeurteilung – Es wird durch die Nachfrage ein Prozess befürchtet, der zu komplex wird (Lit.-Recherche, Outcome-Analyse etc.) • Nicht-“evidenz“basierte Leitlinien (Expertenmeinungen) • Fehlender Konsens innerhalb der FG-Discrepanz zwischen Kammern und KVen • Unüberschaubare politische Dimension – Misstrauen – Kosten
<i>3. Angabe zur Beteiligung von Gruppen am Konsensus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Zusammenarbeit an Leitlinien als Gewinn • Elimination alter Strukturen / Hierarchien („Ein-Person-Lehrbuch-Meinung“) • Positive Änderung der Einstellung zur Gruppenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Berührungspunkte der einzelnen Partner • Fehlendes Know-How (kein Konzept für Einbeziehung innerhalb der FG) • Konflikte zwischen benachbarten / einbezogenen Gruppen • Unerwünschtheit weiterer Gruppen • Zeitfrist (deadline) bis zur Beantwortung zu lang (fehlender Druck)

Tab. 1 Barrierenanalyse bzgl. AWMF-Leitlinien (Lorenz 2001). LL = Leitlinien. S3 = Leitlinien der höchsten Stufe mit allen Eigenschaften systematischer Erstellung (z.B. Konsensus und „Evidenz“-basiert). FG = Fachgesellschaft. KV = Kassenärztliche Vereinigung. Methodik der Barrierenanalyse: Force Field Analysis (Margolis & Cretin 1999).

Ausblick

Mittlerweile gibt es in Deutschland zahlreiche publizierte Leitlinienprogramme sowohl für den niedergelassenen Bereich (Birkner 2000, Butzlaff et al. 2002, Dowie 1998, Dowie et al. 2000, Eccles et al. 1996, Fischer et al. 2001) als auch Kliniken (z. B. Beholz 2003). In der Spannweite von weltweiten Leitlinien wie z. B. der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) (www.wfsbp.org/treatment-guidelines.html) über europäische wie z. B. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder (Taylor et al. 2004), nationale wie z. B. die AWMF-Leitlinien bis zu Praxis und Klinik internen Leitlinien wie hier vorgestellt sind regionale Leitlinien wie sie z. B. im Beitrag von Dagmar Hoehne in diesem Heft beschrieben werden, noch relativ selten, jedoch äußerst wünschenswert, um ein Evidenz basiertes, optimal aufeinander abgestimmtes Angebot aller in der Region Tätigen zu unterstützen. Praxis bzw. Klinik interne Leitlinien können innerhalb regionaler Netze durch einen Reflexions- und Konsensusprozess möglicherweise leichter in regionale Leitlinien überführt werden als nationale oder internationale Leitlinien, da ein Teil der regionalen Besonderheiten bereits berücksichtigt ist. Dennoch ist der Abstimmungsbedarf mit den anderen Anbietern in der Region nicht zu unterschätzen.

Literatur

The AGREE Collaboration (2001) Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2005): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 99(8), 468-519 www.delbi.de

Aust B, Ohmann C (2000) Bisherige Erfahrungen mit der Evaluation von Leitlinien. Eine Literaturübersicht. Zentralbl Chir 125 Suppl 2: 141 – 145

AWMF (2003) Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie: Kriterien für die Qualität von Leitlinien. www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_quali.htm

AWMF (2004) Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie: Methodische Empfehlungen. www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_metho.htm

Beholz S (2003) Qualitätsmanagementsysteme in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens: Qualitätsverbesserung durch Zertifizierung von klinischen Teileinrichtungen. Habilitationsschrift. Berlin: Medizinische Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin

- Bernardy K, Klose P, Üçeyler N, Kopp I, Häuser W (2008) Methodische Grundlagen für die Entwicklung der Leitlinienempfehlungen (Methodenreport). *Schmerz* 22:244–254
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA (1998) Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 317, 465-468
- Birkner B (2000) Zertifizierung einer gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis nach DIN ISO EN 9001 – vernetzt mit den Leitlinien einer wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaft. *ZaeFQ* 94: 639 – 643.
- Bundesärztekammer (BÄK), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2004) Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien. Methoden-Report. 2. Aufl. www.versorgungsleitlinien.de
- Bundesärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern (BÄK), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), BAG SELBSTHILFE e.V., FORUM chronisch kranker und behinderter Menschen im PARITÄTISCHEN, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.) (2007): Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien Methoden-Report Patientenbeteiligung. www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nvl_pat_methode.pdf
- Butzlaff M, Floer B, Koneczny N, Vollmar HC, Lange S, Isfort J, Kunstmann W (2002) www.evidence.de – Netzbasierte Leitlinien im Praxistest. Beurteilung und Nutzung von evidenzbasierten und netzgestützten Leitlinien durch Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten. *ZaeFQ* 2002; 96: 127 – 133.
- Delbecq AL, Van De Ven AH, Gustafson DH (1975) Group techniques for program planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes. Illinois: Scott
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hg.) (2007) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 3. Aufl.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie u. Nervenheilkunde (Hg.) (2006) Behandlungsleitlinie Schizophrenie. S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Band 1. Darmstadt: Steinkopff
- Deutsches Institut für Normung e.V. (2000): Qualitätsmanagementsysteme. Anforderungen (DIN EN ISO 9001:2000). Berlin Wien Zürich: Beuth-Verlag
- Dowie R (1998) A review of research in the United Kingdom to evaluate the implementation of clinical guidelines in general practice. *Family Practice* 15: 462 – 470
- Dowie R, Robinson M, Jones R (2000) Research on Guidelines Implementation in Primary Care. Introduction. *Family Practice* 17; S1 – S2

- Driever R, Vetter HO* (2001) Behandlungsstandards und Leitlinien. Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, Herzzentrum Klinikum Wuppertal GmbH. Lengerich Berlin Riga Rom Viernheim Wien Zagreb: Pabst Science Publishers; 2001.
- Eccles M, Clapp Zoe, Grimshaw J, Adams PC, Higgins B, Purves I, Russell I* (1996) North of England evidence based guidelines development project: methods of guideline development. *BMJ* 312: 760 – 762
- Europarat* (Hg.) (2002): Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe. *Z ärztl Fortb Qual sich (ZaeFQ)* 96 (Suppl III), 1-60
- Falkai P, Gaebel W* (2010) Editorial: S3-Leitlinien Demenz und Depression – DGPPN stellt Meilensteine vor. *DNP* 11(1): 1-2
- Field, M.J., Lohr, K.N.* (Hg.) (1990): Clinical practice guidelines. Directions for a new program. Washington: National Academy Press
- Field, M.J., Lohr, K.N.* (Hg.) (1992): Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington: National Academy Press
- Freemantle N, Harvey EL, Grimshaw JM et al.* (1996): The effectiveness of printed educational materials in changing the behaviour of healthcare professionals. In: The Cochrane Database of systematic reviews. Cochrane Library. The Cochrane Collaboration CD-ROM Oxford, Update Issue 3
- Fischer GC, Beyer M, Gerlach FM, Rohde-Kampmann RR* (2001) Bedeutung und Möglichkeiten von allgemeinen Leitlinien für hausärztliche Versorgungsstrategien. Brauchen wir „Basisleitlinien“ in der Allgemeinmedizin? *ZaeFQ* 95: 435 – 442
- Gerlach, F.M., Bahrs, O., Fischer, G.C. et al.* (1995): Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Entwicklung, Verbreitung, Umsetzung. *Z Allg Med* 71, 950-956
- Gerlach, F.M.; Beyer, M.; Szecsenyi, J.; Fischer, G.C.* (1998): Leitlinien in Klinik und Praxis: Welche Anforderungen sollten moderne Leitlinien erfüllen? Welche Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung haben sich bewährt? Welchen Beitrag können Leitlinien zur Qualitätsförderung in der Medizin leisten? *Dt Ärztebl* 95(17), A-1014-1021
- Grimshaw JM, Russell IT* (1993) Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 342: 1317-1322
- Grol R* (1993) Standards of care or standard care? Guidelines in general practice. *Scand J Prim Health Care* 11 (Suppl): 26-31
- Grol R, Lawrence M* (1995) Quality improvement by peer review. Oxford: University Press Oxford
- Grundmann RT* (2000) Qualitätssicherung durch Einführung interner Leitlinien. Was können wir aus dem Vergleich verschiedener Kliniken lernen? *Zentralbl Chir* 125 Suppl 2: 123 – 124

- Häder M, Häder S* (2000) Die Delphi-Technik in den Sozialwissenschaften. Methodische Forschungen und innovative Anwendungen. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Halber M, Palm S, von Pritzbuier E, Schrappe M* (2002) Klinikinterne Leitlinien: aktueller Stand, Methodik und Perspektiven. *Gesundh ökon Qual manag* 2002; 7: 220 – 224
- Hansis ML* (2001) Die Bedeutung von Leitlinien im Rahmen der Behandlungsfehler-Begutachtung. *ZaeFQ* 95: 121 – 124
- Hansis ML, Hansis DE* (2000) Der Umgang mit Risiken im klinischen Alltag und seine Beeinflussung durch Leitlinien. *ZaeFQ* 94: 137 – 141
- Hart D* (2000) Ärztliche Leitlinien – rechtliche Aspekte. *ZaeFQ* 94: 65 – 69
- Herpertz-Dahlmann B, Poustka F, Hebebrand J* (2010) Neue Konzepte für die Leitlinienentwicklung in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 38(1), 5-6
- Hess R* (2004) Ökonomisierung der Medizin – Standards und Leitlinien: Unerwünschte Wirkungen und rechtliche Konsequenzen. *German Journal for Evidence and Quality in Health Care* 98(3), 185-190).
- Hutchings A, Raine R* (2006) A systematic review of factors affecting the judgements produced by formal consensus development methods in health care. *J Health Serv Res Policy* 11(3): 172-179
- Huttin, C.* (1997): The use of clinical guidelines to improve medical practice: main issues in the United States. *Int J Qual Health Care* 9, 207-214
- Isemer FE, Schmidt KJ, Bachner U, Kirchgesser G* (1997) Die Entwicklung von Behandlungsleitfäden und Verfahrensrichtlinien im Rahmen der Erarbeitung von Fallpauschalen und eines Modulare Qualitätsmanagementsystems (MQM). *Langenbecks Arch Chir Suppl II*: 382: 825 - 828
- Jenicek M* (1999) *Clinical Case Reporting in Evidence-based Medicine*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1-154
- Karuza J, Calkins E, Feather J, Hershey CO, Katz L, Majeroni B* (1995): Enhancing physician adoption of practice guidelines. *Arch Intern Med* 155, 625-632
- Klazinga N* (1994) Compliance with practice guidelines: clinical autonomy revisited. *Health Policy* 28: 51-56
- Kopp IB* (2009) Vortrag auf der KJP-Leitlinien-Planungskonferenz in Essen am 18.9.2009
- Kopp IB* (2005) Implementierung von Leitlinien. Regionale onkologische Qualitätskonferenz des Tumorzentrums Regensburg, 29.04.05
- Kopp IB, Selbmann H-K, Koller M* (2007) Konsensusfindung in evidenzbasierten Leitlinien – vom Mythos zur rationalen Strategie. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care* 101(2), 89-95
- Kosecoff, J., Kanouse, D.E., Rogers, W.H. et al.* (1987): Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *JAMA* 258, 2706-2713

- Lippert H-D (2002) Leitlinien – rechtlich gesehen. *Notfall & Rettungsmedizin* 5(6), 451-453
- Lorenz W (2000) Entwicklung von Leitlinien. *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie -Mitteilungen* 2000, 29, 87-88
- Lorenz W (2001) 4. Rundbrief: „Leitlinien in der AWMF“: neue Strategie, www.uni-duesseldorf.de/awmf/11/11-rb04.htm#tab1
- Lorenz W, Ollenschläger G et al. Das Leitlinien-Manual. Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. <http://www.leitlinien.net>
- Margolis CZ, Cretin S (1999) *Implementing Clinical Practice Guidelines*. Chicago: AHA Press
- Mullan, F., Jacoby, I. (1985): The town meeting for technology. The maturation of consensus conferences. *JAMA* 254, 1068-1072
- National Health & Medical Research Council (1998) *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Canberra: Commonwealth of Australia
- Praetorius F, Sahm S (2001) Ethische Aspekte der Regularisierung ärztlichen Handelns. *Ethik in der Medizin* 13(4): 221-242
- Russell IT, Addington-Hall JM, Avery PJ et al. (1992a): Medical audit in general practice. I: Effects on doctors' clinical behaviour for common childhood conditions. *BMJ* 304, 1480-1484
- Russell IT, Addington-Hall JM, Avery PJ et al. (1992b): Medical audit in general practice. II: Effects on health of patients with common childhood conditions. *BMJ* 304, 1484-1488
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R. B. (1999): *Evidenzbasierte Medizin. EBM – Umsetzung und Vermittlung*. Dt. Ausg.: R. Kunz & L. Fritsche. München: Zuckschwerdt
- Sänger S, Lang B, Klemperer D, Thomeczek C, Dierks ML (2006) *Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen*. Norderstedt: BoD; 2006. www.patienten-information.de/content/download/manual_patienteninformation_04_06.pdf
- Sant`Unione AM, Wildermuth M (2010) Zur Entwicklung einer tragfähigen kooperativen Beziehung zwischen Arzt, Patienten und seinen Eltern vom Erstkontakt bis zum Behandlungsabschluss in der ambulanten kinder- und jugendsozialpsychiatrischen Versorgung. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 20
- Scheibler F, Pfaff H (Hg.) (2003) *Shared-Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim: Juventa
- Selbmann H-K (2006) Ist Konsens bei der Leitlinienerstellung Nonsense? *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes* 100: 536-541
- Selbmann H-K, Kopp I (2005) Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie* 2005; 2: 33-8 unter <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/11-impl.pdf>

- Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L* (1996) A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. *J Am Med Inform Assoc* 3: 399-409
- Simon D* (2009) Partizipative Entscheidungsfindung in der Psychiatrie und Psychotherapie – Erste Ergebnisse und Transfer in die Versorgung. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 19(4), 62-75
- Spitzcok von Brisinski I* (2009) Konsensuskonferenz der S3-AWMF-Leitlinie Essstörungen am 10. und 11.12.2009 in Essen
- Spitzcok von Brisinski I* (2003) Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für systemische Therapie* 21, 157-167
- Szecsényi, J., Abholz, H.-H., Gerlach, F.M. et al.* (1995): Handlungsleitlinien für die Praxis entwerfen - aber wie? *Z Allg Med* 71, 958-966
- Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Rothenberger A, Sonuga-Barke E, Steinhausen H-C, Zuddas A* (2004) European clinical guidelines for hyperkinetic disorder-first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry* 13, Suppl. 1, 7-30
- Thalau F* (2007) Zusammenfassung der Diskussion zu Konsens in Leitlinien. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care* (101)2, 117-118
- The Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery* (2008) Guide to the Development of Clinical Guidelines for Nurse Practitioners. Overview - Clinical Guidelines. <http://wacebnm.curtin.edu.au/guide/index.html>
- Ulsenheimer K, Biermann E* (2008) Leitlinien – medico-legale Aspekte. *Anästhesiologie Intensivmedizin* 2008;49:105-106 www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/11-p0802.pdf
- Wise, C.G., Billi, J.E.* (1995): A model for practice guideline adaptation and implementation: empowerment of the physician. *J Qual Improv* 21, 465-476
- Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J* (1999) Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 318(7182), 527-530
- Zielinski W, Goldstein M, König U* (2001) Evidenzbasierte Medizin und interne Leitlinienentwicklung in einem Krankenhaus der Regelversorgung – Das Park-Klinik EbM-Projekt. *ZaeFQ* 95: 413 – 417

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
LVR-Klinik Viersen, Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
Internet: www.klinik-viersen.lvr.de

Beispiel für einen Methodenreport zu internen Leitlinien

*Ralph Marggraf, Ingo Spitzcok von Brisinski
& Michael Rese*

Projekt

Im Rahmen der Vorbereitungen auf die KTQ-Zertifizierung wurde von der Leitung der LVR-Klinik Viersen eine Arbeitsgruppe beauftragt, Klinik interne Leitlinien für die Behandlung von Patienten bei ausgewählten Diagnosen zu erarbeiten. Die hausinternen Diagnostik- und Behandlungsleitlinien sollten folgende Ziele erreichen:

- Unterstützung für neue Mitarbeiter in häufig auftretenden Situationen
- Einführung von Standards, gleich bleibend hohe Behandlungsqualität, unabhängig von dem individuellen Hintergrund des Behandlers
- Basis und Instrument zur ständigen Qualitätsentwicklung
- Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener therapeutischer Vorgehensweise
- Vermeidung unnötiger und überholter therapeutischer Maßnahmen und unnötiger Kosten

Vorbereitungsphase

Die Arbeitsgruppe legte zunächst die folgenden Prämissen fest:

- Behandlungsleitlinien orientieren sich an ICD-10-Diagnosen
- Es werden alle Behandlungsformen umfasst, nicht nur die medikamentösen. Dabei sollten insbesondere die Behandlungsformen aller in der Klinik vertretenen Berufsgruppen Berücksichtigung finden
- Umfang: es sollten 10-15 Seiten sein.
- Die Leitlinien sollen sowohl im stationären als auch teilstationären und ambulanten Setting gelten.
- Die Leitlinien sollen in allen Abteilungen Gültigkeit besitzen.

- Die Fachbereiche Erwachsenenpsychiatrie (Fachbereich A, FB A) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (Fachbereich B, FB B) sollen soweit möglich und sinnvoll bei der Erstellung der Leitlinien zusammenarbeiten.

Festlegung der Diagnosen

Zunächst wurde eine statistische Auswertung mittels BADO erstellt, welche die Hauptdiagnosen aller Aufnahmen im Jahr 2006, unterteilt in stationäre, teilstationäre und ambulante Fälle, für beide Fachbereiche auflistete (Tabelle 1).

<i>Psychiatrie und Psychotherapie</i>				
		Fälle pro Jahr		
		stationär	teilstationär	ambulant
F0	Demenz	7,51%		8,63%
F06	HOPS	2,95%		5,33%
F1	Alkohol	29,23%		10,15%
	Opiatabh./ PTX	9,85%		2,62%
F2	Schizophrenie	15,59%	3,28%	9,60%
F3	Depression	22,65%	79,92%	33,15%
Summe		87,78%	83,20%	69,47%

<i>Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</i>				
F1	Opiatabh./ PTX	7,80%		8,3%
	THC	6,5%		6,0%
F3	Depression	8,32%	8,7%	2,63%
F4	PTBS/Anpass.	11,1%	1%	10,4%
F84	Autismus	3,9%	1,9%	3,7%
F91/92	Störg. Sozialverh.	34,2%	45,2%	18,7%
F90	ADHS	13,2%	20,2%	13,7%
Summe		80,61%	74,04%	67,50%

Tabelle 1: Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen (Anteil der Gesamtfälle)

Aufgrund dieser Auswertung wurden die häufigsten Diagnosen beider Fachbereiche ermittelt und davon neun Diagnosen ausgewählt, die etwa 80% aller Fälle abdecken. So kam die Arbeitsgruppe zu folgenden Diagnosen, für die Leitlinien erstellt werden sollten (verantwortliche Fachbereiche, umfasste Diagnosen):

1. Demenzielles Syndrom (FB A)
2. Alkoholabhängigkeit/-entzug (FB A)
3. Opiatabhängigkeit/-entzug/ Polytoxikomanie (FB A und B)
4. Schizophrenie (FB A und B)
5. Depression (FB A und B)
6. THC-Abhängigkeit (FB A und B)
7. Störung des Sozialverhaltens (FB B)
8. ADHS (FB A und B)
9. Autismus (FB B)

In weiteren Diskussionen wurde deutlich, dass nicht alle klinisch wichtigen Diagnosen als Hauptdiagnosen auftauchen (z. B. aufgrund von regionalen Problemen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen), aber im klinischen Alltag häufig Probleme bereiten (beispielsweise Borderline-Persönlichkeitsstörung). Als eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, wurde in Betracht gezogen, nach der ersten Leitlinienerstellungsphase eine erneute Erhebung vorzunehmen, welche weiteren internen Leitlinien sinnvoll und notwendig sind.

Festlegung Inhalt und Umfang Leitlinien

Es wurde diskutiert und erarbeitet, welche Inhalte sinnvoll und notwendig in einer Leitlinie sind (u.a. anhand von Material der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung, Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 33, 15. August 1997, A-2154-55, Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 17, 28. April 2000, A-1170-72 sowie Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) Kurzfassung 2005/2006 von AWMF und ÄZQ publiziert). Dies wurde kondensiert dargestellt in dem Dokument „Leitlinie leer“ (Anhang 1).

Festlegung Grundsätze der Leitlinien

Daneben wurde ein Dokument erarbeitet, in welchem die Grundsätze von Leitlinien in den LVR-Klinik Viersen benannt wurden (siehe Anhang 2). Diese sollten in der Arbeitsgruppenphase noch einmal kritisch diskutiert werden.

Tabelle 2: Mitglieder der Arbeitsgruppen

	1	2	3	4	5	6
Demenz	OÄ GP	CA AP 2	PED AP 1	PED GP		
Alkohol-abhängigkeit	CA Sucht FB A	AÄ Sucht FB A	PED Sucht FB A			
Opiat/ PTX	OÄ Sucht FB A	AA Sucht FB A	DP Sucht FB B	PED Sucht FB B		
THC	AA Sucht FB A	AA Sucht FB B	PED Sucht FB A	PED Sucht FB B		
Schizophrenie	OA AP 1	AA AP 2	CÄ Foren- sik I	CA FB B	AA FB B	PED FB B
Depression	CA FB B	Apotheker	AÄ GP	PED Fo- rensik I	DP	PED FB B
ADHS	CA FB B	FÄ AP 1, FB A	PED FB B			
Stör.soz.verh	DP FB B	Fr. Krä- mer	PED FB B			
Autismus	CA FB B	AÄ FB B	DP FB B	DP FB B		

Legende:

AA/ AÄ- Assistenzarzt/ Assistenzärztin

CA/ CÄ – Chefarzt/ Chefärztin

DP – Diplompsychologe/ Diplompsychologin

FA/ FÄ – Facharzt/ Fachärztin

OA/ OÄ – Oberrzt/ Oberärztin

AP - Allgemeinpsychiatrie

PED Pflege- und Erziehungsdienst

GP - Gerontopsychiatrie

Erarbeitung eines Meilensteinplans für die Arbeitsgruppen

Zur Unterstützung der Arbeitsgruppen wurde ein Meilensteinplan erarbeitet (Anhang 3), in welchem alle wesentlichen Schritte zur Erarbeitung in chronologischer Reihenfolge aufgezeigt werden.

Für die Projektgruppenleiter wurde ebenfalls ein Meilensteinplan festgelegt (Anhang 4).

Darüber hinaus wurde als Hilfsmittel für die Arbeitsgruppen ein Katalog an Hilfsmitteln erstellt (Anhang 5).

Festlegung der Arbeitsgruppenmitglieder

Die Zusammenstellung der Arbeitsgruppen war nicht ganz einfach, teils mühselig. Es gab auch negative Rückmeldungen. Diese beinhalteten in erster Linie den erheblichen Aufwand sowie den erwarteten geringen Nutzen. Es wurde darauf hingewiesen, dass zu allen wichtigen Diagnosen bereits teils mehrere, teils sehr gute Leitlinien (AWMF und andere) vorliegen. Darüber hinaus stand die Befürchtung im Raum, dass kein klinischer Nutzen entstehen könnte, da die Gefahr bestehe, dass die Leitlinien im Alltag keine Rolle spielen und nur für das KTQ-Zertifikat produziert würden („Papiertiger“).

Arbeitsgruppenphase ab 16.10.2007

Kick Off Veranstaltung

Zunächst wurde eine Kick-off-Veranstaltung mit allen Arbeitsgruppenmitgliedern durchgeführt, die mit 15 bis 20 Teilnehmern ausreichend gut besucht war. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden die Rahmenbedingungen sowie alle vorbereiteten Dokumente erläutert und diskutiert. Es wurden Verantwortliche benannt, die das jeweils erste Treffen der Gruppen initiieren sollten (in Tabelle 2 fett gedruckt).

Weiteres Vorgehen

Regelmäßige Supervision der Arbeitsgruppen durch die Projektgruppenleiter bis zur Fertigstellung der Leitlinien.

Implementierung der Leitlinien

9 Leitlinien erschienen zuviel für eine umfassende Umsetzung. Es wurde daher vereinbart, dass nicht alle vorliegenden Leitlinien unmittelbar geschult werden sollten. Eine umfassende Einführung soll sich zunächst auf 3 Leitlinien beschränken. Die übrigen Leitlinien sollen auch zur Verfügung stehen (abrufbar im Intranet und verwendbar auf Abteilungsebene, wenn gewünscht), aber nicht dem Vorgehen unterworfen werden, welches zu maximaler Durchdringung und Qualitätssicherung (Check im PDCA-Zyklus) dienen soll. Bei der Auswahl dieser 3 Leitlinien aus den 9 erstellten war ein wesentlicher Aspekt, den Aufwand bei der Umsetzung möglichst gering zu halten. Andererseits sollten alle Bereiche auch in Berührung kommen mit der Thematik, so dass zu mindestens eine Diagnose „übergreifend“ sein soll (z.

B. Depression oder Schizophrenie). Ob es mittelfristig oder langfristig richtig ist, auch die übrigen Leitlinien diesem Procedere zu unterwerfen, kann entschieden werden, wenn diesbezüglich konkrete Erfahrungen vorliegen.

Checkinstrumente

3 Checkebenen:

- inhaltliche Evaluation: jährlich durch Leitlinien-Eigner
- Evaluation der Anwendung (Durchdringung gem. KTQ, siehe unten)
- Evaluation der Qualität: über ein Katamneseverfahren

Durchdringung (Sicherstellung, dass die Leitlinie bekannt ist und umgesetzt wird):

Um eine gute Durchdringung zu erreichen, sind Sachargumente notwendig, die erklären, dass der Aufwand mit dem Nutzen in einem sinnvollen Verhältnis steht.

- Leitlinien nicht nur für KTQ („Papiertiger“), sondern zur tatsächlichen Qualitätsanhebung (daher sind auch entsprechende Checkinstrumente notwendig)
- Nutzen durch verbesserte Behandlungen, erleichterte Dokumentation durch ggf. zu erstellende Hilfsmittel (Verweis auf die Leitlinie reicht im Verlauf)
 - Bsp. unkomplizierter AES: hier könnte ein Dokument entworfen werden, welches die Verlaufsdocumentation ersetzen kann und gleichzeitig die Leitlinieninhalte abbildet und erkennen lässt, inwieweit LL konform gearbeitet wurde

Prüfung, inwieweit die Leitlinien tatsächlich angewendet werden:

- Visitorverfahren (eine Zusatzkraft geht über Stationen, erhebt die Durchdringung; Frage der Validität, Problem der Personalbindung)

Anhang 1: Leitlinie leer

Leitlinie x.y (Nr. der LL/ Version)

Name [genaue Bezeichnung des med. Sachverhaltes, ICD-10]

Klinik

An der Erstellung beteiligte Personen: ...**Methoden der Erstellung:** [Darlegung der Suchstrategien]**Verantwortlicher Leitlinienerbauer: ...****letzte Bearbeitung/ Stand:****nächste Aktualisierung:****Inhaltsverzeichnis****Inhalt und Zielgruppe der Leitlinie***Einschlusskriterien und Zielgruppe der Leitlinie*

- Zielgruppe (Patienten) eindeutig definiert hinsichtlich
 - Geschlecht
 - Alter
 - kleiner 18 J
 - 18 bis 64 Jahre
 - ab 65 Jahre
 - andere Parameter sofern notwendig

Zielgruppe der Anwender

Wer soll die LL anwenden

- Berufsgruppen: Ärzte, Psychologen, Sozialdienst, Pflegepersonal

Diagnostik*Anamnese*spezielle wesentliche Inhalte in Bezug auf die Diagnose
(nicht Wiederholung der ICD-10-Kriterien)*Befund**psychischer Befund*

typische Veränderungen je nach Diagnose; worauf man achten sollte

körperlich-neurologischer Befund

typische Veränderungen je nach Diagnose; worauf man achten sollte

technische Untersuchungen

Labor

typische Veränderungen je nach Diagnose; worauf man achten sollte wann man das anordnen sollte/ kontrollieren sollte

EKG

typische Veränderungen je nach Diagnose; worauf man achten sollte wann man das anordnen sollte/ kontrollieren sollte

EEG

typische Veränderungen je nach Diagnose; worauf man achten sollte wann man das anordnen sollte/ kontrollieren sollte

Bildgebung

typische Veränderungen je nach Diagnose; worauf man achten sollte wann man das anordnen sollte/ kontrollieren sollte

Psychologische Testung

typische Testverfahren kurz beschrieben

Differenzialdiagnostik

Therapie

empfohlenen Vorgehensweise

Verknüpft mit der zugrunde liegenden Evidenz; spezifisch und eindeutig

Medikationsschemata

- Medikament; Dosis, Anwendungshinweise
- Umfang des Nutzens
- Risiken, Nebenwirkungen (nur die wesentlichen weil häufig oder gefährlich)
- Hinweise auf die Nutzen-Kosten-Relation

Psychotherapie

- Art der Intervention/ Verfahrens
- Umfang des Nutzens
- Risiken, Nebenwirkungen (nur die wesentlichen weil häufig oder gefährlich)
- Hinweise auf die Nutzen-Kosten-Relation

Soziotherapie

- Art der Intervention/ Verfahrens
- Umfang des Nutzens
- Risiken, Nebenwirkungen (nur die wesentlichen weil häufig oder gefährlich)
- Hinweise auf die Nutzen-Kosten-Relation

Ergänzende Verfahren

(Ergotherapie, Sporttherapie, Bewegungstherapie, Kreativtherapie etc.)

- Art der Intervention/ Verfahrens
- Beschreibung des Nutzens: Aufgrund welcher im Rahmen der Diagnose häufig vorkommender Symptome ist die Anwendung/ das Verfahren sinnvoll

Überprüfung des Therapieerfolges

Psychischer Befund

Mittel und Frequenz der Überprüfungen

Hinweis auf Notwendigkeit: muss, optional

Testverfahren

Mittel und Frequenz der Überprüfungen

Hinweis auf Notwendigkeit: muss, optional

technische Untersuchungen

Mittel und Frequenz der Überprüfungen

Hinweis auf Notwendigkeit: muss, optional

Hinweise zur ambulanten Behandlung

Besonderheiten in der Therapie

....

Empfehlung zur Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung

....

Obsoleete oder überflüssige Maßnahmen

...

Quellen

Angabe

- Literaturquellen
- externer Evaluation der Leitlinie und ihrer Berücksichtigung
- vergleichbare Leitlinien oder Empfehlungen

Anhang 2: Grundsätze für die Leitlinien

Vorwort

Das vorliegende Papier dient dazu, Grundsätze für die Erstellung von und den Umgang mit Leitlinien in den Rheinischen Kliniken Viersen zu beschreiben.

Grundlagen

Definitionen

Behandlungsleitlinien sind

- systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen (Diagnosebezogen), welche im umfassenden Sinne alle in einer psychiatrischen Fachklinik zur Anwendung kommenden Maßnahmen umfasst
- ein nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielter Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Berufsgruppen zu bestimmten Vorgehensweisen
- wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen

In jedem Fall handelt es sich um Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Die Leitlinien gelten sowohl im stationären als auch teilstationären und ambulanten Setting. Sie haben in allen Abteilungen Gültigkeit.

Ziele von hausinternen Leitlinien

Die Leitlinien sollen den folgenden Zwecken dienen:

- dem neu in die Abteilung eintretenden Therapeuten Unterstützung zu geben, in bestimmten, häufig auftretenden Situationen eine Entscheidung zu treffen, die dieser Situation angemessen ist
- durch Einführung von Standards für häufige Situationen oder Probleme eine gleichbleibend hohe Behandlungsqualität zu erreichen, unabhängig von Personalfluktuationen oder dem individuellen Hintergrund des Behandlers
- eine Basis und ein Instrument zur ständigen Qualitätsentwicklung zu sein
- der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener therapeutischer Vorgehensweise
- der Vermeidung unnötiger und überholter therapeutischer Maßnahmen und unnötiger Kosten

Weiterhin bleibt jeder Therapeut für die von ihm getroffenen Anordnungen verantwortlich. Bei der Anwendung der hier gemeinten Leitlinien sind die allgemeinen Regeln der ärztlichen bzw. therapeutischen Kunst natürlich weiterhin zu befolgen. Das bedeutet zum Beispiel die Sicherstellung der Diagnose bzw. der Indikation für bestimmte Maßnahmen, die Prüfung auf bestehende Kontraindikationen oder Wechselwirkungen bei Anordnung von Medikamenten etc. Wann immer Unsicherheiten bestehen, sollten die bestehenden Möglichkeiten zur Rückversicherung genutzt werden: Hinzuziehung von Ober- oder Abteilungsarzt oder eines Konsiliarius.

Qualitätskriterien von Leitlinien

Umfang:

Behandlungsleitlinien sollen übersichtlich sein und möglichst etwa 10 bis 15 Seiten umfassen. Das Dokument „Leitlinie leer“ stellt eine Vorgabe hinsichtlich Inhalt und Umfang dar.

Transparenz:

Ziele sowie die bei der Erstellung benutzten Methoden und die den Empfehlungen zugrundeliegenden relevanten Erkenntnisse, Quellen und Autoren sowie die betroffenen Kreise müssen genannt werden.

Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit:

Leitlinien sollen unter identischen klinischen Umständen immer gleich interpretiert und angewandt werden können.

Multidisziplinäre Entwicklung:

Leitlinien sind unter Beteiligung von Repräsentanten der betroffenen Gruppen (Anwender und gegebenenfalls Zielgruppen) zu entwickeln.

Anwendbarkeit:

Die Zielgruppen, denen die Empfehlungen von Leitlinien zugute kommen sollen, also die Patienten, sind eindeutig zu definieren und zu beschreiben.

Flexibilität:

Leitlinien nennen speziell bekannte und allgemein zu erwartende Ausnahmen von den Empfehlungen. Sie zeigen auf, wie die Bedürfnisse der Patienten in die ärztliche Entscheidungsfindung einzubeziehen sind.

Klarheit, Eindeutigkeit:

Leitlinien sind in allgemein verständlicher Sprache abzufassen, unter Verwendung von präziser Terminologie und Definitionen sowie von logischen und leicht nachvollziehbaren Darstellungen. Es sollten möglichst einheitliche Präsentationsformen verwendet werden.

Dokumentation der Leitlinienentwicklung:

Die Verfahren, Beteiligten, benutzten Materialien, Annahmen, Prämissen und Analysenmethoden, mit deren Hilfe Leitlinien entwickelt wurden, sind ebenso exakt zu dokumentieren wie die Verknüpfung der Empfehlungen mit den verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen. Diese Dokumente verwahrt der Leitlinienersteller.

Planmäßige Überprüfung:

Die Leitlinien enthalten Angaben darüber, wann, wie und durch wen sie überprüft werden.

Kosten-Nutzen-Verhältnis:

Die Empfehlungen von Leitlinien sollten möglichst ergänzt werden durch Informationen über den Umfang des Nutzens, der Risiken, Nebenwirkungen (wesentliche) und Kosten (intern sowie extern), die bei Berücksichtigung der Empfehlungen zu erwarten sind.

(Haftungs-) Rechtliche Stellung der Leitlinien

Der behandelnde Arzt schuldet eine fehlerfreie Behandlung. Dabei beurteilt sich die ärztliche Sorgfaltspflicht nach dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zur Zeit der Behandlung.

Leitlinien sollen idealerweise den Stand des Wissens über effektive und angemessene Krankenversorgung zum Zeitpunkt der Publikation wiedergeben. In Anbetracht der sich zum Teil rasant entwickelnden medizinischen Fortschritte kann der aktuelle medizinische Standard ein anderer sein als derjenige zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Leitlinie. Insofern ist unbedingt auf den Entstehungszeitpunkt der Leitlinie zu achten und eine periodische Überarbeitung zu fordern.

Erstellung und Implementierung der Leitlinien**Entwicklung der Leitlinie**

- Die Entwicklung der Leitlinie erfolgt unter Einschluss aller relevanten Berufsgruppen/ Beteiligten, falls möglich und sinnvoll auch unter Einbezug der Patientensicht
- Es werden systematische Methoden bei der Suche nach Evidenz gebraucht
- Es erfolgt ein Vergleich mit anderen thematisch vergleichbaren Leitlinien
- Es erfolgt eine Begutachtung der Leitlinie durch unabhängige Dritte
- Es gibt eine Vortestung/ Pilotphase
- Berücksichtigung möglicher organisatorischer Hindernisse

Implementierung der Leitlinien

Es sollen problemorientierte Instrumente erstellt werden, mit deren Hilfe die Empfehlungen in der ärztlichen Berufspraxis verfügbar und nutzbar gemacht werden können:

- Intranet
- Praxishilfen, Dokumentationshilfen
- Patienteninformationsmaterial
- Fortbildungsmaterial

Überprüfung der Anwendung

Es ist von maßgeblicher Bedeutung, dass die Leitlinie akzeptiert und angewendet wird. Dies muss in der Praxis aber auch ermittelt werden können. Daher müssen messbare Kriterien/ Indikatoren festgelegt werden (z.B. Katamnese).

Aktualisierung

Aktualisierungsrhythmus: Die Leitlinie muss regelmäßig geprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden (an den aktuellen Stand des Wissens angepasst werden). Der Aktualisierungsrhythmus beträgt: 1x jährlich.

Verfahren der Aktualisierung: Zuständig/ verantwortlich: Leitlinienseigner. Abfrage bei geeigneten Kreisen, inwieweit neue Erkenntnisse vorliegen; kurze Literaturrecherche, inwieweit neue zu berücksichtigende Erkenntnisse vorliegen. Bei wesentlichen Aktualisierungen sollte in der Regel Informationsveranstaltung stattfinden.

Beteiligte Personen und Aufgaben

Leitlinienseigner

Mindestens eine Person muss benannt werden, die für die Leitlinie verantwortlich ist. Diese Person wird als Leitlinienseigner bezeichnet. Aufgaben:

- Aktualisierung der Leitlinien
- Verbreitung der Leitlinien
- ggf. Durchführung von entsprechenden Fortbildungen

QMB

Aufgabe des QMB ist die zentrale Organisation und Überwachung. Alle Leitlinien sollen dort gesammelt und zentral zur Verfügung gestellt werden. Hier erfolgt auch die Überwachung der Aktualisierung.

Abteilungsärzte

bringen den neuen Mitarbeitern die bestehenden LL zur Kenntnis

Anhang 3: Meilensteine in der Leitlinien-Entwicklung

Nr	WAS	Ergebnis	BIS WANN	WER	WIE/ MIT WEM	Status
0 Vorbereitung						
0a	Initialtreffen der AGs	Die Arbeitsgruppe hat sich ein erstes mal getroffen und wurde instruiert				
1 Sammeln der sinnvollen Literatur						
1a	den Teilnehmern bereits vorliegende Literatur	Die den Teilnehmern bereits vorliegende Literatur ist kopiert und steht dem AGL zur Verfügung				
1b	Recherche bei dritten Personen	Die über Dritte Personen erreichbare Literatur ist kopiert und steht dem AGL zur Verfügung				
1c	Internetrecherche	Die über das Internet auffindbare Literatur steht dem AGL zur Verfügung				
1d	Bibliothek LVR-Klinik Viersen	Die in der Bibliothek vorliegende Literatur ist kopiert und steht dem AGL zur Verfügung				
1e	ggf. weitere Suche (z. B. andere Bibliotheken)	Die durch weitergehende Suche erreichbare Literatur ist kopiert und steht dem AGL zur Verfügung				
2 Sichten/ Studium der vorhandenen Literatur						
2a	Aufteilen der Dokumente unter den Mitgliedern der AG	Alle Mitglieder haben einen gerechten Anteil an der verfügbaren Literatur erhalten				
2b	Auswählen der Brauchbaren Literatur	Jeder hat aus seiner Literatur diejenige ausgewählt, die für die Erstellung der Leitlinie wichtig ist				
2c	Aufteilung der vorhandenen Literatur auf die Teilnehmer	Jedes AG Mitglied hat einen gerechten Anteil an der relevanten Literatur erhalten				
2d	Studium der Literatur/ Dokumente	Die relevante Literatur wurde studiert und die für die Leitlinie wichtigen Anteile wurde daraus extrahiert				

Nr	WAS	Ergebnis	BIS WANN	WER	WIE/ MIT WEM	Status
3	Erstellung eines Rohentwurfes					
3a	Diskussion der vorliegenden Evidenz	Die Ergebnisse der Literaturrecherche ist allen verfügbar/ bekannt				
3b	Diskussion der eigenen Erfahrungen	Es ist ein Abgleich erfolgt, inwieweit die eigenen Erfahrungen mit den Literaturergebnissen in Übereinstimmung gebracht werden können				
3c	Einbezug der Kosten	Es wurde ermittelt, welche Kosten/ Aufwendungen durch die Befolgung der Empfehlungen verursacht werden				
3d	Einbringen der Sichtweise der Weiterbehandler	Es wurde die Sicht der Weiterbehandler berücksichtigt				
3e	Erstellung des Entwurfes	Ein Entwurf der Leitlinie liegt als Word Dokument vor				
4	Qualitätssicherung					
4a	durch die Teilnehmer der Arbeitsgruppe	Die Teilnehmer der AG haben den Rohentwurf gelesen und Anregungen zur Veränderung wurden aufgenommen				
4b	durch die Leitungsebene	Die Abteilungs- und Oberärzte haben den Rohentwurf gelesen und Anregungen zur Veränderung wurden aufgenommen				
4c	durch die Mitarbeiter Zielgruppe	Die Zielgruppe der Mitarbeiter hat den Entwurf gelesen und Anregungen zur Veränderung wurden aufgenommen				
4d	durch externe Fachleute (z. B. Niedergelassene mit Behandlungsschwerpunkten)	Externe Fachleute haben den Entwurf gelesen und Anregungen zur Veränderung wurden aufgenommen				
4e	Den Entwurf überarbeiten	Der Entwurf wurde überarbeitet und liegt in einer vorläufigen Fassung vor				

Nr	WAS	Ergebnis	BIS WANN	WER	WIE/ MIT WEM	Status
5	Fassung der Endgültigen Leitlinie					
	endgültige Fassung der Leitlinie	Eine endgültige Fassung der Leitlinie liegt als Word Dokument vor				
6	Probephase					
6a	Festlegung wo/ was/ wer	Es ist klar, in welchem Bereich über welchen Zeitraum die Probephase stattfindet				
6b	Festlegung des Verfahrens	Den beteiligten Personen ist klar, dass sie eine Probephase durchlaufen und anschließend Rückmeldung zu der Qualität und den Inhalten der Leitlinie geben sollen				
6c	Auswertung Ergebnisse der Probephase	Die Ergebnisse der Probephase liegen in schriftlicher Form vor				

Anhang 4: Meilensteinplan für die Projektgruppenleiter

Nr	WAS	Ergebnis	BIS WANN	WER	Wie/mit wem	Status
PROJEKTSTART 01.08.2007						
Vorbereitungen						
1	Inhalte der Leitlinien	Es liegt eine Inhaltsangabe für die Leitlinien vor				
2	Grundsätze Leitlinien	Es liegt ein Grundsatzpapier vor				
3	Meilensteinpläne für die Arbeitsgruppen	Es liegt ein Meilensteinplan für die AGs vor				
4	Adressen Internet etc für die AGs	Es liegen Hilfsmittel (Internetadressen, Literaturrecherche) vor.				
5	Arbeitsgruppen zusammensetzen	Es sind Arbeitsgruppen benannt (in der Regel 5 Teilnehmer)				
6	Informationskampagne	email Flyer, Abt.arzt info, newsletter				
Arbeitsgruppenphase						
7	Start	Kick off Veranstaltung mit Information aller Beteiligten				
8	Kontrolle 1	Bestandserhebung und Sicherstellung der Planeinhaltung				
9	Infokampagne	Information über Entwicklung der LL an alle MAB im Hause				
10	Zwischenbericht an BL	Bericht über die bisher erfolgten Maßnahmen und Stand des Projektes				
11	Kontrolle 2	Bestandserhebung und Sicherstellung der Planeinhaltung				

12	Ende (ohne QS ext.)	Zu diesem Zeitpunkt sollen die nicht qualitätsgesicherten Leitlinien vorliegen				
Qualitätssicherung						
13	durch die Leitungsebene	Abteilungsleitungen ärztlich und Pflegefachlich sollen die Leitlinien erhalten und gegenlesen (alle alle ?)				
14	durch die Mitarbeiter Zielgruppe	diejenigen, die die LL anwenden sollen				
15	durch externe Fachleute (z. B. Niedergelassene mit Behandlungsschwerpunkten)	Bsp.wweise: CAs/ PDL der anderen Verbundkliniken, niedergelassene (insbes. Haupteinweiser)				
16	Einarbeitung der Hinweise	Die Arbeitsgruppe hat die erhaltenen Hinweise geprüft, gewürdigt und ggf. integriert.				
Freigabe der LL						
	Abschlussbericht fertigen	Ein Abschlussbericht liegt vor.				
	Vorlage BL	Der Abschlussbericht sowie die Leitlinien liegen der BL zwecks Freigabe und Zustimmung vor.				
	Infokampagne	Information über Fertigstellung der LL an alle Interessierten				
Publikation						
	Intranet					
	Mail nachrichten					
	Fortbildungsveranstaltungen	April Mai 2008, detaillierte Vorstellung der LL				
Projektende 30.05.2008						

Anhang 5: Katalog Hilfsmittel

Leitlinien

Klinikinterne Leitlinien aktuelle Versionen

W: \Kp\Behandlungsleitlinien

AWMF Leitlinien

www.awmf-online.de

DGPPN Leitlinien (Kurzversionen Schizophrenie, Demenz, Affektive Erkrankungen)

http://www.dgppn.de/de_kurzversion-leitlinien_30.html

Dt. Gesellschaft für Neurologie (Demenz, Alkoholdelir)

<http://www.dgn.org/11.0.html>

Themenbezogene Sammlung von Leitlinien (international)

<http://www.zbmed.de/psychia.html>

<http://www.leitlinien.de/leitlinie>

<http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/index/view>

<http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien.html>

<http://www.versorgungsleitlinien.de/aktuelles>

<http://www.bkjpp.de/index.php5?x=/leitlinien.php5&>

Zugriff auf int. LL Organisationen

<http://www.g-i-n.net/index.cfm?fuseaction=news&fusesubaction=docs&documentid=54>

Journals/ Literaturübersicht

Dt Ärzteblatt Archiv

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/simplemask.asp>

Pub Med

www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez

Kinderpsychiater

http://www.kinderpsychiater.org/index.php5?x=/links_fachzeitschrift.php5&y=Publikationen

Nationale Bibliothek

Qualitätsmanagement bezogene Einrichtungen

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

<http://www.aezq.de>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

<http://www.iqwig.de/>

National Institute for Health and Clinical Excellence (GB)

<http://www.nice.org.uk/>

Demenz

http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/demenz_start.html

<http://www.kompetenznetz-demenzen.de/>

Depression

<http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte/depression/00depression/view>

http://www.kompetenznetz-depression.de/experten/frameset_experten.htm

Schizophrenie

<http://www.oesg.net/aerzte.htm>

<http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/index.htm>

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ralph Marggraf

Ärztlicher Direktor (komm.)

Psychiatrie und Psychotherapie

LVR-Klinik Viersen

Horionstr. 14

D-41749 Viersen

Email: Ralph.Marggraf@lvr.de

Internet: www.klinik-viersen.lvr.de

Beispiel einer internen Leitlinie:
Störungen des autistischen Spektrums
(ICD-10: F84)

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Alfred Horn,
 Yvonne Theußen, Ursula Robertz, Klaus Leven*

Externes Review: Dr. med. Dagmar Hoehne, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Friedrichshafen; Otto Hoffmann, Lehrer und Angehöriger einer Elternselbsthilfegruppe Autismus; Heinz Lepper, Pflegedirektor, Rheinische Kliniken Bonn; Dipl.-Psych. Harald Matoni, Leiter der Autismus-Therapie-Ambulanz Niederrhein des Autismus Niederrhein e.V., Grefrath; Helge Treiber, Verwaltungsleiter und Leiter des Pflege- und Erziehungsdienstes, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wichernstift, Ganderkesee

Methoden der Erstellung: Literaturrecherche, Expertenmeinung, Konsensuskonferenz

Verantwortlicher Leitlinienersteller: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski

letzte Bearbeitung/ Stand: 1.06.2010

nächste Aktualisierung: 1.06.2011

Inhaltsverzeichnis

1	Inhalt und Zielgruppe der Leitlinie	61
1.1	Einschlusskriterien und Zielgruppe der Leitlinie	61
1.2	Zielgruppe der Anwender	61
2	Veränderungen zur Vorversion	61
2.1	Ergänzungen zum testpsychologischen Befund (3.2.3)	61
2.2	Pharmakotherapie (5.1.11)	62
2.3	Ergänzungen zu den Literaturquellen (6.1)	62
3	Diagnostik	62
3.1	Anamnese	63
3.1.1	1. Lebensjahr.....	65
3.1.2	2. Lebensjahr.....	65
3.1.3	Kleinkind- und Vorschulalter	66

3.1.4	Grundschulalter.....	67
3.1.5	Späte Kindheit.....	68
3.1.6	Jugend- und Erwachsenenalter	68
3.1.7	Interesse an Sozialkontakten (auch im Erwachsenenalter).....	69
3.2	Befunde	69
3.2.1	Psychischer Befund.....	69
3.2.2	Körperlich-neurologischer Befund	70
3.2.3	Testpsychologischer Befund	70
3.3	Technische Untersuchungen	73
3.3.1	Labor	73
3.3.2	EKG	73
3.3.3	EEG	73
3.3.4	Bildgebung.....	74
4	Differentialdiagnostik	74
5	Therapie	77
5.1	Vorgehensweise	77
5.1.1	Eltern- und Familienberatung	79
5.1.2	Elterntraining	79
5.1.3	Coaching	80
5.1.4	Systemische Familientherapie und Therapie mit größeren Systemen	82
5.1.5	Verhaltenstherapie.....	82
5.1.6	Förderung der Sprache und alternativer Kommunikationsformen	84
5.1.7	Training sozialer Fertigkeiten	85
5.1.8	Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT).....	87
5.1.9	Lösungsorientierte systemische Therapie bei Asperger-Syndrom.....	88
5.1.10	Soziotherapie/Milieutherapie	89
5.1.11	Pharmakotherapie	95
5.1.12	Ergänzende Verfahren	101
5.1.13	Schule/Ausbildung/Beruf.....	104
5.2	Überprüfung des Therapieerfolges	109
5.2.1	Zwischenanamnese	109
5.2.2	Psychischer Befund.....	109
5.2.3	Testverfahren und Fragebogen.....	109
5.2.4	Technische Untersuchungen	110
5.3	Hinweise zur ambulanten Behandlung	110
5.3.1	Besonderheiten in der Therapie	110
5.3.2	Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung.....	110
5.4	Obsoleete oder überflüssige Maßnahmen	112

6	Quellen	112
6.1	Literaturquellen	112
6.2	Elternratgeber	115
6.3	Literatur für betroffene Kinder und Geschwister	115
6.4	Literatur für Lehrkräfte und Erzieher	115
6.5	Internet	116
6.5.1	Schulberatung	116
6.5.2	Berufliche Eingliederung	116
6.5.3	Mailing-Listen.....	116
6.6	Weitere Leitlinien und Empfehlungen	117

1. Inhalt und Zielgruppe der Leitlinie

1.1 Einschlusskriterien und Zielgruppe der Leitlinie

Alle Altersgruppen

1.2 Zielgruppe der Anwender

Alle Berufsgruppen

2. Veränderungen zur Vorversion

2.1 Ergänzungen zum testpsychologischen Befund (3.2.3)

- Die meisten Fragebögen sind nur bzgl. Eltern normiert, nicht bzgl. Lehrkräfte oder anderer Professioneller. Eine an den Normwerten orientierte quantitative Auswertung ist in diesen Fällen nur bzgl. der Einschätzung der Eltern möglich.
- Nur wenige Fragebögen sind für Mütter und Väter getrennt normiert, obwohl die Väter oft eine andere Perspektive haben und ihr Kind als weniger auffällig beurteilen. In den meisten Fällen dürfte die Einschätzung der Mütter valider sein.
- Professionelle Beobachter (z. B. ADOS) beobachten oft nicht im Lebensumfeld des Patienten (begrenzte ökologische Validität) und sind ebenso subjektiv wie andere Beobachter
- FSK-Lebenszeit (Fragebogen zur Sozialen Kommunikation - Autismus Screening) ist nur geeignet für Personen, die das Kind im 4. und 5. Lebensjahr persönlich kannten, weil sich ein Teil der Fragen explizit darauf bezieht.
- FSK-aktuell ist nicht zur Diagnostik, sondern nur zur Verlaufsmessung geeignet

2.2 Pharmakotherapie (5.1.11)

- Laut Review von West et al. (2009) finden sich für einige SSRIs moderate Effekte bzgl. einzelner Symptome, jedoch zeigt nur Fluoxetin Evidenz bzgl. Abnahme des globalen Autismusschweregrads.
- Zwei kontrollierte Studien mit Risperidon bei sehr jungen autistischen Kindern (off-label use) weisen auf Wirksamkeit und gute Verträglichkeit hin.
- Für Valiquid® 0,3 10 mg/ml Tropfen (Diazepam) wird bei Schlafstörungen bei Kindern zwischen 6 und 14 Jahren je nach Alter 6 bis 12 Tropfen vor dem Schlafengehen vom Hersteller empfohlen. Cave Suchtgefahr bei längerfristiger Anwendung!
- Melatonin wird in den „Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry zur psychopharmakologischen Behandlung sehr junger Kinder“ (Gleason et al. 2007) zur Verkürzung der Einschlafzeit empfohlen. In der Metaanalyse von Buscemi et al. (2006) fand sich jedoch kein Nachweis dafür, dass Melatonin Schlafstörungen wirksam beeinflusst.

2.3 Ergänzungen zu den Literaturquellen (6.1 und 6.6)

- Aktualisierte ICD-10 German Modification Version der WHO
- Artikel der Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2006 Principal Investigators und des Centers for Disease Control and Prevention zur Entwicklung der Prävalenz von Autismusspektrumstörungen
- Kontrollierte Studien zur Behandlung sehr junger autistischer Kinder mit Risperidon von Luby et al. (2006) und Nagaraj et al. (2006)
- Leitlinie zur psychopharmakologischen Behandlung von sehr jungen Kindern von Gleason et al. (2007)
- Metaanalyse von Buscemi et al. (2006) zu Melatonin bei Schlafstörungen
- Übersichtsartikel von West et al. zur Wirksamkeit von SSRI bei Autismus

3. Diagnostik

Autismus ist *keine* seltene Erkrankung: Neuere epidemiologische Untersuchungen gehen davon aus, dass etwa 1 % der Bevölkerung von einer Autismus-Spektrum-Störung betroffen ist. Die Häufigkeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychiatrischen Inanspruchnahmeklientel liegt deutlich höher.

Der Begriff „High functioning Autismus“ (HFA) wird in dieser Klinikleitlinie für F84.0 und F84.1 bei einem IQ > 70 verwendet, jedoch nicht für F84.5.

Während bei vielen autistischen Menschen die Diagnose bereits im Kindes- oder Jugendalter gestellt wird, geschieht dies manchmal auch erst im Erwachsenenalter. Das liegt entweder daran, dass besondere Erlebnis- oder Verhaltensweisen zwar frühzeitig auffielen und auch Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen zur Folge hatten, die Symptome jedoch diagnostisch anders zugeordnet wurden. Oder es handelt sich um Menschen mit guten Coping-Strategien und unterstützendem sozialen

Umfeld, die die Schule zwar mit gutem Erfolg absolvierten, bei der Ablösung vom Elternhaus und beim Einstieg ins Berufsleben aber auf besondere Schwierigkeiten stoßen. Schließlich gibt es eine Gruppe Erwachsener mit guten intellektuellen Fähigkeiten und Coping-Strategien, die zwar die Ablösung vom Elternhaus und den Einstieg ins Berufsleben geschafft haben, aber ein hohes Interesse an der Lösung ihrer sozialen Problemen haben, die oft zu Schwierigkeiten im Kontakt zu anderen Menschen im privaten und beruflichen Bereich führen. Da Bestandteil einer autistischen Störung in der Regel auch eine sozioemotionale Entwicklungsverzögerung ist, findet eine Auseinandersetzung mit in der eigenen Person liegenden Störungen häufig erst im Erwachsenenalter statt. Dies ist auch bei der Bewertung von Ergebnissen aus Fragebögen, die der betroffene selbst ausfüllt, zu berücksichtigen.

3.1 Anamnese

Die in der deutschen Version der ICD-10 verwendete Bezeichnung „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ (F84) ist gleichbedeutend mit „autism spectrum disorders“ bzw. „Störungen des autistischen Spektrums“. Der Beginn liegt in der frühen Kindheit (zu Unterschieden siehe Abschnitt „Differentialdiagnostik“), oftmals wird die Diagnose aber erst Jahre oder gar Jahrzehnte später gestellt (insbesondere bei Asperger-Syndrom und atypischem Autismus).

Die Anamnesererhebung ist zur Sicherung der Diagnose unerlässlich und unterstützt gleichzeitig die Abgrenzung von anderen Störungen sowie die Differenzierung innerhalb des Spektrums tiefgreifender Entwicklungsstörungen.

Auch trägt die Anamnesererhebung dem Umstand Rechnung, dass die Ausprägung der autistischen Symptomatik abhängig ist vom mentalen und funktionellen Entwicklungsstand. So können eher unspezifische Auffälligkeiten im Jugend- oder Erwachsenenalter oftmals erst durch eine sorgfältige Exploration des Verhaltens in früher Kindheit eindeutig einem autistischen Syndrom zugeordnet werden.

Die *Behandlungsvorgeschichte* des Kindes ist ebenfalls von besonderem Interesse mit Vorbefunden und Behandlungsberichten, Kindergartenberichten, usw., da Differentialdiagnosen besser beurteilt und unnötige Untersuchungen vermieden werden können. Oftmals lassen sich in Befundberichten, Kindergartenberichten oder Schulzeugnissen Hinweise auf Symptome einer autistischen Störung finden, auch wenn die Diagnose nicht benannt bzw. erkannt wurde.

In die Anamnesererhebung sollten nach Möglichkeit mehrere Bezugspersonen einbezogen werden. Dabei sollte im ersten Schritt nicht das Vorhandensein einzelner Symptome abgefragt werden, wie dies bei spezifischen Checklisten üblich ist; vielmehr sollten zunächst offene Fragen gestellt werden wie „Was ist ihnen am Verhalten ihres Kindes (in der und der Zeit, bei den und den Situationen) aufgefallen?“, „Ist Verwandten, Bekannten, Nachbarn, den Kindergartenerzieherinnen oder den Lehrkräften auch etwas aufgefallen?“. Erst im weiteren Verlauf der Anamnesererhebung wird das Bild ggf. vervollständigt durch Fragen, die sich spezifisch auf autistische Symptome beziehen.

Auch bei Erwachsenen sollte möglichst jemand, der fremdanamnestic über die Entwicklung der betroffenen Person Auskunft geben kann (idealerweise die Eltern) befragt werden.

Die Individualanamnese orientiert sich am Entwicklungsverlauf und umfasst nicht nur die üblichen Entwicklungsdaten sowie vorausgegangene und akute Erkrankungen, sondern vor allem Auffälligkeiten in der Entwicklung

- des Interaktionsverhaltens und der sozialen Beziehungen,
- der sprachlichen und nicht-sprachlichen Kommunikation,
- des Spiel- und Freizeitverhaltens,
- der Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit,
- der sensorischen Reagibilität,
- des Bewegungsverhaltens
- der vegetativen Funktionen.

Stereotype, repetitive Handlungen, Verhaltensweisen oder Interessen werden mit großem Gewinn immer wieder wiederholt, ohne dass es für Außenstehende sinnvoll erscheinen würde. Dazu zählen u. U. auch Beschäftigungen mit im gesellschaftlichen Kontext häufig „unverdächtig“ anmutenden Themen, Arbeiten oder Hobbys. Zusätzlich findet sich oftmals ein besonderes Ordnungsverhalten, welches für die autistische Person außerordentlich angenehm und erstrebenswert ist, u. a. Sicherheit vermittelt und der Abwehr von Ängsten dient, aber kaum Nutzen für andere erkennen lässt.

Darüber hinaus wird die *familiäre* Situation exploriert, wobei die Geschichte der Familie, psychischen Auffälligkeiten in der aktuellen Familie und den Herkunftsfamilien sowie die aktuellen Schwierigkeiten mit dem Kind bzw. Jugendlichen eine wichtige Rolle spielen. In Familien von Kindern mit Asperger-Syndrom treten gehäuft ADS/ADHS und autistische Züge auf, in 50% Depression und/oder Suizid. Des Weiteren findet sich bei Patienten mit Asperger-Syndrom gehäuft ein Elternteil, der ebenfalls unter einer autistischen Störung (meist in abgeschwächter Form) leidet. Für Auswahl und Abstimmung therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen sind jedoch mindestens ebenso wichtig die besonderen Ressourcen und Stärken der einzelnen Familienmitglieder und der Familie als Ganzes.

Im Folgenden werden Auffälligkeiten aufgelistet, die auf eine autistische Entwicklung hinweisen können (siehe auch ICD-10-Kriterien). Als Instrumente zur Unterstützung der spezifischen Anamneseerhebung können auch das „Asperger Syndrome (and Highfunctioning Autism) Diagnostic Interview“ (ASDI) eingesetzt werden, sofern nicht beim Betroffenen eine geistige Behinderung vorliegt, andernfalls das ADI-R (Autismus Diagnostisches Interview in Revision), CHAT (Checkliste „Autismus“ für Kleinkinder, vorgesehen für Kinder im Alter von 18 Monaten bis 3 Jahren) oder die U-Checklisten des Regionalverbandes autismus Deutschland Weser-Ems e. V. zur Früherkennung autistischer Störungen verwendet werden. Letztere sind jedoch nicht quantitativ auswertbar, da keine Normwerte bestehen.

Etwa ein Drittel der Kinder scheint sich bis zum Alter von 12 bis 18 Monaten weitgehend unauffällig zu entwickeln, bevor es zu einem Stillstand oder sogar zum Verlust von kommunikativen Fähigkeiten kommt. Eine unauffällige Entwicklung während mehr als zwei Jahren mit einem anschließenden Auftreten autistischer Symptome lässt an eine desintegrative Störung des Kindesalters denken. Wenn auch die Anforderungen an eine Person sich entwicklungsbedingt ändern und dadurch zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Diskrepanzen zwischen Anforderungen und Kompetenzen bestehen können, so dass u. U. je nach Lebensalter und Lebensumfeld zeitweise kein Behandlungsbedarf gesehen wird, sind autistische Störungen dennoch kontinuierlich verlaufend, d. h. ohne phasische Verläufe oder zeitliche Lücken in der Symptomatik.

3.1.1 1. Lebensjahr

Bei einer früh beginnenden tiefgreifenden Entwicklungsstörung lassen sich schon im 1. Lebensjahr Auffälligkeiten eruieren, die aber teilweise unspezifisch sind:

- *soziale Initiative und Reagibilität*: Ausbleiben oder Einschränkungen in Bezug auf Lächeln, Blickkontakt, antizipatorische Bewegungen wie Ärmchen entgegenstrecken, um aufgenommen zu werden, Wiedererkennen von Personen, Aufnahme von und Reaktion auf Körperkontakt, motorische Imitation
- *Kommunikation*: Lallen und Brabbeln sind eingeschränkt hinsichtlich Häufigkeit und/oder Variationsbreite, kein reziprokes sprachliches Imitieren, keine ersetzende Mimik oder Gestik
- *Interesse an der Umgebung*: Einschränkungen beim neugierigen Umherblicken, der Exploration und des funktionalen Gebrauchs von Gegenständen
- *Wahrnehmung*: Unter- oder Überempfindlichkeit gegenüber akustischen Reizen, Dominanz der Nahsinne
- *vegetative Funktionen*: Schwierigkeiten der Nahrungsaufnahme, lange Schreiphasen oder ungewöhnlich seltenes Schreien

3.1.2 2. Lebensjahr

Im 2. Lebensjahr werden autistische Verhaltensmerkmale oft deutlicher. Beim frühkindlichen Autismus bleibt die Sprachentwicklung aus, stagniert oder sie ist rückläufig. Die Erwartungen der Bezugspersonen an die soziale Reagibilität werden stärker enttäuscht. Die Kinder werden häufig für sinnesbehindert (vor allem taub), sprachbehindert oder geistigbehindert gehalten. Sie erwecken stärker den Eindruck, wie in einer eigenen Welt zu leben. Kinder mit Asperger-Syndrom verhalten sich in dieser Zeit weniger auffällig, sie zeigen vor allem keine schwere Sprachentwicklungsverzögerung.

- *Sozialverhalten*: mangelnde Initiative, Kontakt aufzunehmen; Ignorieren von Kontaktversuchen Dritter; Blickkontakt fehlt, oder ist selten und kurz oder ist zu lang und starr; das Kind scheint durch Personen hindurch zu sehen; Körperkon-

takt wird abgewehrt oder nur toleriert, solange das Kind Kontrolle darüber hat; das Kind lässt sich nicht beruhigen oder trösten; mangelndes Imitieren

- *Kommunikation*: expressive Sprachentwicklung bleibt aus, stagniert oder ist rückläufig; unmittelbare oder verzögerte Echolalie, kein Gebrauch weisender Gesten; eingeschränkte Mimik; stereotypes Wiederholen von Lauten; eingeschränktes Sprachverständnis oder ausbleibende Reaktion auf Aufforderungen; keine geteilte Aufmerksamkeit
- *Spielverhalten*: Gegenstände werden vorwiegend mit den Nahsinnen erkundet und stereotyp betätigt; eigene oder fremde Körperteile dienen als stereotyp betätigter Spielgegenstand.
- *Sensorik*: Hypo- oder Hypersensibilität in Bezug auf Schmerzreize, Geräusche, taktile Reize; Kinder sind wählerisch bei der Nahrungsaufnahme (z. B. nur Brei, nur bestimmte Speisen)
- *Bewegungsverhalten*: Hypo- oder Hyperaktivität, stereotype Bewegungen wie Schaukeln, Hüpfen, Händeflattern;
- *vegetative Funktionen*: ungewöhnlicher Schlafrhythmus (bleibt abends/nachts lange wach, steht sehr früh auf);

3.1.3 Kleinkind- und Vorschulalter

Im Kleinkindalter sind die Symptome des frühkindlichen Autismus i. d. Regel am stärksten und augenfälligsten ausgeprägt, während ein Asperger-Syndrom sich in dieser Altersstufe erst allmählich bemerkbar macht, z. B. durch eine erwachsenhaft anmutende Sprache und ein Interesse an nicht altersgemäßen Themen. Aus der Vielfalt von Auffälligkeiten von Kindern mit frühkindlichem Autismus wird im Folgenden nur eine Auswahl dargestellt:

- *Sozialverhalten*: Die bei den Zweijährigen beschriebenen Auffälligkeiten dauern an oder mildern sich gegenüber Bezugspersonen. In den Blickpunkt rückt jetzt der mangelnde Kontakt zu Gleichaltrigen: Ignorieren anderer Kinder, bloßes Beobachten oder inadäquate Kontaktaufnahme, Rückzug in der Kindergartengruppe oder Fixiertsein auf bestimmte Spielpartner (beim Asperger-Syndrom), keine Integration in den Stuhlkreis.
- *Kommunikation*: Die expressive Sprachentwicklung kann – wenn sie überhaupt begonnen hat - langsame Fortschritte machen, Wörter werden aber kaum kommunikativ benutzt, Echolalie, Neologismen, pronominale Umkehr werden bei frühkindlichem Autismus beobachtet, während Kinder mit Asperger-Syndrom meist früh einen großen Wortschatz und eine erwachsenhafte Sprechweise entwickeln. Manche Betroffene haben zunächst eine deutlich verzögerte Sprachentwicklung und weisen als Jugendliche oder Erwachsene dennoch das typische Querschnittprofil eines Asperger-Syndroms auf.
- *Spielverhalten*: Spielgegenstände werden häufig dysfunktional benutzt, darstellendes und So-tun-als-ob-Spiel, Rollenspiele werden nicht oder in sehr einge-

schränktem Maße entwickelt. Rollenspiel kann beim Asperger-Syndrom vorkommen, ist dann aber häufig repetitiv und der Spielpartner muss sich unterordnen. Beim Asperger-Syndrom entwickeln sich altersuntypische Interessen oder thematisch altersadäquate Interessen mit hoher Intensität und Ausschließlichkeit. Die Themen können aber durchaus nach wenigen Monaten oder Jahren wechseln. Oftmals spielen die Kinder nicht mit Gleichaltrigen, sondern spielen lieber allein oder schauen zu.

- *Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit:* Die Ausbildung von Ritualen und der Widerstand gegenüber Änderungen gewohnter Abläufe und räumlicher Ordnungen kann in dieser Altersstufe ein großes Problem werden. Häufig unterwirft sich die Familie dem „Diktat“ des Kindes, um heftige und anhaltende Wutanfälle und Schreiattecken zu vermeiden.
- *Sensorik:* Die sensorischen Auffälligkeiten lassen in dieser Altersstufe in der Regel nach. Eigenheiten bei der Nahrungsaufnahme bleiben eher bestehen.
- *Bewegungsverhalten:* Bewegungsstereotypien können bestehen bleiben, beim Asperger-Syndrom kann eine ungeschickte Motorik auffallen.

3.1.4 Grundschulalter

Die interindividuellen Unterschiede hinsichtlich des Ausprägungsgrades der Symptomatik und der sozialen Anpassung sind bemerkenswert groß. Die Befragung berücksichtigt jetzt besonders folgende Lebensbereiche:

- *Schule:* Z. B. Integration in das Unterrichtsgeschehen, Integration in die Klassengemeinschaft, Verhalten auf dem Schulhof, Bewältigung des Schulwegs
- *Beziehung zu Gleichaltrigen außerhalb der Schule:* regelmäßige Spielpartner, Eingehen auf die Wünsche des Spielpartners, Aufbau neuer Bekanntschaften, wechselseitige Einladungen, Freundschaften, Verhalten bei Kindergeburtstagen (Einladung eher durch die Mutter, mangelndes Kümmern um die Gäste, die u. U. nur als störend empfunden werden), Teilnahme an Vereinen, Orientierung an Peer-Group-Standards, Konkurrieren mit anderen Kindern
- *Spiel/Interessen/Hobbys:* Spezialinteressen, Teilen von Interessen mit anderen

Im Bereich *sozialer Beziehungen und der Kommunikation* interessiert jetzt – insbesondere bei Kindern mit Asperger-Syndrom oder High-Functioning-Autismus - stärker

- die Dialogfähigkeit
- das Erkennen von Emotionen
- die Empathie
- das Übernehmen der Perspektive eines Anderen
- die Nähe-Distanz-Regulierung
- das Verhalten in der Öffentlichkeit

Wie im Vorschulalter interessieren weiterhin die Ausbildung von Ritualen und Zwängen und die Reaktionen auf Änderungen gewohnter Abläufe und räumlicher Ordnungen sowie auf unerwartete Ereignisse.

3.1.5 Späte Kindheit

Sofern eine Grundschule besucht wurde, stellt der Wechsel auf eine weiterführende Schule i. d. Regel eine besondere Herausforderung und Belastung dar. Dabei spielen nicht nur der Verlust der vertrauten Schulumgebung und das Sich-Einstellen auf neue Räume und Personen eine Rolle, sondern auch die höheren Anforderungen an die Selbstorganisation des Kindes. Viele Kinder geraten dabei in eine tiefe Krise und bedürfen spätestens jetzt besonderer schulischer Integrationshilfen.

3.1.6 Jugend- und Erwachsenenalter

Soziale Kognition bleibt für autistische Personen lebenslang eine vergleichsweise hohe kognitive Anforderung (ähnlich einer Fremdsprache). Sozial kognitive Störungen umfassen Störungen der Interaktion und der Kommunikation.

Mit *Störungen der Interaktion* wird auf die präreflexive, intuitive, automatische Leistung Bezug genommen, die es erlaubt, sich vorzustellen, was „in anderen Menschen vor sich geht“, sich in sie „hineinzusetzen“ oder mitzuempfinden, was andere Personen erleben, denken oder fühlen. Diese Art des unausgesprochenen Verständnisses der psychischen Verfassung anderer ermöglicht die Gestaltung von Beziehungen zu anderen Menschen geradezu auf eine „automatische“ Weise, ohne dass wir jeweils über die Gedanken oder die Gemütszustände anderer nachdenken müssten. Bei autistischen Personen fällt dieses „sich in andere Hineinsetzen“ schwer oder ist unmöglich. Die psychische Verfassung anderer muss aus bestimmten Signalen (z. B. Gestik, Mimik) erst mühsam erschlossen und „errechnet“ werden. Hinzu kommt, dass häufig die Verfassungen anderer Personen nur wenig bis gar nicht interessant sind, vermutlich aufgrund einer bereits vorbestehenden Selbstbezogenheit. Der soziale Kontakt zu anderen, wenn er überhaupt stattfindet, erscheint dadurch oft ungeschickt und künstlich.

Störungen der Kommunikation beziehen sich auf sprachliches Material (z. B. Verständnis von Ironie, impliziter Bedeutung, Sprichwörtern, Redensarten ist bzgl. Verständnis ‚im übertragenen Sinn‘ eingeschränkt, stattdessen wird alles wörtlich interpretiert sofern der übertragene Sinn nicht explizit erklärt und eingeübt wurde) und auf das fehlende Verständnis nonverbaler Kommunikation, also auf die Schwierigkeit, auf der Basis von Gestik oder Mimik zu verstehen, was in anderen Menschen vor sich geht. Eine besondere Auffälligkeit ist das fehlende soziale Blickverhalten. Üblicherweise ist der „soziale Blick“ für autistische Personen erschwert oder unmöglich. Der Blick des anderen ist nicht informativ, es lässt sich daraus keine relevante Information ableiten.

3.1.7 Interesse an Sozialkontakten (auch im Erwachsenenalter)

Interesse an und Verhalten bei Sozialkontakten, insbesondere auch zu Gleichaltrigen, kann bei Störungen des autistischen Spektrums drei verschiedene Muster zeigen:

1. Die „*unnahbare*“ Gruppe: Diese Personen zeigen kein Interesse an sozialen Kontakten, insbesondere nicht zu Gleichaltrigen
2. Die „*passive*“ Gruppe: Diese Personen ergreifen nicht von sich aus Initiative, um Sozialkontakte aufzubauen, auszubauen und/oder zu pflegen, zeigen aber Interesse an sozialen Kontakten, wenn jemand aktiv auf sie zugeht
3. Die „*aktive, aber merkwürdige*“ Gruppe: Diese Personen gehen aktiv auf andere zu, nehmen aber in einer unangemessenen Art und Weise Kontakt auf

3.2 Befunde

3.2.1 Psychischer Befund

Blickkontakt: Typischerweise geht der Blick beim Händeschütteln im Rahmen der Begrüßung oder Verabschiedung zur Seite (ein Blick nach unten verweist eher auf Schüchternheit denn auf eine autistische Störung). Teils wurde der Blickkontakt bei der Begrüßung zuvor geübt, so dass er ggf. unauffällig ausfällt, in der Regel bleibt der Blickkontakt bei der Verabschiedung davon unberührt. In seltenen Fällen ist der Blickkontakt besonders starr, d. h. übermäßig und zuwenig moduliert. *DD:* Auch bei AD(H)S ohne Autismus kann der Blick zur Seite gehen bzw. der Blickkontakt aufgrund erhöhter Ablenkbarkeit vermindert sein!

Mimik: Oft maskenhaft, wenig differenziert und stereotyp. Ernsthafter Ausdruck und Lächeln werden durchaus gezeigt, aber oft stereotyp anmutend und wenig differenziert.

Sprache: Während sich beim frühkindlichen Autismus in 50% überhaupt keine Sprache, eine erhebliche Sprachentwicklungsverzögerung und/oder Echolalien, Neologismen zeigen, findet sich beim Asperger-Syndrom in der Regel eine gewählte, eher akzelerierte Ausdrucksweise. Artikulationsstörungen, monotone Sprachmelodie, unangemessen modulierte Lautstärke und/oder Stimmhöhe sowie verzögertes Antworten, stereotypes Fragen oder Monologe können bei allen Autismusformen auftreten, müssen aber nicht. Elektiver Mutismus kommt auch beim Asperger-Syndrom vor und stellt keine Ausschluss symptomatik dar.

Interaktion: Typischerweise geht der Patient in Spielsituationen nicht altersgerecht auf die Erwartungen, Bedürfnisse und Interessen des Untersuchers ein. Bei jüngeren Kindern werden Äußerungen und Interessen des Untersuchers kaum im Spiel berücksichtigt bzw. weiterentwickelt. Insgesamt fällt ein Mangel an Gegenseitigkeit auf.

Distanzregulierung: Sowohl distanzloses Verhalten als auch sozialer Rückzug können, müssen aber nicht in der Untersuchungssituation vorliegen.

Antrieb: Je nachdem, ob zusätzlich ein ADS mit oder ohne Hyperaktivität vorliegt, kann der Antrieb vermindert, unauffällig oder gesteigert sein.

Psychomotorik: Manierismen und motorische Stereotypien wie z. B. Flattern mit den Armen oder Wedeln mit den Händen vor den Augen können bei allen Autismusformen auftreten, müssen aber nicht.

Um mit dem Patienten ggf. besser in Kontakt zu kommen, kann es sinnvoll sein, aktuell präsentierte Verhaltensmuster zu imitieren bzw. abzuwandeln und sich zunächst gemeinsam mit dem Patient vor allem Betätigungen zu widmen, die der Patient bevorzugt. Ist ein sprachlicher Dialog möglich, der Patient aber eher wortkarg, kann ein Wechsel auf Themen, für die sich der Patient besonders interessiert, hilfreich sein und/oder der Wechsel von offen formulierten Fragen zu Auswahlfragen.

3.2.2 Körperlich-neurologischer Befund

Da der frühkindliche Autismus häufig mit neurologischen Erkrankungen verbunden ist, treten neurologische Symptome wie Paresen, Spastik und epileptische Anfälle gehäuft auf. Beim Asperger-Syndrom ist der Muskeltonus dagegen meist hypoton, die Motorik wirkt oft ungenau. Menschen mit Asperger-Syndrom sind meist schlank. Ist dies nicht der Fall, sollte eine geschlechtschromosomale Abweichung ausgeschlossen werden. Bei den anderen Autismusformen bestehen keine statistisch gehäuften Besonderheiten bzgl. Körpergewicht.

3.2.3 Testpsychologischer Befund

Zunächst sollte aus Anamnese und klinischem Befund abgeschätzt werden, ob eine geistige Behinderung vorliegt. In Zweifelsfällen ist ein mehrdimensionaler Intelligenztest (K-ABC, HAWIVA-III, HAWIK-IV, K-TIM oder WIE) zur Einschätzung des intellektuellen Niveaus und zur Identifizierung von Teilleistungsschwächen und -stärken erforderlich.

Liegt keine geistige Behinderung vor (also Gesamt-IQ > 70), kommen als autismus-spezifische Fragebögen ASAS, ASSQ, CAST und MBAS in Betracht. Zu beachten ist, dass ASAS bei HFA falsch negativ ausfallen kann, da die guten verbalen Fertigkeiten mehr gewichtet werden als im ASSQ.

Die meisten Fragebögen sind nur bzgl. Eltern normiert, nicht bzgl. Lehrkräfte oder anderer Professioneller. Eine an den Normwerten orientierte quantitative Auswertung ist in diesen Fällen nur bzgl. der Einschätzung der Eltern möglich.

Nur wenige Fragebögen sind für Mütter und Väter getrennt normiert, obwohl die Väter oft eine andere Perspektive haben und ihr Kind als weniger auffällig beurteilen. In den meisten Fällen dürfte die Einschätzung der Mutter valider sein.

Für Erwachsene stehen modifizierte Marburger Versionen des ASAS sowohl für den Betroffenen selbst als auch für seine Eltern zur Verfügung.

Zur Selbsteinschätzung Betroffener mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz liegt der AQ in der Version AQ-Adolescent für Jugendliche und in der Version AQ-Adult als Fragebogen für Erwachsene auch in deutscher Übersetzung vor.

Das „Adult Asperger Assessment“ (AAA) zur Diagnose von Erwachsenen mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz umfasst ein Expertenurteil, das außer den DSM-IV-Kriterien noch weitere Kriterien fordert, sowie die Selbstbeurteilungsfragebogen „Autismus-Quotient“ (AQ) und „Empathie-Quotient“ (EQ). Da dieses Verfahren strenger ist als die DSM-IV-Kriterien, erhält nicht jeder Patient die Diagnose Asperger-Syndrom, der die DSM-IV-Kriterien erfüllt. Dies kann u. U. zu falsch negativen Ergebnissen führen.

Bei geistiger Behinderung ($IQ < 70$) sind die o. g. Instrumente ungeeignet, da falsch positive Ergebnisse zu befürchten sind aufgrund der allgemeinen Retardierung. Daher sollten bei geistiger Behinderung ADI-R (ab Entwicklungsalter 2 Jahre) und/oder FSK (ab 4 Jahre bzw. Entwicklungsalter 2 Jahre) eingesetzt werden. FSK-Lebenszeit (Fragebogen zur Sozialen Kommunikation - Autismus Screening) ist nur geeignet für Personen, die das Kind im 4. und 5. Lebensjahr persönlich kannten, weil sich ein Teil der Fragen explizit darauf bezieht. FSK-aktuell ist nicht zur Diagnostik, sondern nur zur Verlaufsmessung geeignet.

Eine weitere Alternative stellt die SEAS-M (Skala zur Erfassung von Autismusspektrumstörungen bei Minderbegabten) dar, bei der die Beurteilung anhand von Beobachtungen in Alltagssituationen durch Professionelle erfolgt und nicht durch Eltern. Das Verfahren unterstützt nicht nur hinsichtlich Differentialdiagnostik, sondern auch hinsichtlich Planung von Behandlung, Förderung und Betreuung (Alter von 2 bis 70 Jahre).

Grundsätzlich sollten nicht nur die Betroffenen und die Eltern, sondern auch die Erzieher des Kindergartens bzw. die Lehrkräfte der Heimatschule per Fragebogen befragt werden, da sich die Einschätzung der Eltern sehr von der des Kindergartens bzw. der Schule und auch von der des Betroffenen selbst deutlich unterscheiden kann. Der MBAS ist nur für Eltern geeignet, da die Fragen zum 4. und 5. Lebensjahr in der Regel nicht von Lehrkräften beantwortet werden können. Für ASSQ liegen schwedische, norwegische und finnische cut-off-Werte vor getrennt für Eltern und Lehrer. Die finnischen cut-off-Werte sind problematisch, da bei der Stichprobe als unterer Grenzwert ein IQ von 50 statt 70 gesetzt wurde. Der ASSQ ist für alle Autismusformen geeignet, bei denen keine geistige Behinderung vorliegt. ASAS ist bzgl. Asperger-Syndrom auch für Deutschland evaluiert und kann sowohl von Eltern als auch von Erziehern bzw. Lehrkräften ausgefüllt werden. Sind die Fragebogenergebnisse sehr diskrepant, kann dies sehr unterschiedliche Ursachen haben: Schätzen Eltern ihr Kind weniger auffällig ein als der Kindergarten bzw. die Schule, kann dies daran liegen, dass es ihr einziges Kind ist und sie daher wenig Vergleichsmöglich-

keiten haben. Schätzt der Kindergarten bzw. die Schule das Kind weniger auffällig ein als die Eltern, kann dies daran liegen, dass es sich um einen heilpädagogischen Kindergarten handelt oder um eine Förderschule, so dass das Verhalten des Kindes mit behinderten, entwicklungsverzögerten bzw. verhaltensauffälligen Kindern bzw. Schülern verglichen werden und nicht mit durchschnittlich entwickelten Kindern bzw. Jugendlichen.

Für den *Fremdbeurteilungsbogen für Tiefgreifende Entwicklungsstörungen FBB-TES* liegen keine Normierungen vor.

Das „Autismus-Diagnostische Interview – Revision“ (ADI-R) (I) und die „Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen“ (ADOS) verlangen eine intensive Schulung. Zwar ermöglicht ADOS die direkte standardisierte Einschätzung des Kindes durch den Untersucher und ermöglicht dadurch eine Minimierung eines ggf. vorliegenden Bias der Eltern, ihr Kind als besonders unauffällig oder besonders auffällig darzustellen, dennoch darf das ADOS-Ergebnis nicht höher gewichtet werden als Fremdanamnesen und Fragebogenergebnisse, da die Beobachtungen nicht im Lebensumfeld des Patienten stattfinden, sondern in einer ‚Laborsituation‘, so dass die ökologische Validität begrenzt ist.

Den Entscheidungsbäumen der *Diagnose-Checkliste DCL-TES* (tiefgreifende Entwicklungsstörungen) liegen die „Diagnostischen Kriterien für Forschung und Praxis der ICD-10“ zugrund, nicht die in der klinischen Versorgung maßgebliche ICD-10 GM 2009. Die im Entscheidungsbaum der DCL-TES angegebenen Mindestanzahl erfüllter Kriterien muss daher für die Diagnosestellung nach klinischen Gesichtspunkten nicht berücksichtigt

Insgesamt sollten mindestens zwei standardisierte autismusspezifische Verfahren (z. B. ASAS + MBAS oder ASAS + ASSQ oder FSK + ADOS oder ADI-R + ADOS) durchgeführt werden. Fragebögen sollten nicht vor der Untersuchung ausgefüllt werden, sondern erst nach der Erhebung der allgemeinen und spezifischen Anamnese, um einer vorzeitigen, übermäßigen Fokussierung auf eine autistische Störung entgegen zu wirken. Es sollten stets sowohl von den Eltern als auch den Lehrkräften der Stammschule bzw. Kindergartenerzieherinnen Fragebögen ausgefüllt werden. Ergänzt werden kann die Diagnostik ggf. durch von weiteren Personen wie z. B. Familienhelfern, Therapeuten, Pflegekräften, Lehrkräften der Schule für Kranke, usw., ausgefüllte Fragebögen. Dabei ist zu beachten, dass Einschätzungen aus Einzelkontakten ohne Anwesenheit von Gleichaltrigen und Einschätzungen aus besonderen Kontexten wie z. B. Station oder Schule für Kranke, u. U. einen geringeren Ausprägungsgrad der Auffälligkeit ergeben als Einschätzungen aus den alltäglichen Kontexten Elternhaus, Kindergarten und Stammschule, so dass letzteren bei fraglich ausgeprägten autistischen Störungen in der Regel höheres diagnostisches Gewicht beizumessen ist.

Theory of Mind: Fähigkeit, anderen Personen mentale Zustände zuzuschreiben, um das Verhalten dieser Person erklären bzw. vorhersagen zu können. Zur Prüfung kann z. B. eine kurze Geschichte (z. B. Bildsequenz) präsentiert werden, in der eine Person in einem sozial relevanten Kontext erscheint und dessen Erleben bzw. Handeln beurteilt werden muss. Diese Fähigkeit korreliert jedoch nicht eng mit der sozialen Anpassungsleistung und manche autistischen Personen können auch schwierige Aufgaben lösen, ohne gleichzeitig eine gute Anpassungsleistung in sozialen Kontexten aufzuweisen. Das Abschneiden in solchen Aufgaben ist daher nicht geeignet, autistische Störungen zu diagnostizieren oder auszuschließen.

Fragebogen zur Erfassung von Empathie und angemessenem sozialem Verhalten (FEAS): Dieser Fragebogen kann bei intelligenten Personen mit autistischer Störung falsch negativ ausfallen und ist daher nicht zum Ausschluss einer autistischen Störung geeignet.

3.3 Technische Untersuchungen

3.3.1 Labor

Zwar finden sich bei einigen genetischen Syndromen gehäuft autistische Symptome, insgesamt gibt es bei autistischen Störungen jedoch keine spezifischen Laborbefunde. Blutuntersuchungen sind daher nicht regelhaft indiziert. Die Konkordanz für dizygote Zwillinge liegt bei 31% und bei 88% für monozygote Zwillinge (100% bei weiblichen und 86% bei männlichen). Epigenetische bzw. Umweltfaktoren spielen daher ebenfalls eine signifikante Rolle.

3.3.2 EKG

Da bei Störungen des autistischen Spektrums auffällige EKG-Befunde nicht gehäuft auftreten, ist eine EKG-Ableitung nur bei geplanter Einleitung einer Medikation notwendig oder bei Verdacht auf eine kardiologische Erkrankung. Es gibt eine Reihe von genetischen Syndromen, die sowohl mit autistischen Verhaltensauffälligkeiten als auch mit Herzfehlern gehäuft einhergehen, so dass ggf. auch in diesen Fällen ein EKG durchgeführt werden sollte.

3.3.3 EEG

In seltenen Fällen stehen autistische Symptome mit einem nächtlichen nonkonvulsiven Status (ESES: ‚electrical status epilepticus during slow sleep‘ bzw. CSWS: ‚continuous spikes and waves during slow sleep‘) in Verbindung. Bei frühkindlichem Autismus treten überzufällig häufig epileptische Anfälle auf. Bei Sprachverlust muss differentialdiagnostisch auch an ein Landau-Kleffner-Syndrom gedacht werden. Bei entsprechender Anamnese bzw. klinischem Verdacht bzgl. rückläufiger Sprachentwicklung und/oder epileptischer Anfälle sollten daher Standard-EEG und Schlafentzugs-EEG mit Einschlafen durchgeführt werden. Ca. 25% aller Patienten mit elektrischem Status im Schlaf haben ein unauffälliges Wach-EEG!

3.3.4 Bildgebung

Hypoplasien des Hirnstamms und/oder des posterioren Kleinhirns (insbesondere des Kleinhirnwurms), erweiterte Liquorräume, Arnold-Chiari-Missbildungen, Agenesie der superioren Oliven, Dysgenese des Nucleus facialis, Hyperplasie des Frontallappens sowie erhöhte Neuronendichte in den medialen, corticalen und centralen Nuclei der Amygdala und des medialen Septums treten statistisch gehäuft auf. Da sich daraus jedoch keine therapeutischen Konsequenzen ergeben, sind CCT bzw. MRT des Schädels nicht regelhaft indiziert. Bei unklaren neurologischen Befunden oder fortschreitender psychischer Auffälligkeit sollte jedoch ein MRT des Schädels durchgeführt werden.

4. Differentialdiagnostik

4.1 Innerhalb der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen

Siehe differentialdiagnostischen Kriterien der ICD-10. Für die Diagnose eines *Asperger-Syndroms* darf keine geistige Behinderung vorliegen (d. h. der Gesamt-IQ muss > 70 sein) und es fehlt (auch anamnestisch) eine klinisch eindeutige allgemeine Verzögerung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache, d. h., dass einzelne Worte bereits im zweiten Lebensjahr oder früher und kommunikative Phrasen im 3. Lebensjahr oder früher benutzt werden. Entwickeln sich trotz schwerer Sprachentwicklungsstörung in den ersten Jahren die sprachlichen Fertigkeiten im weiteren Verlauf so stark, dass sich das Querschnittsprofil eines Asperger-Syndroms ergibt, kann ein atypischer Autismus (F84.1) oder, falls alle notwendigen Kriterien nach ICD-10 erfüllt sind, auch ein frühkindlicher Autismus (F84.0) diagnostiziert werden.

4.2 Weitere Differentialdiagnosen

ADS/ADHS: Liegt nicht gleichzeitig eine autistische Störung vor, besteht in der Regel die Fähigkeit zu phantasievollem und kreativem Spiel. Nonverbales kommunikatives Verhalten ist vorhanden, Körperkontakt wird nicht vermieden, Sonderinteressen, Rituale und Veränderungsängste spielen keine bedeutsame Rolle. Im Gegenteil: Bei ADHS werden ständig neue, aufregende Stimuli gesucht. Blickkontakt und soziale Wahrnehmung können reduziert sein.

Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung: Auch hier können eingeschränkte Beziehungsfähigkeit, Neigung zur Überbetonung potentieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen bis zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten und Gefühle von Anspannung, Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit vorliegen sowie Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik. Sie Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung ist jedoch mit andauernder Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiertwerden verbunden.

Elektiver bzw. selektiver Mutismus: Wenn nicht gleichzeitig eine autistische Störung vorliegt, sind soziale Reagibilität, Mimik, Gestik und Blickkontakt unauffällig, zudem wird die Sprache in vertrauter Umgebung benutzt.

Intelligenzminderung ohne Autismus: Kommunikation und wechselseitige Interaktion sind dem kognitiven Niveau entsprechend vorhanden.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung: Wie bei autistischen Störungen besteht ein Mangel an Empathie und die Betroffenen schenken anderen Menschen wenig echte Aufmerksamkeit. Andererseits sind sie aufgrund mangelnden Selbstbewusstseins und Ablehnung der eigenen Person nach innen bei übertriebenem und sehr ausgeprägtem Selbstbewusstsein nach außen trotz übermäßiger Empfindlichkeit gegenüber Kritik stets auf der Suche nach Bewunderung und Anerkennung. Sie haben ein übertriebenes Gefühl von Wichtigkeit verbunden mit ausbeutendem Verhalten, und sind der Meinung, eine Sonderstellung zu verdienen.

Reaktive Bindungsstörung: Normale Fähigkeit zu sozialer Reagibilität und Gegenseitigkeit, keine für autistische Kinder typische Kommunikationsstörung, weitgehende Rückbildung des auffälligen Sozialverhaltens bei förderlicher kontinuierlich einführender Umgebung.

Schizoide Persönlichkeitsstörung: Nach ICD-10 handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen um schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, die meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung treten und während des Erwachsenenalters weiter bestehen. Die Schizoide Persönlichkeitsstörung ist durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermäßiger Vorliebe für Phantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung definiert. Es besteht nur ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben. Das Asperger-Syndrom stellt zwar nach ICD-10 eine Ausschlussdiagnose dar, andererseits wird in ICD-10 die Schizoide Störung des Kindesalters gleichgesetzt mit dem Asperger-Syndrom. Leidensdruck aufgrund der Andersartigkeit und der Unfähigkeit, stabile Sozialkontakte herzustellen, spricht zwar für ein AS, kann aber auch bei einem AS fehlen (s. o. Interesse an Sozialkontakten auch im Erwachsenenalter). Im Zweifelsfall bietet die Diagnose Asperger-Syndrom mehr Interventionsressourcen (z. B. spezifische Selbsthilfegruppen, Mailinglisten, Wohngruppen, Interventionsprogramme).

Schizotype Störung: Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophrene wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten sind. Kalter Affekt, Anhedonie (Freud- und Lustlosigkeit) sowie seltsames und exzentrisches Verhalten kommen vor, Tendenz zu sozialem Rückzug, paranoische oder bizarre Ideen, die aber nicht bis zu eigentlichen Wahnvorstellungen gehen, des weiteren zwanghaftes Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, gelegentlich vorübergehende, quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen, meist ohne äußere Veranlassung. Es lässt sich kein klarer Beginn feststellen; Entwicklung und Verlauf entsprechen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung. Phantasien, die auf andere wie Halluzinationen oder Wahn wirken,

werden manchmal auch von Personen mit Asperger-Syndrom geäußert. Die Inhalte werden jedoch vom Betroffenen nicht als bedrohlich empfunden. Das Asperger-Syndrom geht nicht mit Denkstörungen einher. Die Differentialdiagnostik muss auch die Kombination von Asperger-Syndrom und schizophrener Störung in Betracht gezogen werden.

Schizophrenie: Im Gegensatz zu autistischen Störungen besteht die Symptomatik nicht seit der Kindheit. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, können auftreten, bei der hebephrenen Form jedoch auch weitgehend fehlen, so dass ggf. affektive Veränderungen im Vordergrund stehen, Antriebsverlust, verantwortungsloses und unvorhersehbares Verhalten sowie Manierismen; die Stimmung ist flach und unangemessen, das Denken desorganisiert, die Sprache zerfahren. Wie bei autistischen Störungen kann die Neigung bestehen, sich sozial zu isolieren. Die Häufigkeit schizophrener Störungen ist bei Menschen mit Asperger-Syndrom erhöht. Im Gegensatz zur autistischen Störung ohne komorbide Störung findet sich bei Auftreten einer schizophrenen Störung ein Entwicklungs- bzw. Leistungsknick im Jugend- oder Erwachsenenalter.

Soziale Phobie: Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt. Es fehlen qualitative Auffälligkeiten der Interaktion.

Sprachentwicklungsstörung (expressiv, rezeptiv, Landau-Kleffner-Syndrom): Kompensation der sprachlichen Kommunikationsdefizite durch nonverbale Kommunikation.

Zwangsstörung und Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Es fehlen die qualitativen Auffälligkeiten der Interaktion.

4.3 Komorbide Störungen

4.3.1 Frühkindlicher Autismus

<i>Begleitstörungen auf der ersten Achse MAS</i>	
• ADS/ADHS: > 50%	• Aggressives Verhalten: > 20%
• Essstörung: > 20%	• Persönlichkeitsstörungen: > 20%
• Schlafstörung: > 20%	• Selbstverletzendes Verhalten: > 20%
• Zwangsstörung: > 20%	• Affektive Störungen: > 10%
• Mutismus: > 10%	• Ticstörung: > 10%

Begleitstörungen auf der Achse 4 MAS: Körperliche Erkrankungen
Überzufällig häufig sind u. a. Tuberöse Sklerose, Neurofibromatose, fragiles X-Syndrom und andere Chromosomenstörungen, fetales Alkoholsyndrom, Röteln-Embryopathie, Hörstörungen, Sehstörungen, Epilepsie

4.3.2 Asperger-Syndrom

<i>Begleitstörungen auf der ersten Achse MAS</i>	
• ADS/ADHS: > 50%	• Affektive Störungen: > 20% (Depression häufiger als Manie)
• Aggressives Verhalten	• Angststörungen (25%)
• Elektiver Mutismus	• Schizophrenie: 5%
• Selbstverletzendes Verhalten: > 10%	• Ticstörung
• Zwangsstörung: > 20%	

<i>Begleitstörungen auf der zweiten Achse MAS</i>	
• Artikulationsstörung (Dyslalie)	• Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen
• Dyspraxie	• Motorische Entwicklungsstörung
• Räumliche Wahrnehmungsstörung	• Rechenstörung (Dyskalkulie)

<i>Folgestörungen</i>	
• Ablösungsproblematik	• Depression
• Mobbing	• Probleme in der schulischen und beruflichen Entwicklung
• Probleme in der sozialen Integration	• Schuldvorwürfe (an die Betroffenen und/oder Eltern)
• Suizidalität	

5. Therapie

Autismus ist zwar bisher nicht ursächlich behandelbar, mittels symptomorientierter pädagogischer, psychotherapeutischer und medikamentöser Maßnahmen lassen sich jedoch deutliche Verbesserungen erzielen.

5.1 Vorgehensweise

Autismusspezifische Ansätze sind für effektive und effiziente Erziehung, Beratung und Therapie unverzichtbar. Zwar lassen sich einzelne Symptome u. U. in relativ kurzer Zeit positiv beeinflussen (z. B. autoaggressives Verhalten), die Kernsymptomatik bedarf jedoch in der Regel einer mehrjährigen ambulanten Therapie bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Begleitung im Sinne eines Coachings, ggf. unterstützt durch mehrwöchige tagesklinische und/oder vollstationäre Behandlung. Ein großer Teil der Patienten mit Asperger-Syndrom braucht bei konsequenter syndromspezifischer ambulanter Betreuung nie eine stationäre Aufnahme. Zu bedenken ist zudem, dass eine stationäre Behandlung auch kontraproduktiv, u. U. sogar traumatisierend sein kann, wenn die stationäre Behandlung nicht konsequent unter syndromspezifischen Aspekten erfolgt.

Zu Beginn der Behandlung steht nicht die Anpassung des Patienten an sein Umfeld im Vordergrund, sondern die Gestaltung eines Umfelds, das den autistischem wie den individuellen Stärken und Schwächen des Patienten Rechnung trägt. Anpassungsleistungen des Patienten, Verbesserung von Flexibilität und Empathie sind dagegen mittel- und langfristige Ziele. Soziale Anpassung unter völliger Zurückstellung individueller Merkmale und Interessen ist dabei weder wünschenswert noch Erfolg versprechend. Vielmehr sollte die Entwicklung von reichhaltigeren Verhaltensrepertoires in den Vordergrund gestellt werden, die der betroffenen Person Verhaltensalternativen an die Hand gibt, die der Person selbst, der Situation und den jeweiligen Interaktionspartnern bestmöglich entsprechen.

Bestandteile der Behandlung von Störungen des autistischen Spektrums

- Aufklärung und Beratung für Schüler, Eltern und andere Angehörige sowie Lehrkräfte (Psychoedukation, Coaching)
- Anpassung der Umwelt zur Vermeidung von Überforderung und Vermittlung von Erfolgen
- Autismusspezifische pädagogische Maßnahmen
- Verhaltenstherapie (Minderung oder Modifikation der Kernsymptome, Veränderung störender Verhaltensweisen, Aufbau adaptiven Verhaltens)
- Training sozialer und kommunikativer Kompetenzen
- Förderung weiterer lebenspraktischer Kompetenzen (Aufbau angemessener Bewältigungsstrategien, jeweils unter Einbeziehung des sozialen Umfelds)
- schulische bzw. berufliche Förderung
- Förderung außerschulischer Sozialkontakte
- Förderung der Identitätsfindung
- Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige: Peer-Group-Gefühl (,Ich bin nicht allein mit meinem Problem‘, ,Endlich versteht mich jemand‘, Trost, Tipps & Erfahrungen)
- Ggf. Familientherapie unter Berücksichtigung der autismusspezifischen Besonderheiten
- Ggf. medikamentöse Behandlung
- Ggf. Behandlung der Begleit- und/oder Folgestörungen

Ziele jeder Intervention sind

- Förderung angemessenen Verhaltens und die Unterstützung einer positiven Entwicklung
- Förderung der allgemeinen Lernfähigkeit
- Reduktion von Rigidität und Stereotypen, Abbau störenden Verhaltens, Verbesserung des sozialen Verhaltens
- Minderung familiärer Belastungen und Fehlhaltungen durch die Schaffung eines angemessenen Milieus für das Kind, Bereitstellung von Hilfen für Familien au-

tistischer Kinder und Förderung von Akzeptanz von Besonderheiten des Betroffenen, sofern sie für ein stabiles und zufriedenes Leben erforderlich sind anderen nicht schaden.

5.1.1 Eltern- und Familienberatung

Die Eltern- und Familienberatung sollte folgende Aspekte berücksichtigen:

1. Thematisierung von Schuldgefühlen

- Eine Reduktion von (Selbst-)Vorwürfe bzw. Verantwortung für die Entstehung der autistischen Störung kann mittels psychoedukativer Maßnahmen erfolgen (Ursachen autistischer Störungen sind relativ unbeeinflussbarer biologischer Natur und daher liegt kein direktes Verschulden vor).

2. Thematisierung emotionaler und praktischer Belastungen

- Enttäuschung von Lebensplänen und Erwartungen,
- Soziale Isolation/Ausgrenzung, auffälliges Verhalten in der Öffentlichkeit,
- belastete Familienbeziehungen,
- finanzielle Belastungen durch steigende häusliche Ausgaben,
- Ausgaben für Therapien, Betreuung, usw.

3. Informationen über Symptomatik, Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten

4. Information zur Kindergartensuche, Beschulung, Ausbildung und Betreuung bei Behördengängen und Beantragung staatlicher Hilfen

- Es sollten orientierende Empfehlungen ausgesprochen werden, die auf einer umfassenden Diagnostik basieren. Empfehlungen zu konkreten Jugendhilfe finanzierten Maßnahmen dürfen nur nach Rücksprache mit dem zuständigen Jugendamt ausgesprochen werden (Ausnahme: ambulante autismusspezifische Behandlung durch Autismusambulanzen von autismus Deutschland e. V.), konkrete schulische Maßnahmen nach Rücksprache mit Schule bzw. Schulamt
- Kooperationen mit pädagogischen Einrichtungen und Behörden sind hier von Vorteil. Auch sollten Informationen über andere Hilfen und Selbsthilfeorganisationen („Hilfe für das autistische Kind“) gegeben werden (auch im Sinne einer Nachsorge, Unterstützung und Entlastung der Familie nach Beendigung der stationären Behandlung).

5.1.2 Elterstraining

Verhaltensmodifikationen sollten in möglichst vielen konkreten sozialen Umgebungen erfolgen um eine Generalisierung der erzielten Effekte zu erreichen.

Eltern sind Experten für ihr Kind und können in Zusammenarbeit mit den Therapeuten Förderziele erarbeiten, hierarchisieren und einschätzen. Zentral für die Arbeit ist, dass sich Eltern selbstwirksam im Umgang mit ihrem Kind erfahren. Pädagogische Prinzipien entsprechen den Grundsätzen der Verhaltenstherapie. Problem- und

Verhaltensanalysen ermöglichen, mit den Eltern an konkreten Beispielen zu üben, Problemsituationen zu modifizieren.

Wichtige verhaltenstherapeutische Aspekte für die Arbeit mit Familien und autistischen Kindern bzw. Jugendlichen:

- *Operante Konditionierung*: Verstärkung, positives Feedback bei erwünschtem, aber defizitärem Verhalten (systematische und konsequente Belohnung)
- *Unterbrechen, Nicht-Verstärken unerwünschten Verhaltens* (störende Verhaltensweisen: (selbst-)aggressives Verhalten, Manierismen, usw.; Stereotypien sollten ignoriert, aggressives Verhalten unterbrochen werden); Negative Konsequenzen beinhalten das Ausbleiben oder die Rückgabe von Verstärkern oder einen befristeten Ausschluss von angenehmen Beschäftigungen (Verstärkerentzug, Verstärkerausschluss, Auszeiten von max. 5-10 Minuten (Ignorieren oder Kind aus der Situation herausnehmen).
- *Verständliche, einfache, wiederholte Kommunikation auf basaler Ebene üben*; Eltern sollen lernen, sich durch z. B. Blickkontakt, Hinwendung, verbale Zuwendung die Aufmerksamkeit des Kindes zu sichern. Bilder und Hilfsmittel können hier die Kommunikation unterstützen. Die Informationen sollten konkret, sachlich, prägnant vermittelt werden.
- *Eindeutigkeit, Klarheit und Struktur in der Umwelt, im Alltag und im sozialen Umgang* (hohe Tagesstruktur, feste Regeln, Verlässlichkeit, Vertrautheit, Berechenbarkeit der Umwelt). Inkonsistentes Verhalten der Eltern, Wechsel der Bezugspersonen, Routinen, Umgebungen können vermehrt zu regressivem/destruktivem Verhalten führen.
- *Intensive Modellierung durch den Therapeuten* (Beobachtung durch das Kind muss gewährleistet sein und es muss konsequent zur Imitation aufgefordert werden, so dass auch ein positiver Verstärker folgt).

5.1.3 Coaching

Ziel ist, die Lebensführung zu optimieren. Dazu werden (Selbst-)Wahrnehmung und Verständnis der eigenen Fähigkeiten und Schwächen gefördert. Zur Verbesserung der Selbstorganisation hilft und motiviert der Coach beim Aufbau neuer Strategien und Verhaltenstechniken. Dazu gehören strukturierende Maßnahmen in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und im Haushalt. Hilfsmittel wie To-do-Listen, Kalender, Pinwände, Ablagesysteme und Alarmsysteme dienen als Ersatz für unzureichende interne Leitsysteme. Der Patient lernt aber auch zu planen, zu organisieren, Prioritäten zu setzen und klare Ziele zu benennen. Bei Tätigkeiten, die für den Patienten hochinteressant sind, kann es zu Hyperfokussierung kommen, sodass andere wichtige Dinge liegen bleiben. Alarmsysteme als externe sowie Selbstbeobachtung und -management als interne Hilfe können unterstützen.

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)

Im Zentrum dieses Ansatzes steht die Förderung der Selbstständigkeit im lebenspraktischen Alltagsbereich bzw. Spielverhalten unter Betonung von Interaktionselementen/Interaktionssystemen. Der Ansatz ist sowohl für Kinder als auch für Erwachsene mit Autismus geeignet. TEACCH ist darauf ausgerichtet, die Lebensqualität von Menschen mit Autismus zu maximieren und sie anzuleiten, sich im Alltag zurechtzufinden. Dies wird durch individuelle visuelle Strukturierung des (Lern-) Umfeldes auf unterschiedlichen Ebenen umgesetzt. Klare *Strukturierung* vermittelt Orientierung und Sicherheit und hilft, Zusammenhänge von Arbeitsaufgaben und Abläufen zu erkennen. Der Betroffene soll wissen, wo sich benötigte Dinge für die Erledigung einer Aufgabe befinden, was er damit tun muss, was anschließend geschieht und welche Hilfen er außerdem zur Verfügung hat.

- Es handelt sich um eine direkte Entwicklungsförderung und Gestaltung der Umwelt, um die jeweiligen Stärken optimal zu nutzen und die Auswirkungen der Schwächen zu minimieren.
- Ziel ist es, die Welt mit Bedeutung zu füllen, Zusammenhänge erkennbar zu machen und durch ein Verstehen ein effektives und selbstständiges Handeln zu ermöglichen.
- Kernaspekte sind die Strukturierung der Umwelt sowie die visuelle Verdeutlichung der Struktur von Raum, Zeit, Arbeitsorganisation und Material.
- Aufbau von konstruktiven Routinen, die Sicherheit geben und die Systematik des eigenen Handelns erleichtern (z. B. links nach rechts, oben nach unten, Fertiges in den Korb, erst Arbeit - dann Freizeit)
- Oft fällt die Verarbeitung visueller (simultaner) Reize leichter als die Verarbeitung auditiver (sequentieller) Stimuli. Instruktionen: schriftliche Anweisungen, Schablonen und Vorlagen, Bildsequenzen, markierte Unterlagen
- Organisation der Umwelt: Strukturierung des Raumes durch Raumaufteilung, visuelle Markierungen einzelner Bereiche
- Materialdarbietung: Organisation in Behältern, abgezählte Teile, visuelle Strukturierung der Arbeitsfläche
- Strukturierung der Zeit/Zeitplanung: Visualisierung der Abfolge von Aktivitäten, was ist wann zu erwarten
- Strukturierung von Arbeitsorganisation: Strukturen, die eine möglichst selbstständige Durchführung von Tätigkeiten im Sinne der Erledigung eines vorgegebenen Aufgabenpensums unterstützen sollen. Mit Hilfe von „Arbeitssystemen“ werden folgende wesentliche Aspekte visuell dargestellt: Was ist zu tun? Wie viel ist zu tun? In welcher Reihenfolge ist es zu tun? Wann bin ich fertig? Was kommt danach?
- Der Einsatz der Methoden und der Grad der Anforderungen muss an die Schwere des Störungsbildes im Rahmen des autistischen Spektrums angepasst werden.

5.1.4 Systemische Familientherapie und Therapie mit größeren Systemen

Es ist empirisch belegt, dass Eltern autistischer Kinder signifikant mehr Stress erleben als Eltern von Kindern mit anderen Krankheiten oder Behinderungen. Eine Reduzierung des Stresses der Eltern führt zu deutlichen Besserungen im Verhalten ihrer autistischen Kinder. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Stresslevels der Eltern und Verhaltensproblemen ihrer Kinder, unabhängig von der Schwere des Autismus. Pädagogische Maßnahmen, Beratung und Behandlung sollten daher auch eine Stressverminderung für die Angehörigen zum Ziel haben.

Zusätzlich zur autistischen Störung eines Kindes können Erkrankungen bei den Eltern oder Geschwistern eine Rolle spielen, Paarkonflikte oder Uneinigkeit der Eltern in der Erziehung. Geschwister von autistischen Menschen müssen meist über sehr lange Zeit sehr viel Rücksicht nehmen, sind teils parentifiziert durch nichtaltersgemäße Übernahme von Verantwortung und Versorgungsaufgaben für das autistische Geschwister oder kommen in der elterlichen Zuwendung zu kurz, da sich alles um das autistische Kind in der Familie dreht, und entwickeln daraufhin eine eigene Symptomatik.

Ein besonders wichtiger Aspekt systemischer Familientherapie ist die Mobilisierung und Stärkung von Ressourcen bei allen Familienmitgliedern.

Eine aussichtsreiche Autismustherapie muss das gesamte Umfeld des Kindes in therapeutischer Weise umgestalten und einbeziehen. Durch unterschiedliche Einschätzungen, Erfahrungen und gegenseitige Vorwürfe kann es zu erheblichen Konflikten zwischen Eltern, Schule und/oder Jugendamt bzw. Sozialamt/Gesundheitsamt kommen, so dass ggf. von therapeutischer Seite klärend und vermittelnd gearbeitet werden muss.

5.1.5 Verhaltenstherapie

Die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen ist in der Therapie autistischer Kinder und Jugendlicher am besten belegt. Sie müssen jedoch an das Individuum angepasst sowie offen und variabel durch andere Interventionen ergänzt und erweitert werden. Ziel ist es, einerseits störende und unangemessene Verhaltensweisen wie übermäßige Stereotypen oder (auto-)aggressives Verhalten abzubauen und andererseits soziale und kommunikative Fähigkeiten aufzubauen.

Kinder mit Autismus versuchen häufig mit stereotypen, repetitivem, selbst- und fremdaggressivem Verhalten kommunikative und soziale Anforderungen der Umgebung zu vermeiden. In Hinblick auf einen gewissen Toleranzbereich müssen betroffene Familien lernen, schwierige Situationen mit dem Kind auszuhalten. Verhaltensdefizite und Verhaltensexzesse des Kindes in seiner Umgebung belasten und gefährden eine angemessene Entwicklung. Verhaltensdefizite werden durch operantes Konditionieren, Beobachtungslernen und Imitation verringert, Verhaltensexzesse durch Shaping, Chaning, Prompting und Fading abgebaut. Alltagspraktische und sozio-kommunikative Fertigkeiten verringern den Betreuungsaufwand des Kindes

und fördern eine entwicklungsangemessene Autonomie.

Stereotypien können für Überforderung, Aufregung, Ängstlichkeit, Desinteresse stehen, aber auch der Stimulation, Beruhigung, Ablenkung, Bewältigung von Ängsten (z. B. vor Unbekanntem) dienen. Auch Schmerzen können Stereotypien verursachen/intensivieren. Zur Modifikation sind demzufolge verschiedene Maßnahmen notwendig. Bei massiven Autoaggressionen müssen Schutzmaßnahmen eingeleitet werden. Zunächst erscheint es demzufolge sinnvoll, solche Situationen zu vermeiden. Bei einem Mangel an Stimulation sollte eine ausreichend anregende Umgebung und Situation gefunden/hergestellt werden. Operant konditionierte Verhaltensweisen sind bei Kindern mit Autismus tendenziell ein vollständiges, unflexibles Muster, das abgerufen, aber weniger verstanden oder reflektiert wird.

Intensive Verhaltenstherapie baut auf visuelle Verarbeitung und Gedächtnis für Routinen auf. Die Behandlungsprozesse basieren auf einer visuellen Präsentation und strengen Wiederholung von Handlungsabläufen.

ABA (Applied Behavior Analysis) nach Lovaas

Diese Therapieform ist auf die Frühförderung ausgerichtet.

Verhaltenstherapie nach Lovaas

	Anwendungsbereich	Therapieziele	Methoden
<i>Aufbau erwünschter Verhaltensweisen</i>	Sprachanbahnung, Förderung der sprachlichen Kommunikation Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation	Nonverbale Imitation, sprachliche Äußerungen, kommunikative Nutzung der Sprache Wahrnehmen, Erkennen von Emotionen, angemessenes Sozialverhalten in natürlichen Situationen	Operantes Konditionieren, Diskriminationslernen, Prompting, Fading Modelllernen, Regellernen unter Nutzung des operanten Konditionierens
<i>Abbau unerwünschter Verhaltensweisen</i>	Reduktion von Selbststimulation, Stereotypien, selbstverletzendem Verhalten Wutausbrüche, aggressives Verhalten	Beeinflussung des jeweiligen Störverhaltens in Einzel-, Gruppen- und anderen sozialen Situationen Versuch der Ursachenklärung, direkte Beeinflussung des Störverhaltens und der Rahmenbedingungen	Aversionsbehandlung in Kombination mit Verstärkung alternativer Verhaltensweisen, sensorische Extinktionsprogramme, Kombination von VT und Psychopharmakotherapie s. o. Vermeiden der für den Patienten typische Auslösesituation

Zunächst wird anhand einer Systematik festgestellt, welche Fähigkeiten und Funktionen das Kind bereits besitzt und welche nicht. Häufig auftretendes problematisches Verhalten wie Wutanfälle, Selbstverletzung und Rückzug wird systematisch analysiert. Insbesondere Situationen, die dieses Verhalten hervorrufen, müssen erkannt und dokumentiert werden. Hierauf aufbauend werden spezielle Programme erstellt, die das Kind befähigen, die fehlenden Funktionen zu erlernen. Das Kind soll in bestimmte Bahnen geleitet werden, um angemessenes Verhalten an den Tag zu legen, welches unvereinbar mit dem Problemverhalten ist. Das Hauptanliegen ist, dem Kind beizubringen, von der normalen Umgebung zu lernen und mit dieser Umgebung umzugehen, damit das Kind und seine Familie dadurch kontinuierlich positive Resultate erzielen. ABA konzentriert sich auf kleine messbare Einheiten des Verhaltens, die systematisch unterrichtet werden. Die Eltern werden in die Therapie besonders intensiv einbezogen. Die Verfahrensweisen von ABA basieren im Wesentlichen auf Methoden des operanten Konditionierens. Hauptbestandteile sind Motivation bei richtigem Verhalten und Löschung bei falschem Verhalten. Lernversuche und -erfolge sowie erwünschtes Verhalten werden möglichst direkt verstärkt, wobei primäre Verstärker (z.B. Nahrungsmittel) und sekundäre Verstärker (z.B. Spielzeug) eingesetzt werden, um erwünschtes Verhalten zu belohnen.

Die intensiven verhaltenstherapeutischen Programme sind relativ umstritten. Bei dem Programm nach Lovaas ging es nicht darum, bei Kindern oder Jugendlichen ein bestimmtes, eng umschriebenes Verhalten zu verändern, sondern zu einem möglichst frühen Zeitpunkt eine intensive, ganz auf verhaltenstherapeutische Vorgehensweise aufbauende, alle Verhaltens- und Entwicklungsbereiche umfassende Förderung zu beginnen und über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten. Immer wieder werden Studien durchgeführt, die Aufschluss darüber geben sollen, wie früh der Beginn, wie intensiv die Interventionen etc. sein müssen, um möglichst gute und nachhaltige Erfolge zu erzielen. Die sehr guten Ergebnisse von Lovaas konnten von anderen Gruppen nicht repliziert werden, aber auch unter weniger „idealen“ Bedingungen stellten sich gute Erfolge ein.

Aktuell existieren keine ausreichenden empirischen Hinweise dafür, dass hochfrequente Therapie niedrigerfrequenter Therapie überlegen ist.

5.1.6 Förderung der Sprache und alternativer Kommunikationsformen

5.1.6.1 Verhaltenstherapeutischer Sprachaufbau

Im Fokus der verhaltenstherapeutischen Interventionen steht zunächst, anhand kontinuierlicher Verstärkung des kindlichen Blickkontaktes, die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den Therapeuten.

1. kontinuierliche Verstärkung des kindlichen Blickkontaktes, Aufmerksamkeitslenkung auf Therapeuten/Elternteil/Bezugspersonen

2. Imitation von Verhalten des Therapeuten/Eltern/Bezugsperson durch Verstärkung
 - 2a. Nachahmung der Grobmotorik
 - 2b. Nachahmung der Feinmotorik
 - 2c. Nachahmung von Sprache: Zuerst werden alle Laute verstärkt, dann nur solche, die denen des Therapeuten ähneln. Später erfolgt die Verkettung einzelner Laute zu Worten und Sätzen.

Problematisch ist bei dieser Methode, dass die Generalisation bei dieser Form des Sprachaufbaus in der Regel gering ist.

5.1.6.2 Psycholinguistische Sprachanbahnung

Die Orientierung erfolgt an den Gesetzmäßigkeiten des normalen Spracherwerbs. Es soll eine sukzessive Verbesserung des aktuellen Sprachentwicklungsstandes bewirkt werden. Die Sprachvermittlung erfolgt durch die Aneignung von Wörtern, Interaktion, Gestik, und Begriffsbildung.

Problematisch ist bei dieser Methode, dass autistische Kinder mit schwerem Sprachentwicklungsrückstand in der Regel keine geeigneten Strategien haben, Zeichenordnungen selbstständig herzustellen. Die nonverbale Kommunikation und soziale Interaktion sind so gestört, dass die Prämissen normaler Entwicklung nicht gegeben sind.

5.1.6.3 Alternative Kommunikationsformen

Da bei vielen autistischen Menschen erhebliche Sprachprobleme erhalten bleiben, ist es notwendig, andere Möglichkeiten der Kommunikation zu nutzen. Zu diesem Zweck ist der Einsatz von Fotos, Bildkarten und Kommunikationstafeln hilfreich. Das Kind kann lernen, auf Bilder zu zeigen oder Karten zu benutzen, auf denen bestimmte Handlungen, Gegenstände oder Zustände dargestellt sind, um z. B. einen Wunsch mitzuteilen. Später können diese Karten mit Sprache verbunden und evtl. dadurch ersetzt werden. Ein System, das Therapeuten dazu verwenden, ist das *Picture Exchange Communication System* (PECS). Es wird in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Methoden zum Verhaltensaufbau (operantes Konditionieren) durchgeführt.

5.1.7 Training sozialer Fertigkeiten

5.1.7.1 Social Stories

- Geschichten, die alltägliche soziale Begebenheiten beschreiben
- Im Vordergrund stehen relevante Schlüsselmerkmale der sozialen Interaktion und typische Verhaltensmuster der Beteiligten (sachliche Beschreibungen eines beobachtbaren Vorgangs)
- Die Geschichten müssen innerhalb der Therapie auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt oder verfasst werden

- Mit Hilfe der Geschichten soll ermöglicht werden, Schemata über soziale Zusammenhänge auszubilden
- Die Geschichten setzen nicht voraus, dass autistische Kinder und Jugendliche Hypothesen über soziale Abläufe bilden und versuchen die Perspektive von Menschen mit Autismus zu berücksichtigen.

5.1.7.2 Theory of Mind-Training

- Ziele: Verbesserung der Kommunikation von eigenen Gedanken, Gefühlen, Wünschen, Absichten, Stimmungen, Überzeugungen
- Verbesserung des Verständnisses sozialer Signale
- Aufbau von sozio-kommunikativen Fertigkeiten
- Hohe Strukturierung, vielfältiges Material und Strategien

Das Training von Theory of Mind-Fertigkeiten ist kompliziert, da solche Kompetenzen normalerweise implizit erworben werden und schwer zu vermitteln sind. Die Intervention gilt besonders bei Kindern zwischen dem 4. und 13. Lebensjahr mit einem Sprachentwicklungsniveau von mindestens 5 Jahren als Erfolg versprechend.

5.1.7.3 Gesichterlesen

Autistische Menschen haben Schwierigkeiten beim Erkennen grundlegender emotionaler Zustände anderer Menschen (z. B. durch Gesichtsausdruck kommuniziert). Um die emotionale Bedeutung verschiedener Gesichtsausdrücke zu erlernen, beim Kommunikationspartner wahrzunehmen und richtig zu interpretieren und schließlich auch in der eigenen Mimik einsetzen zu können, wird zunächst mit sehr einfachen, stilisierten bzw. skizzierten Abbildungen gearbeitet und im weiteren Verlauf mit komplexerer bzw. weniger stark ausgeprägter Mimik.

5.1.7.4 Gruppentherapie

- Voraussetzung für die Teilnahme an einer Gruppentherapie ein Mindestmaß an Kommunikationsfähigkeit. Zielgruppe stellen demzufolge vor allem Betroffene mit Asperger-Syndrom bzw. High-Functioning Autismus dar.
- Die Gruppentherapie sollte auf einer Individualtherapie aufbauen.
- Autistische Kinder, Jugendliche und Erwachsene profitieren in der Regel von einer geringen Teilnehmerzahl (max. 8 Personen) und mindestens 2 Therapeuten. Hohe Stundenstrukturierung, die Kapazitäten für individuelle Förderung beinhaltet, sollte Berücksichtigung finden. Eine möglichst homogene Gruppe bzgl. verbaler und intellektueller Fähigkeiten ist wichtig.
- Ziel der Gruppentherapie besteht darin, den Betroffenen soziale Erfahrungen in einem transparenten und übersichtlichen sozialen Kontext zu ermöglichen.
- Eine starke Anpassung der Therapieinhalte an die Voraussetzungen der Teilnehmer ist notwendig.
- Während der Durchführung müssen die Teilnehmer durch die Therapeuten stark motiviert, geführt und angeleitet werden.

Typen von Themen, Aufgaben und Aktivitäten:

- Gemeinsames Spielen (z. B. Gesellschaftsspiele: Mühle, Backgammon)
- Spielen, um gemeinsam ein Problem zu lösen (z. B. Denksportaufgaben, Puzzle)
- In der Gruppe über ein Thema sprechen (z. B. über Politik, Sport, Technik, etc.)
- Verstehen sozialer Konstrukte (Freundschaft, Vereine, Feste, Verantwortung, Selbstständigkeit)
- Durchführung von Rollenspielen in Bezug auf individuelle Erlebnisse (z. B. auch Problemsituationen)
- Verständnis des Störungsbildes (Psychoedukation)
- Gefühle und Verhalten
- Von sich selbst berichten
- Über andere berichten

5.1.8 Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT)

Diese Therapieform ermöglicht, Spannung zu erzeugen und Interaktionen zu starten, die in der Regel von den Impulsen und Handlungen der Patienten getragen sind und wechselseitiges Wahrnehmen und wechselseitige Initiative zum Ziel haben, auch ohne die übliche Sprache für schwer beeinträchtigte Menschen. Zielgruppe sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit frühkindlichem Autismus. Autistische Patienten, die nicht imitieren, werden aufmerksam und unterbrechen stereotypes Verhalten, wenn sie selbst imitiert werden („Spiegeln“). Sie beginnen spontan zu spielen oder nähern sich dem Therapeuten, wenn dieser (über ca. 1 h) mit freischwebender Aufmerksamkeit wartet („Warten“). Als „Anreger“ beginnt der Therapeut mit einer erwünschte Handlung, ohne eine Aufforderung an den Patienten zu geben („Paralleles Handeln“). Wichtige Prinzipien sind: Raumgeben für aktuelle Impulse, Motivationen, Handlungen und Ausdrucksweisen und daran Anknüpfen. Positive Effekte hinsichtlich Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Gedanken der Bezugspersonen in der Interaktion sind belegt. Bei manchen Patienten kann auch eine Beruhigung erreicht werden.

Ziele der AIT:

- Zunahme der wechselseitigen Interaktion
- Zunahme des Spontanverhaltens
- Zunahme der Differenziertheit dieses Verhaltens (gilt für den Umgang mit Personen und Sachgegenständen)

Zum therapeutischen Vorgehen gehören eine Reihe von konkreten Teilzielen und die situationsabhängige Lenkung der Interaktion in Richtung des Zielspektrums. Bei schwerbehinderten Kindern ist es unerlässlich, auf minimale Aufmerksamkeitsreaktionen zu achten und bei einem Abbruch der Interaktion das eigene Verhalten so lange zu verändern, bis erneut Anzeichen von Aufmerksamkeit und Initiative des Kindes zu erkennen sind.

5.1.9 Lösungsorientierte systemische Therapie bei Asperger-Syndrom

Folgende Fragen sollten berücksichtigt werden

- Wer (Patient, Mutter, Vater, Lehrkräfte) klagt?
 - Über was klagt die Person?
 - Was sind die Ziele?
 - Wie werden wir wissen, wann sie erreicht sind?
 - Wie sieht eine problemärmere Zukunft genau aus?
 - Wozu ist die Person motiviert?
 - Was möchte sie?
 - Was kann die Person gut?
 - Finde Kompetenzkontexte: Fähigkeiten, Hobbys
 - Suche Lebenserfahrungen etc.
 - Gab es Ausnahmen/bisherige Lösungen/Zeiten, als die Situation besser war? Augenblicke des besten Umgehens mit dem Problem?
-
- Zunächst sollte das Kind und sein Umfeld nach Lösungen befragt werden. Der Therapeut ist ein Experte für seinen eigenen Blickwinkel auf das Asperger-Syndrom und ein Experte für das Unterstützen von Veränderung. Die Familie ist ein Experte für ihre eigene Geschichte und ihr System. Das Kind ist ein Experte für seine eigene Person. Der Sinn der Interventionen muss sowohl für das Kind als auch für die Familie erkennbar sein.
 - Es ist sehr wichtig, dass die Eltern sowohl mit generellen Aspekten von Kindern mit Asperger-Syndrom vertraut sind als auch mit den individuellen Aspekten ihres Kindes, um effektiv ihre Kinder dabei unterstützen zu können, mehr Befriedigung im täglichen Leben zu bekommen.
 - Symptome können verstanden werden als die gegenwärtigen Lösungen des Systems für ein oder mehrere Probleme. Zum Beispiel kann Weglaufen oder sozialer Rückzug eine Lösung sein, um sozialen Stress zu kontrollieren. Wenn wir davon ausgehen, dass Menschen mit Asperger-Syndrom in erhöhtem Maße mit sozialem Stress zurechtkommen müssen innerhalb ihrer Peer-Group im Vergleich zu anderen, dann sollten wir auch mehr Vertrauen haben in die Fähigkeiten des Betroffenen zur Selbstkontrolle. Es sollte nicht einfach versucht werden, das Weglaufen oder den sozialen Rückzug zu unterdrücken, sondern zusammen mit dem Betroffenen und seiner Familie nach sozial mehr akzeptierten Wegen zur Kontrolle des sozialen Stresses suchen. Wenn nicht der Anspruch aufrecht erhalten wird, dass Kinder mit Asperger-Syndrom genauso viele Stunden mit Gleichaltrigen verbringen sollten wie andere Kinder, sondern ihnen erlauben, soziale Pausen zu nehmen, haben Kind und soziales Umfeld eine Chance, sich wohl zu fühlen, und das Kind muss nicht weiter weglaufen in unakzeptablen Situationen.
 - Kinder mit Asperger-Syndrom zeigen oft verschiedene Formen provozierenden Verhaltens. Diese Verhaltensweisen sollten nicht als grundsätzlich

willkürlich bzw. böse angesehen werden, sondern in Verbindung mit den Fähigkeiten und Schwächen des Kindes. Zum Beispiel ist es eine Stärke, Lücken im Regelsystem aufzuspüren und zu nutzen.

- Um soziale Aufmerksamkeit zu kultivieren, sollten unterschiedliche Wahrnehmungen der unterschiedlichen Mitglieder eines Systems verdeutlicht werden;
- Selbstbeobachtung und Selbstbeurteilung sollten unterstützt werden. Aufmerksamkeit sollte sowohl Situationen, die leicht gemeistert werden, als auch potentiell schwierigen Situationen gewidmet werden. Selbstbeobachtung und -beurteilung sollten auch dazu herangezogen werden, das Selbstvertrauen zu stärken und dazu, die Anzahl beherrschbarer Situationen auszuweiten.
- Die Verbindung zwischen spezifischen frustrierenden oder Angst provozierenden Erfahrungen und negativen Gefühlen sollte ebenso bewusst gemacht werden, wie die zwischen erfreulichen Erfahrungen und positiven Gefühlen, sodass alle Beteiligten in der Lage sind, Einblick in die eigenen Gefühle und die der anderen zu bekommen. Dabei ist es auch wichtig, zu verdeutlichen, wie sich eigene Aktionen auf die Gefühle anderer Leute auswirken und umgekehrt;
- Die Interventionen sollten nicht primär zum Ziel haben, soziale Anpassung zu erreichen oder Individualität und Einzigartigkeit zu beseitigen, sondern die Anzahl möglicher Verhaltensweisen zu erhöhen;
- Weitere Interventionen können vom individuellen Profil des Betroffenen abgeleitet werden, z.B. von seinen neuropsychologischen Stärken und Schwächen, um zu versuchen, die identifizierten Schwächen zu umgehen durch kompensatorische Strategien. Wenn zum Beispiel sensomotorische Defizite während einer Untersuchung festgestellt werden, kann das Kind durch Psychomotorik, motopädische Therapie oder Ergotherapie gefördert werden.
- Wenn das Kind spezielle Interessen hat, sollte so ein Interesse in systematischer Weise kultiviert werden, um individuelle Lernstrategien zu fördern, z.B. im Internet. Es sollten existierende Talente gefördert werden und spezielle Interessen in nutzbare Fähigkeiten einbezogen bzw. überführt werden.

5.1.10 Soziotherapie/Milieutherapie

Die tiefgreifende Entwicklungsstörung geht mit besonderen Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und somit deutliche Beeinträchtigungen im Verhaltensspielraum (im Besonderen in der sozialen Handlungskompetenz) des Patienten einher. Um eine den Möglichkeiten und Fähigkeiten des autistischen Patienten gerecht werdende Integration in den stationären Kontext einer Krankenhausstation bzw. im ambulanten Bereich in seine Familie bzw. sein soziales Umfeld zu erreichen, sind besondere Maßnahmen erforderlich. Immer werden im Alltag unvorhersehbare Veränderungen und für den Patienten verwirrende Situationen auftauchen, welche der

autistische Patient nicht adäquat verarbeiten kann. Er wird dann oftmals mit Rückzug und Angstreaktionen reagieren (müssen). Die Struktur des Behandlungsangebots muss eine genügend große Integration in den stationären Alltag ermöglichen, sodass der Patient aus milieuthérapeutischer Sicht von einem vollstationären Aufenthalt profitieren, seine Interaktionskompetenz differenzieren und erweitern, sowie seine soziale Handlungskompetenz vergrößern kann. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Übertragbarkeit in den heimischen Kontext zu richten und eine vertiefte Überprüfung, ob diese Übertragung tatsächlich nachhaltig und Erfolg versprechend erfolgt, ist erforderlich.

Die Milieuthérapie muss sich die Frage stellen, wie es gelingen kann, eine gewinnbringende Begegnung des stationären Milieus und dessen Strukturen mit der übergroßen Selbstbezogenheit des autistischen Patienten, die einher geht mit einer starren und unflexiblen Struktur in der sozialen Handlungskompetenz, zu gestalten. Wie kann Vertrauen beim autistischen Patienten aufgebaut werden, wie kann das stationäre Milieu für ihn „begeh- und bewohnbarer“ werden? Wie kann in der Fremde des stationären Milieus Vertrautheit installiert und aufgebaut werden? Welche Rückzugs- und Schutzräume können gewährleistet werden? Wie viele für den Patienten begehbbare Brücken aus diesen Schutzräumen heraus ins Milieu können geschlagen und vom Patienten erfolgreich beschritten werden ?

5.1.10.1 Rückgriff auf Bekanntes – Elternkontakt und Zusammenarbeit mit den Eltern

Obwohl Eltern sich oftmals aufgrund der nicht bewältigten Probleme des Kindes als unzulänglich und gescheitert erleben, sind sie die wirklichen Fachleute im Umgang mit ihrem autistischen Kind. Die Informationen über Alltagserfahrungen, Kommunikationsstrukturen, Vorlieben, Ressourcen, möglicherweise über Alltags- und Kommunikationsrituale aus dem familiären Alltag sind für den Entwurf von Integrationschritten in das stationäre Milieu und in die Patientengruppe unverzichtbar. Auch Informationen über Situationen, in welchen die Eltern an ihre Grenzen gestoßen sind, sind wichtig für den Behandlungsplan und den zukünftigen Umgang mit dem Patienten. Im Austausch mit den Eltern, später verknüpft mit dem eigenen Erfahrungshintergrund aus dem stationären Alltag, lässt sich oftmals erst eine verlässliche Kommunikationsbasis mit dem autistischen Patienten finden, eine zunehmende Sicherheit erarbeiten, das Maß betreffend, wie groß Verunsicherungen sein bzw. wie sie gestaltet sein dürfen, dass sie vom Patienten gewinnbringend verarbeitet werden können, ohne dass er (regelmäßig) mit Angst und Rückzug reagieren muss. Elternkontakte über die regelmäßigen Wochenendbeurlaubungen hinaus können auch zusätzliche Schutzräume und Beruhigungsinseln für den autistischen Patienten darstellen, in welchen er auf den Rückgriff auf Vertrautheit regenerieren und Kraft schöpfen, Zuversicht und Sicherheit gewinnen kann. Die Besuchskontakte sollten, in mit dem Milieu abgestimmter Weise, Integrationschritte in den Stationskontext darstellen und unterstützen, nicht den Rückzug aus dem Milieu verstärken. So ist z.

B. eine Teilnahme der Eltern an den Mahlzeiten, aber auch an pädagogischen Kleingruppen denkbar, um Schwellenängste und mangelnde Orientierungsmöglichkeiten in diesen Gruppenkonstellationen leichter und konfliktfreier zu überwinden. Mit vertrauter Struktur (u. a. Begleitung der Eltern) kann sich dann der Patient oftmals schneller gegenüber neuen Strukturen öffnen, auch in diesen ein notwendiges Maß an Vertrauen gewinnen.

Weitere Ziele in der Zusammenarbeit mit den Eltern bestehen darin, für den Patienten adäquate Angebote zu finden bzw. zu entwickeln, die es ihm ermöglichen, seine Kompetenzen in der sozialen Interaktion zu erweitern. Ein weiteres Ziel kann sein, eine problematische Familiensituation durch das Angebot der vollstationären Behandlung zu entschärfen.

5.1.10.2 Erfahrungsraum pädagogisch-pflegerische Kleingruppe

Im Rahmen von Kleingruppenangeboten sollte Patienten mit Autismus ein notwendiges Maß an Selbstbezogenheit innerhalb des Gruppenkontextes gewährt werden, ein (begrenzter) Raum für Selbstgestaltung des Rückzugs bzw. der Zusammenarbeit. Soziale Interaktion ist nicht zwingend das zentrale Element jener pädagogisch-pflegerischen Kleingruppe. Die Beiträge müssen dennoch miteinander besprochen, abgesprochen und kombiniert werden und eine Verständigung über die gemeinsame Struktur muss stattfinden. Der Bezug zur Gruppe bleibt immer wieder gewahrt und erlebbar, in einem erträglichen aber wichtigen Maße erhalten. Der autistische Patient nimmt teil am gemeinsamen Tun, findet sich und seine Beiträge in der gemeinsam gestalteten Gruppe wieder. Wichtig ist es auch in dieser Kleingruppe, wie in vielen anderen Alltagssituationen, dass Brücken gebaut werden, Hilfestellungen von Mitpatienten annehmen zu können, bzw. Hilfestellungen den Mitpatienten zu geben. Durch gleichbleibende Struktur, den festen Termin der Gruppe im Wochenablauf, die gleiche Bezugsperson aus dem Bereich des PED kann diese Kleingruppe auch kurzfristig für den autistischen Patienten ein Schutzraum werden, in welchem er sich auskennt und zurecht findet.

5.1.10.3 Räumliches Angebot

Da der autistische Patient in den dynamischen sozialen Gefügen einer Krankenhausstation immer wieder an seine Grenzen der adäquaten (sozial verträglichen) Verarbeitung der Informationsflut gerät, ist es notwendig, dass er sich in eine ihm vertraute Räumlichkeit, sein eigenes Zimmer zurückziehen kann. Das möglicherweise vom Patienten angeordnete Inventar „seines Zimmers“ sollte nicht verändert werden. Der Patient sollte sich, soweit dies möglich und mit den Stationsregeln vereinbar ist, sein Zimmer selbst gestalten können. Dieses Zimmer sollte der Ort sein / werden, an den er sich zurückziehen und wohlfühlen kann, an den er sich immer zurechtfinden kann.

5.1.10.4 Zeitliche Struktur – Tagesstruktur und Freizeit- und Beschäftigungsplan

Für Autisten ist es in besonderem Maße schwierig, sich kurzfristig auf neue Situationen einzustellen, sich ohne Vorbereitung mit neuen Aufgaben auseinandersetzen zu müssen. Auch in der Begegnung mit neuen Situationen, im Übergang von einer Beschäftigung zu einer „nicht vertrauten“ Beschäftigung bedarf ein Mensch mit Autismus ein größeres Maß an Vertrauen, was er sich alleine oder gemeinsam mit dem begleitenden PED erarbeiten kann, wenn er frühzeitig um diesen Wechsel bzw. Übergang weiß, um sich auf diesen besser vorbereiten zu können. Die neue Situation, die neue Anforderung wird vertrauter, wenn sich der Patient im Vorfeld mit dieser auseinandersetzen kann, sich mögliche Begegnungsformen „vorüberlegen“ kann, begleitete erste Schritte in die neue Situation gemeinsam planen kann.

Das stationäre Milieu ist geprägt durch eine gleichbleibende, in verlässlicher Weise sich täglich wiederholende Tagesstruktur. Die Patienten können sich darauf verlassen, dass sie wochentags um 7:00 Uhr morgens geweckt werden, dass um 7:30 Uhr in der gemeinsamen Gruppe gefrühstückt wird, jeder Patient an seinem festen Platz, am gemeinsamen Tisch mit denselben Mitpatienten sitzt. In ähnlicher Weise ist der gesamte Tagesablauf strukturiert. Dem autistischen Patienten wird eine verlässliche Struktur angeboten - damit auch die Möglichkeit, sich in genügendem Maße auf die nächste Anforderung vorbereiten zu können. Auch der zur Verfügung stehenden Freizeit wird in der Kinderkonferenz eine Struktur gegeben, in dem der Patient, unterstützt vom PED, seine Freizeit in 30 - 60minütigen Intervallen plant. Hier können die Patienten auf eigene Ideen, Absprachen mit Mitpatienten oder Angebote des PED zurückgreifen. Auch hier wird dem autistischen Patienten die Möglichkeit gegeben, schon um 14:00 Uhr zu wissen, welche „Herausforderung“ er um 16:00 Uhr bewältigen muss - somit auch die Möglichkeit, sich darauf vorzubereiten.

Es gilt, bei allen Beteiligten Verständnis dafür zu wecken, dass impulsive, destruktive oder aggressiv wirkende Verhaltensweisen in der Regel Ausdruck dafür sind, dass die Selbstregulationskräfte des Patienten überfordert sind und er sich einer Situation nicht gewachsen fühlt. Deutet sich in solchen Situationen an, dass der Patient übererregt zu werden droht, helfen oft Ablenkungen auf vertraute Tätigkeiten (Lieblingsmusik oder -video, Blick ins Familienalbum, in dem sich Abbildungen aller Familienmitglieder in Urlaubsszenen finden, einfache Aufgaben, z.B. Additionen mit dem Taschenrechner ausführen oder Textzeilen rezitieren). Ablenkungen dieser Art wirken bei autistischen Menschen in der Regel nicht als bestärkende Konsequenzen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit für problematische Verhaltensweisen erhöhen, sondern als Hilfe zur Beruhigung. Bei guter verbaler Kompetenz können auch Selbstinstruktionstrainings durchgeführt werden, bei denen der Patient lernt, sich selbst innere Anweisungen zur Beruhigung zu geben.

5.1.10.5 Vermeidung von (Reiz-) Überforderung für autistische Menschen

- Vorbereitung eines Arbeitsplatzes mit geringer Ablenkung (Verkehrslärm, Fensteraussicht, Geräuschniveau, Abstand zum Nachbarn)
- Gliederung von Arbeitsaufträgen in mehrere Abschnitte
- Vorbereitung von Rückzugsmöglichkeiten
- Vorbereitung von Gelegenheiten zur Bewegung im Raum (Material holen, Mitteilungen überbringen)
- Ritualisierung von Arbeits- und Tagesabläufen
- Visuelle Veranschaulichung der Tagesstruktur (visuelle Stunden- und Arbeitspläne)
- Reduzierung sozialer Anforderungen (Akzeptieren von Blickvermeidung, Einsatz von PC-Lernprogrammen)
- Positive, präventive Lenkung bei kritischen Übergängen zu neuen Tätigkeiten

Eine systematische Förderung kompensatorischer sozialer Fertigkeiten hat im Interventionskonzept für autistische Menschen einen besonderen Stellenwert. So wie sie der Anleitung zu Fertigkeiten des praktischen Lebens bedürfen, benötigen sie auch eine aktive, systematische Anleitung zu den Kompetenzen, die für die Bewältigung sozialer Situationen von Bedeutung sind. Dazu gehört es zu lernen, wie man zu anderen Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen in angemessener – und nicht ungestüm-impulsiver – Weise Kontakt aufnehmen, wie man sich an Gesprächen und gemeinsamen Aktivitäten beteiligen und wie man in angemessener Form eigene Wünsche und Vorstellungen durchsetzen, Konflikte lösen und Ärger oder Wut so abbauen kann, dass niemand anderes darunter leidet.

5.1.10.6 Kommunikation mit autistischen Patienten - Signale gegen den Rückzug

Der autistische Patient bewegt sich in einem besonderen Maße in der Umweltbegegnung in seinen eigenen (beengten)Strukturen. Somit beinhaltet eine Kommunikation mit einem autistischen Patienten auch immer die Notwendigkeit einer Kommunikationsform, die unter besonderer Berücksichtigung der eingeschränkten Kommunikations- und Interaktionsstrukturen des autistischen Patienten versucht, diesen in seinem „eigenen Kosmos“ anzusprechen und aus diesem ein wenig herauszuziehen. Um in Kommunikation zu geraten bedarf es einer klaren, direkten, transparenten, Signalwirkung für den autistischen Patienten ausstrahlenden Kommunikationsform. Das Kommunikationsangebot sollte für den autistischen Patienten so interessant sein, dass er seine Aufmerksamkeit diesem Angebot zuwenden kann.

Nicht ausschweifende, erzählende Kommunikationsstrukturen holen den autistischen Menschen aus seinem „Asyl“, sondern eine kurze, prägnante, Aufforderungscharakter besitzende Kommunikationsform. Es bedarf einer Signalwirkung, den autistischen Patienten für einen gemeinsamen Kommunikationsprozess zu gewinnen und zu interessieren. Um Regeln und Regelüberschreitungen dem autistischen Patienten in der entsprechenden Situation deutlich zu machen, sollte nicht nur auf

verbale Kommunikationselemente zurückgegriffen werden, sondern auch optische Signale genutzt werden. Diese besitzen oftmals eine direktere Wirkung auf die Aufmerksamkeit autistischer Menschen. Die optischen Signale müssen vor deren Einsatz mit dem Patienten besprochen, deren Bedeutung dem Patienten bekannt sein.

- Die Regel „Diesen Raum darfst du nicht ohne entsprechende Aufforderung betreten“ optisch zu unterstützen heißt z. B., an der Türschwelle einen roten Signalstreifen aufzukleben, welchen der Patient in seinem Tun zu beachten hat. Im Wissen um den Inhalt des Signals kann der Patient dann sein Verhalten entsprechend regulieren, sich erfolgreich an Absprachen orientieren.
- Der Kritik „Dein Verhalten ist in der gegenwärtigen Situation nicht richtig. Hör damit auf!“ kann zusätzlich Ausdruck verliehen werden durch Einsatz von Signalkarten, die genau diesen Wortlaut symbolisieren (Hör damit auf!), welche den Patienten dazu bewegen, inne zu halten, seine Aufmerksamkeit dem PED zuzuwenden (damit zumindest für einen Moment aufzuhören).

Und mit dieser Aufmerksamkeit ist ein großer, wesentlicher Schritt getan, um sich in einer konkreten Situation auszutauschen, Verhaltensweisen zu beenden, zu verändern, Situationen einvernehmlich, sozial verträglicher zu gestalten.

5.1.10.7 Unterschiede zwischen tagesklinischer und vollstationärer Behandlung

Teilstationäre Behandlung ist indiziert bei einem ausgeprägten Schweregrad, der die familiäre und schulische Integration gefährdet. Andererseits erfordert die tagesklinische Behandlung ein erhebliches Maß an familiären Ressourcen, da die Familie morgens, abends und nachts den Belastungen, die durch die Symptomatik des Patienten entstehen, gewachsen sein muss. Außerdem ist eine intensive Elternmitarbeit unverzichtbar. Es kann zudem passieren, dass ein Patient tagsüber unter den klaren Strukturen in der tagesklinischen Behandlung mit dem damit verbundenen Anpassungsdruck relativ gut zurecht kommt, auf der Heimfahrt oder zu Hause dann aber unter gelockerten Bedingungen seine Anspannung ausagiert.

Einigen Patienten fällt es auch schwer, ständig zwischen den beiden Kontexten, in denen u. U. sehr unterschiedliche Bedingungen und Werte herrschen, hin und her zu wechseln.

Ist räumliche Distanzierung zur Deeskalation intrafamiliärer Konflikte erforderlich und vorübergehende Entlastung der Angehörigen, kann dies vollstationär leichter umgesetzt werden.

5.1.11 Pharmakotherapie

Auch wenn die Kernproblematik autistischer Störungen pharmakologisch nicht ausreichend behebbar ist, sind Begleitsymptome oftmals durch Medikamente erfolgreich beeinflussbar. Des weiteren können sie pädagogische und psychotherapeutische Maßnahmen oftmals unterstützen bzw. erst ermöglichen. Besonders Aufmerksamkeitsstörungen, Auto- und Fremdaggressionen, Stereotypien und Hyperaktivität lassen sich gut behandeln. Die Wirksamkeit von Methylphenidat, Risperidon und einigen SSRI ist gut belegt.

5.1.11.1 Zielsymptome der Psychopharmakotherapie

- *Aggressivität*: Unterschieden werden kann zwischen unzureichend kontrollierter, impulsiver Aggressivität und gezielter Aggressivität im Kontext einer Zwangssymptomatik. Bei ersterer kommen Stimulanzien oder Neuroleptika in Betracht, bei letzterer SSRI (außer Citalopram) bzw. Clomipramin. Die Wirksamkeit von Methylphenidat auf die Aggressivität ist unabhängig davon, ob zusätzlich AD(H)S vorliegt.
- *Angststörungen*: Clomipramin, SSRI (außer Citalopram), Neuroleptika, bei ADS/ADHS auch Atomoxetin
- *Aufmerksamkeitsstörungen*: Über 50% aller Menschen mit einer autistischen Störung erfüllen zusätzlichen die Kriterien von ADS mit oder ohne Hyperaktivität. Zur Behandlung kommen Stimulanzien und Atomoxetin in Betracht (Details siehe Klinikleitlinie ADHS).
- *Bewegungsunruhe*: Stimulanzien, Atomoxetin, Neuroleptika
- *Depressive Störungen*: Clomipramin, SSRI (außer Citalopram)
- *Impulsivität*: Stimulanzien, Neuroleptika
- *Reizbarkeit*: Neuroleptika
- *Selbstverletzendes Verhalten*: Neuroleptika, SSRI (außer Citalopram), Buspiron
- *Stereotypien*: SSRI (außer Citalopram), Neuroleptika
- *Zwangssymptome, ritualisierte Handlungen*: Clomipramin, SSRI (außer Citalopram), Neuroleptika
- Laut Übersichtsarbeit von West et al. (2009) finden sich für einige SSRIs moderate Effekte bzgl. einzelner Symptome, jedoch zeigt nur Fluoxetin Evidenz bzgl. *Abnahme des globalen Autismusschweregrads*.

Zur Beurteilung unerwünschter Wirkungen durch Medikamente kann der „Fragebogen zu Nebenwirkungen von Medikamenten“ von Rothenberger & Steinhausen eingesetzt werden.

5.1.11.2 Atypische Neuroleptika

Bei Störungen des autistischen Spektrums ist Risperidon bisher am besten untersucht. In mindestens 13 gut abgesicherten Studien konnte die Wirksamkeit gegen Aggressionen, erhöhte Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Erregungszustände, Depression und repetitive Verhaltensweisen und sozialen Rückzug belegt werden. Es konnte

sowohl gute Wirksamkeit bei erhöhter Reizbarkeit belegt werden als auch auf Zielsymptome, die von den Eltern als besonders belastend beschrieben wurden. Dazu zählen vor allem Wutanfälle, Aggressionen, motorische Unruhe und selbstverletzendes Verhalten. Die höchsten Effektstärken wurden für Selbstverletzungen und Wutanfällen gemessen. Kein befriedigender Effekt zeigte sich dagegen auf die Kernsymptome autistischer Störungen, wenn man von einer milden Verbesserung repetitiver Verhaltensweisen absieht. Unerwünschte NW sind vor allem initiale Müdigkeit und Gewichtszunahme, sexuelle Dysfunktionen und Erhöhung des Prolaktinspiegels (chronische Einnahme von Neuroleptika kann zu hypophysären Tumoren führen), sowie extrapyramidale Symptome, seltener kardiale NW. Der Prolaktinspiegel steigt bei Risperidon während der ersten 4 Wochen an, bleibt aber in der Regel unter der Schwelle klinisch bedeutsamer Veränderungen, um danach wieder abzufallen; bei Jungen bleibt er oft erhöht. Risperidon ist in Deutschland zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Kindern in Form von Impulssteuerungsstörungen mit selbst-/fremdaggressivem oder behandlungsbedürftigem störenden Verhalten bei Intelligenzminderung oder Intelligenz im unteren Normbereich zugelassen, unter den Gegenanzeigen werden jedoch Kinder unter 5 Jahren genannt. Der Studie von Luby et al. (2006) ist zu entnehmen, dass auch autistische Kinder, die jünger als 5 Jahre sind (die Studie umfasste Kinder im Alter von 2;5 bis 6 Jahre) Risperidon (0,5 bis 1,5 mg/d) gut vertragen (Beobachtungsphase 6 Monate), die Verbesserung im Autismusschweregrad war jedoch nur gering gegenüber Placebo. In der Studie von Nagaraj et al. (2006), in der Kinder im Alter von 2 bis 9 Jahren über 18 Monate behandelt (0,5 bis 1 mg/d) und beobachtet wurden, zeigten sich im Gegensatz zu Placebo signifikante Verbesserungen im total Childhood Autism Rating Scale score und im Children's Global Assessment Scale score sowie hinsichtlich sozialer Interaktion, nonverbaler Kommunikation, Hyperaktivität und Aggressivität bei guter Verträglichkeit. Die Anwendung bei autistischen Kindern, die jünger als 5 Jahre sind, kann jedoch nur im Rahmen von off-label-use erfolgen.

Für Olanzapin, Ziprasidon, Quetiapin, Aripiprazol sind ebenfalls positive Effekte auf Aggressivität, Hyperaktivität und selbstverletzendes Verhalten belegt. Diese Substanzen sind jedoch bisher in Deutschland nur für Erwachsene und nur für schizophrene bzw. bipolare Störungen zugelassen. Obwohl Pipamperon seit Jahrzehnten eines der am häufigsten Kindern und Jugendlichen verabreichten Psychopharmaka darstellt, steht im Beipackzettel unter Anwendungsbeschränkungen „Kdr. u. Jugendl. <18 J. (nur begrenzte Studien)“. Die wenigen vorliegenden Studien sind über 30 Jahre alt. Auch unter Pipamperon können die für Neuroleptika typischen NW auftreten. Entschließt man sich dennoch zur Therapie mit Pipamperon, wird für Kinder <14 Jahre als Anfangsdosis 1 mg/kg KG/d empfohlen mit einer Steigerung um 1 mg/kg KG/d bis auf max. 6 mg/kg KG/d und Verteilung der Tagesdosis auf 3 Gaben.

Substanz	Dosierung	Zulassung	Unerwünschte Wirkungen	Einsatzbereich
<i>Atypische Neuroleptika</i>				Aggressivität, motorische Unruhe, SIB, Wut-anfälle, repetitives Verhalten
Risperidon	0,25–2 mg/d	Risperdal®: Impulssteuerstörung bei Kindern, Jugendlichen u. Erwachsenen m. selbst- oder fremdaggressivem Verhalten oder behandlungsbedürftigem störendem Verhalten bei Intelligenzminderung oder Intelligenz im unteren Normbereich	Müdigkeit, Gewichtszunahme, Hyperglykämie, sexuelle Dysfunktionen, Prolaktinerhöhung, EPS, Krampfanfälle, tardive Dyskinesien.	

Die Gewichtszunahme bei Neuroleptika stellt gerade bei Kindern und Jugendlichen durch die Gefahr der Ausbildung eines metabolischen Syndroms mit Adipositas, diabetogener Stoffwechsellage und Blutdruckerhöhung ein ernstes Problem dar. Gewichterhöhungen werden am deutlichsten durch Olanzapin und Risperidon berichtet, Quetiapin, Ziprasidon und Aripiprazol zeigen dagegen in dieser Hinsicht ein weniger ungünstiges Profil in dieser Reihenfolge. Neben Dosisreduktion oder Umstellung auf ein anderes Neuroleptikum sollten frühzeitig Ernährungsumstellungen und verstärkte Motivation zu sportlichen Aktivitäten in therapeutische Bemühungen miteinbezogen werden. Eine möglichst früh einsetzende und gezielte Beratung der Eltern autistischer Kinder hinsichtlich ballaststoffreicher, fettarmer Ernährung ist daher als wirksame Maßnahme zur Eindämmung exzessiver Gewichtszunahme notwendig. BMI, Taillenumfang, Blutdruck, Triglyceride und Blutzuckerwerte sollten regelmäßig überprüft werden (Anstieg auch noch nach vielen Wochen möglich!). Tardive Dyskinesien treten bei längerfristiger Behandlung auch mit atypischen Neuroleptika auf, so dass vor dem Einsatz von Neuroleptika stets geprüft werden muss, ob nicht mit Substanzen, die ein günstigeres Nebenwirkungsprofil aufweisen, derselbe Behandlungserfolg erwartet werden kann.

5.1.11.3 Stimulanzien

Mehrere kontrollierte Studien belegen eine moderate bis gute Wirksamkeit auf Unaufmerksamkeit, Hypermotorik und Impulsivität bei autistischen Kindern, sowie auf begleitend auftretendes oppositionelles und aggressives Verhalten und Wutausbrüche. Häufige Nebenwirkung ist Appetitminderung, selten treten erhöhte Irritabilität, Zunahme von Stereotypen oder Tics, sozialem Rückzug oder Dysphorie auf.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, entsprechen die Einsatzgebiete nicht immer der Zulassung (siehe klinikinterne Leitlinie Off-Label-Use).

Substanz	Dosierung	Zulassung	Unerwünschte Wirkungen	Einsatzbereich
<i>Stimulanzien, Atomoxetin</i>				
Methylphenidat	5 – 60 mg/d	Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität, Hyperaktivität im Alter von 6-18 Jahren	Appetitminderung, Schlafstörungen, Zunahme von Tics, Reboundeffekt, Hypertonie, Tachykardie, Dysphorie, zerebrale Krampfanfälle, usw.	Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität, Hyperaktivität, Aggressivität, Irritabilität, Störung des Sozialverhaltens
Atomoxetin	0,5 – 1,2 mg/kg KG	ADHS von 6-18 J.	Appetitminderung, Suizidalität, Bauchschmerzen, Erbrechen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Schwindel, Somnolenz, Mydriasis, Verstopfung, zerebrale Krampfanfälle, usw.	Verbesserungen von AD(H)S-Symptomatik, Irritabilität, sozialem Rückzug, Stereotypen und repetitiver Sprache

5.1.11.4 Antidepressiva

Für die Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen konnte eine Überlegenheit gegenüber Placebo nur für Fluoxetin und Sertralin empirisch belegt werden. Für Paroxetin und Venlafaxin wurde kein überzeugender Wirksamkeitsnachweis erbracht. Citalopram ist nicht wirksam. Fluoxetin, Sertralin und Citalopram weisen die niedrigsten relativen Suizidalitätsrisiken auf.

SSRI finden auch gezielt Anwendung bei Angst- und Zwangssymptomen, repetitiven und stereotypen Verhaltensweisen und Selbstverletzungen. Derzeit existieren 3 kontrollierte und 10 offene Studien zur Behandlung autistischer Patienten mit SSRI, die meisten davon zeigen eine signifikante Verbesserung im globalen Funktionsniveau sowie von ängstlichen, aggressiven und depressiven Symptomen (vor allem der Affektlabilität) und von repetitivem Verhalten. Besonders Fluoxetin ist durch zwei kontrollierte Studien gut untersucht. Positive Effekte zeigten sich auch für Sertralin und Escitalopram. Citalopram ist nicht wirksam. Für Fluvoxamin zeigte eine kontrollierte Untersuchung gute Wirksamkeit auf aggressives und repetitives Verhalten bei Erwachsenen mit autistischen Störungen, es konnte jedoch keine befriedigende Wirksamkeit bei Kindern belegt werden. Positive Ergebnisse finden sich auch für Clomipramin bei jugendlichen und erwachsenen autistischen Patienten. Bei Kindern im Alter zwischen 3–8 Jahren zeigten sich dagegen oft unerwünschte Wirkungen und auch Symptomverschlechterungen, sodass der Einsatz von Clomipramin in dieser Altersgruppe nicht empfehlenswert scheint. Bzgl. Zwangsstörungen ist Clomipramin allen SSRI in der Wirksamkeit überlegen.

Fluoxetin und Paroxetin inhibieren besonders CYP2D6, was zu Erhöhung der Serumspiegel von Risperidon führen kann. Sertralin inhibiert ausschließlich das CYP3A4 Enzym und zeigt somit die geringsten Interaktionen mit anderen Medikamenten.

Substanz	Dosierung	Zulassung	Unerwünschte Wirkungen	Einsatzbereich
<i>Antidepressiva</i>				Zwangssymptome, repetitives Verhalten Angst, elektiver Mutismus, Aggressivität
Clomipramin	Kinder initial 10 mg/d, Steigerung auf 20 mg/d bei 5- bis 7-Jährigen, auf 20-50 mg/d bei 8- bis 14-Jährigen, Erwachsene init. 50 mg/d, Steigerung auf 100-150 mg/d	Zwangsstörung, Depressive Syndrome, Phobien, Panikstörung ab 5 J.	Unruhe, Agitiertheit, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Diarrhö, Tremor, Schwindel, Schlafstörungen, zerebrale Krampfanfälle, Unruhe, Agitiertheit, Müdigkeit, anticholinerge NW (trockener Mund, Obstipation, Verwirrtheit), Hypotonie, sexuelle Störungen, kardiale Reizleistungsstörungen, Gewichtszunahme	
Fluoxetin	20–60 mg/d	Depression Hartkapseln für mittelgradige bis schwere Depressionen ab 8 J., Zwangsstörung ab 18 J.	Unruhe, Agitiertheit, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Diarrhö, Tremor, Schwindel, Schlafstörungen, zerebrale Krampfanfälle	
Fluvoxamin	50–200 mg/d	Zwangsstörung ab 8 J., Depression ab 18 J.		
Sertralin	50–200 mg/d	Depression ab 18 J.		

5.1.11.5 Schlafstörungen

Vor Beginn einer medikamentösen Behandlung sollten zunächst nichtmedikamentöse Interventionen versucht werden (u. a. Kontrolle von wach haltenden Stimuli, Schlafhygiene-Edukation, Einschlafrituale, Schlafzeitbegrenzung, paradoxe Intention, Entspannungsübungen). Ggf. kann bei erniedrigtem Ferritin eine Eisensubstitution durchgeführt werden. Liegt zusätzlich ADHS vor, kann ca. 1 Stunde vor dem Einschlafen 5-10 mg Methylphenidat gegeben werden.

Einige Baldrian-Präparate sind zur Behandlung von „Nervös bedingten Einschlafstörungen“ ab dem Alter von 6 Jahren zugelassen (z. B. Baldorm® oder Sedonium® 300 mg), viele aber auch erst ab dem Alter von 12 Jahren!

Pipamperon (Dipiperon®) ist zwar für Schlafstörungen zugelassen, bzgl. Patienten unter 18 Jahren steht jedoch im Begleitzettel „unter bes. Berücksichtigung d. Nutzen-Risiko-Verhältnisses verordnen, da nur begrenzte Studien vorliegen“. Promethazin (Atosil®) ist bzgl. Schlafstörungen nur für Erwachsene zugelassen, bzgl. Patienten unter 18 Jahren steht jedoch im Begleitzettel „nur b. zwing. Ind.“. Chloralhydrat 500 mg (Chloraldurat® 500 mg) ist zwar für Kinder ab dem Alter von 6 Jahren zugelassen, jedoch nur Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen. Die meisten Diphenhydramin-Präparate sind nur für Erwachsene zugelassen und oft auch nur zur Kurzbehandlung. Ausnahmen stellen „Vivinox® Sleep Schlaftabletten stark“ und „Moradorm Tabletten“ zur Behandlung von Einschlaf- und Durchschlafstörungen ab dem Alter von 14 Jahren dar. Für Valiquid® 0,3 10 mg/ml Tropfen (Diazepam) wird bei Schlafstörungen bei Kindern zwischen 6 und 14 Jahren je nach Alter 6 bis 12 Tropfen vor dem Schlafengehen vom Hersteller empfohlen. Benzodiazepine sind ebenfalls nur zur Kurzbehandlung von Schlafstörungen zugelassen. Cave Suchtgefahr bei längerfristiger Anwendung!

Melatonin in einer Dosis von 1 bis 3 mg bei Vorschulkindern und von 3 bis 6 mg bei Schulkindern wird in den „Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry zur psychopharmakologischen Behandlung sehr junger Kinder“ (Gleason et al. 2007) zur Verkürzung der Einschlaflatenz empfohlen. In der Metaanalyse von Buscemi et al. (2006) fand sich jedoch kein Nachweis dafür, dass Melatonin Schlafstörungen wirksam beeinflusst. Es konnte weder die Wartezeit bis zum Einschlafen verkürzen noch die Schlafdauer deutlich verlängern. Darüber hinaus können Nebenwirkungen auftreten wie z. B. Senkung der Wirksamkeit von Antithrombosemitteln und Antiepileptika. Melatonin ist in Deutschland lediglich als Circadin® für Insomnie bei Patienten ab 55 Jahren zugelassen.

5.1.11.6 Kosten

Substanz	Behandlungskosten pro Tag ca.
Atomoxetin	3,81 bis 5,05 €
Clomipramin	0,32 bis 0,85 €
Fluoxetin	0,36 bis 2,04 €
Fluvoxamin	0,35 bis 1,95 €
Methylphenidat	0,78 bis 3,10 €
Risperidon	1,37 bis 3,08 €
Sertralin	0,59 bis 2,54 €

5.1.12 Ergänzende Verfahren

Die hier dargestellten Verfahren können als Ergänzung der vorgenannten Verfahren eingesetzt werden, sind jedoch nicht ausreichend als alleinige Therapieform.

Ergotherapie, Logopädie und Bewegungstherapie werden vor allem in der Frühförderung eingesetzt, können aber manchmal auch noch im Schulalter in Ergänzung zu anderen therapeutischen Interventionen sinnvoll sein. Sie verschaffen Kindern und Jugendlichen mit Autismus neuartige Sinneserfahrungen und Beschäftigungsmöglichkeiten. Häufig bewirken sie eine Verbesserung der Sprache, Psychomotorik, Koordination und Körperwahrnehmung.

5.1.12.1 Ergotherapie

Ziele der Ergotherapie bestehen darin, das Kind mit Materialien und deren Umgang vertraut zu machen und ihnen vielfältige Umwelterfahrungen zu ermöglichen, im Üben lebenspraktischer Tätigkeiten, sowie in der Verbesserung, Wiederherstellung oder Kompensation beeinträchtigter Fähigkeiten, um möglichst große Selbstständigkeit und Handlungsfreiheit im Alltag ermöglichen. Dabei muss die Therapie in soziale Interaktionen eingebettet sein und die kommunikativen Fähigkeiten fördern.

5.1.12.2 Logopädie

Eine Indikation für Sprachtherapie ist gegeben, wenn bei Kindern mit Autismus die Verwendung einfacher funktionaler Sprache im Alltag begonnen hat. Voraussetzung stellt ein einfaches Instruktionsverständnis dar. Verbesserung von Sprachentwicklungsrückstände und/oder Sprachauffälligkeiten in Lautstärke, Tonlage, Geschwindigkeit und Modulation sind Behandlungsziele. Bei Fütterstörungen bzw. Essstörungen können Dysästhesien im Mundrachenraum eine Ursache darstellen, so dass dann eine gezielte Stimulation in diesem Bereich indiziert ist (s. a. Abschnitt „Physiotherapie“).

5.1.12.3 Physiotherapie, Psychomotorik

Indikationen bei Menschen mit Asperger-Syndrom sind häufig eine gestörte Bewegungskoordination und Körperwahrnehmung vor sowie ein erniedrigter Muskeltonus.

Bei Menschen mit frühkindlichem Autismus liegt häufig eine Hirnschädigung vor, die Lähmungen bzw. Bewegungseinschränkungen mit erhöhtem oder erniedrigtem Muskeltonus führen kann, so dass Physiotherapie indiziert sein kann.

Für alle Formen des autistischen Spektrums kann Psychomotorik als zusätzlich Verfahren eingesetzt werden, um psychosoziale Verhaltensweisen wie z. B. Distanzregulierung, Spannungsabfuhr, Körperwahrnehmung, Körpersprache einzuüben. Bei Kleinkindern mit Ess- und Fütterstörungen kann aufgrund der mangelnden Koordination von Kauen und Schlucken eine auf diesen Bereich fokussierte Physiotherapie indiziert sein (s. a. Abschnitt „Logopädie“).

5.1.12.4 Musiktherapie

Musik als multisensorisches Medium wird aktiv in der Situation für das Kind improvisiert. Fokussiert wird die zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit, die in einer engen Verbindung mit der emotionalen Entwicklung des Kindes steht. Musik kann ohne die Fähigkeit zum Blick- oder Körperkontakt eine zwischenmenschliche Beziehung herstellen helfen. Musik ist das Medium, das Gefühle des Menschen ausdrücken und gestalten helfen kann. Musik kann das Teilen von Gefühlen, das Empfinden von Gemeinsamkeit hör- und spürbar machen. Die musikalische Tätigkeit ermöglicht die Erfahrung von Urheberschaft und stärkt das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Die Indikation bei Kindern mit Autismus ist gegeben, wenn spezifische Eigenschaften des Mediums Musik einen Beitrag in der Behandlung oder Entwicklung leisten kann.

5.1.12.5 Reittherapie

Der Heilungserfolg des Therapeutischen Reitens ist bisher nur in kleineren Studien belegt, dennoch werden aus der Behandlung autistischer Patienten immer wieder positive Erfahrungen berichtet.

5.1.12.6 Sozialarbeit

Durch vermindertes Einfühlungsvermögen, verminderte Flexibilität, sich auf neue und veränderte Situationen einzustellen, erhöhte Ängstlichkeit, erhöhte Irritierbarkeit und Ablenkbarkeit sowie verminderte emotionale Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit sind autistische Menschen oftmals erheblich beeinträchtigt in ihrer sozialen Kompetenz, in ihrer Selbständigkeitsentwicklung, in der schulischen bzw. beruflichen Laufbahn sowie in der Orientierung im Alltag. Demzufolge kann beim Versorgungsamt ein Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt werden. In den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ (AHP) ist bei autistischen Syndromen für „leichte Formen (z. B. Typ Asperger)“ ein „Grad der Behinderung“ (GdB) von 50 – 80 vorgesehen, für „sonst“ ein GdB von 100.

Des Weiteren wird in den AHP davon ausgegangen, dass bei autistischen Syndromen in der Regel *Hilflosigkeit (Merkzeichen H)* bis zum 16. Lebensjahr – in manchen

Fällen auch darüber hinaus – anzunehmen ist. Dies würde bedeuten, dass nach SGB IX § 145 unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr in Anspruch genommen werden kann. Zumindest bei leichteren Formen einer autistischen Störung kann oftmals jedoch nicht von Hilflosigkeit i. S. der AHP ausgegangen werden: Als hilflos ist laut AHP derjenige anzusehen, der infolge von Gesundheitsstörungen - nach Teil 2 SGB IX und dem Einkommensteuergesetz - „nicht nur vorübergehend“ – für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Bei den als Beispiele genannten somatischen Beeinträchtigungen wird jeweils ein extrem hoher Schweregrad in der Ausprägung aufgeführt, die Gefahr lebensbedrohlicher Zwischenfälle und/oder die Notwendigkeit dauernder Überwachung. Diese drei Aspekte sind bei leichten Formen autistischer Störungen oft nicht gegeben, so sind die Betroffenen z. B. oftmals in der Lage, selbständig mit dem Bus von der Schule bzw. vom Arbeitsplatz nach Hause zu fahren.

Eine Berechtigung für eine ständige Begleitung (Merkzeichen B) ist bei schwerbehinderten Menschen, bei denen die Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“ oder „H“ vorliegen gegeben, die infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die Begleitperson fährt dann ebenfalls unentgeltlich, freien oder vergünstigten Eintritt für die Begleitung bei Zoo, Museum, Schwimmbad etc.

Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G): In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

Je nach anerkanntem GdB und je nach Merkzeichen wird auch ein steuerlicher Nachteilsausgleich gewährt.

5.1.12.7 Selbsthilfe

- Lektüre von Elternratgebern zu autistischen Störungen und Informationen im Internet
- Teilnahme an Elterngruppen
- Teilnahme an autismusspezifischen Mailinglisten

5.1.13 Schule/Ausbildung/Beruf

5.1.13.1 Schule

Für eine aktive Lebensbewältigung in größtmöglicher sozialer Integration und für ein Leben in weitgehender Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sind spezielle Eingliederungs- und Lernangebote erforderlich. Bei den meisten Kindern und Jugendlichen mit autistischem Verhalten besteht sonderpädagogischer Förderbedarf. Sonderpädagogische Förderung unterstützt und begleitet Kinder und Jugendliche mit autistischem Verhalten, die in ihrer geistigen Entwicklung schwer beeinträchtigt, aber auch hochbegabt sein können. Ihre Förderung ist Aufgabe aller Schulformen. Die Unterschiedlichkeit der Ausprägung der autistischen Verhaltensweisen erfordert eine individuelle Ausrichtung der pädagogischen Maßnahmen. Ob eine Regelschule erfolgreich absolviert werden kann, die Förderung auf einer Förderschule notwendig ist oder auf einer Privatschule, hängt sowohl von den intellektuellen Fähigkeiten als auch von der Ausprägung der Verhaltensauffälligkeiten ab. Die Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs findet in der Verantwortung von Schule und Schulaufsicht statt, die entweder selbst über sonderpädagogische Kompetenz verfügen oder fachkundige Beratung hinzuziehen.

Zur Beantwortung der Frage, welcher Schultyp im Einzelfall den besten Förderort darstellt, müssen zuständiges Schulamt (ggf. bisherige Schule), Eltern und Therapeuten sich austauschen, möglichst unter Beteiligung des regionalen Arbeitskreis „Autismus“ des Schulamtsbezirks. Allgemein hat sich bewährt:

- Bei gut durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz ist oftmals der Besuch einer Regelschule sinnvoll, *nach Rücksprache mit Schule und Jugendamt* ggf. unterstützt durch einen Schulbegleiter/Integrationshelfer und/oder Gewährung von Nachteilsausgleich je nach Problemlage.
- Ist trotz gut durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz und sonderpädagogischer Maßnahmen bzw. Schulbegleiter/Integrationshelfer der Besuch einer Regelschule nicht auf Dauer möglich, kann *nach Rücksprache mit Schulamt und Jugendamt* ggf. die Beschulung auf einer Privatschule mit kleiner Klassengröße und spezifischem pädagogischem Konzept sinnvoll sein.
- Bei einer Intelligenz im Grenzbereich zwischen unterem Durchschnitt und Lernbehinderung kann je nach Fähigkeitsprofil die Beschulung auf einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt „Sprache“ oder „Körperliche und motorische Entwicklung“ (wenn nicht der Anteil körperbehinderter Schüler mit geistiger Behinderung in der betreffenden Klasse so hoch ist, sodass das kognitive Anforderungsniveau zu niedrig ist) in Betracht kommen. In Ausnahmefällen kann auch eine Förderschule mit dem Förderschwerpunkt „Emotionale und soziale Entwicklung“ geeignet sein. Oftmals besteht jedoch die Gefahr, dass die autistischen Schüler aufgrund ihrer geringen sozialen Kompetenzen sich nicht ausreichend gegen die Mitschüler behaupten können, was nur durch stringend autismusspezifisch ausgerichtete Konzepte, die nachhaltig in der Schule angewandt werden, aufgefangen werden kann.

- Bei einer Intelligenz im Bereich der Lernbehinderung ist oftmals eine Förderschule mit dem Förderschwerpunkt „Lernen“ geeignet.
- Bei einer Intelligenz im Bereich der geistigen Behinderung ist in der Regel eine Förderschule mit dem Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung“ geeignet.

5.1.13.1.1 Schulbegleiter/Integrationshelfer: Diese Maßnahme wird vom Jugendamt finanziert, bei deutlicher geistiger Behinderung, Körperbehinderung oder Mehrfachbehinderung ggf. auch von der Sozialhilfe. Bevor ein Integrationshelfer als Maßnahme von unserer Klinik vorgeschlagen wird, muss daher unbedingt mit dem Kostenträger und der Schule abgestimmt werden, ob diese Maßnahme als sinnvoll angesehen wird. Der Integrationshelfer wird vom Kostenträger benannt. Unterschieden wird zwischen qualifizierten Fachkräften und nicht speziell qualifizierten Kräften. Die Arbeitszeit des Integrationshelfers kann eine Spannweite von 4 Stunden pro Woche bis zur gesamten Unterrichtszeit (und ggf. darüber hinaus) betragen. Dies hängt einerseits davon ab, in welchen Fächern bzw. bei welchen Lehrkräften es besonderen Unterstützungsbedarf gibt, andererseits davon, was organisatorisch seitens des Integrationshelfers umsetzbar ist. Anders als von der Schule angestellte Personen wie z. B. Sonderpädagogen, sind Integrationshelfer nicht für mehrere Schüler zuständig, sondern nur für den vom Kostenträger benannten. Im Vordergrund stehen nicht schulische Fördermaßnahmen, sondern Maßnahmen zur Teilhabe an der Gesellschaft. Sind Lehrkräfte und Eltern sehr unterschiedlicher Meinung bzgl. adäquatem Umgang mit dem Schüler in der Schule (wie viel Anpassung von wem ist notwendig und sinnvoll?), ist es nicht Aufgabe des Integrationshelfers, zwischen Lehrkräften und Eltern zu vermitteln! Der Integrationshelfer hilft bei der Integration des Schülers, nicht bei der Integration von Eltern und Lehrkräften! Die Diskrepanzen erzieherischer Ideologien zwischen Eltern und Lehrkräften müssen *vor* dem Einsatz eines Integrationshelfers angenähert werden bzw. nicht vom Integrationshelfer erwartet werden!

Ob der Einsatz eines Integrationshelfers sinnvoll ist oder nicht, hängt nicht allein von den Defiziten des Schülers ab, sondern auch von seinen Stärken sowie von den Defiziten und Stärken der Lehrkräfte und seiner Mitschüler. Die Notwendigkeit eines Integrationshelfers ergibt sich daher aus den Defiziten im Zusammenspiel der Systeme ‚Schüler‘ – ‚Lehrkräfte‘ – ‚Mitschüler‘ – ‚Erziehungsberechtigte‘ und der Aussicht, dieses Zusammenspiel mittels Integrationshelfer konstruktiv zu gestalten.

5.1.13.1.2 Nachteilsausgleich (§ 126 SGB IX, Schulrecht, Prüfungsrecht und bei der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS)): Nachteilsausgleich ist eine Kompensation nicht zu verantwortender Nachteile bei den schulischen Leistungen, der Durchschnittsnote oder Wartezeit z.B. durch chronische Erkrankungen. Art und Umfang des Ausgleichs sind danach auszurichten, Art und Bemessung der Ausgleichsmaßnahmen sind danach auszurichten, dass dem Grundsatz der Chancengleichheit möglichst vollständig Genüge getan wird, d.h. dass die Beeinträchtigung voll ausgeglichen wird.

Formen des Nachteilsausgleichs:

Bei mündlichen, schriftlichen, praktischen und sonstigen Leistungsanforderungen muss auf die Behinderung angemessen Rücksicht genommen werden durch Nachteilsausgleich bzw. differenzierte Leistungsanforderung. Je nach Behinderung kommen u. a. verlängerte Arbeitszeiten bei Klassenarbeiten bzw. verkürzte Aufgabenstellung, Bereitstellen bzw. Zulassen spezieller Arbeitsmittel (z. B. Einmaleinstabelle, Computer, größere bzw. spezifisch gestaltete Arbeitsblätter, größere Linien, spezielle Stifte), mündliche statt schriftliche Arbeitsform, unterrichtsorganisatorische Veränderungen (z.B. individuell gestaltete Pausenregelungen, individuelle Arbeitsplatzorganisation), Ausgleichsmaßnahmen anstelle einer Mitschrift von Tafeltexten, differenzierte Hausaufgabenstellung, größere Exaktheitstoleranz (z.B. in Geometrie, beim Schriftbild, in zeichnerischen Aufgabenstellungen) und individuelle Sportübungen in Betracht.

5.1.13.2 Ausbildung und Beruf

Die Möglichkeiten beruflicher Eingliederung sind u. a. abhängig vom Leistungsniveau.

Betriebliche Berufsausbildung: U. U. gelingt es, autistische Menschen mit dem hohem Entwicklungsniveau zur Ausbildung an verständnisvolle Betriebe („Nischenarbeitsplatz“) zu vermitteln. Sie bedürfen jedoch in der Regel einer besonderen Betreuung, denn sie haben fast immer Schwierigkeiten in der sozialen Anpassung oder in der Bewältigung neuer und unvorhergesehener Ereignisse. Bei einer betrieblichen Berufsausbildung sind deshalb ausbildungsbegleitende Hilfen erforderlich; eine finanzielle Förderung für den Betrieb ist möglich (Ausbildungszuschuss). Auch kann eine Anpassung von Prüfungsbedingungen notwendig werden. Ggf. müssen Qualifizierungsberater der Handwerkskammern, Mitarbeiter der Integrationsfachdienste, Mitarbeiter der kommunalen Arbeitsgemeinschaften, Reha-Berater, Arbeitsvermittler, Mitarbeiter von Integrationsprojekten und Mitarbeiter aus betreuten Wohnformen und Wohneinrichtungen spezifisch beraten werden.

Studium: Hat der Patient die Qualifikation zum Besuch einer Fachhochschule bzw. Hochschule/Universität erlangt, ist oftmals dennoch eine Unterstützung notwendig bei der zielgerichteten Strukturierung des Lehrplans, der effizienten Vorbereitung auf die Prüfungen und bei der effektiven Pflege der sozialen Beziehungen (z. B. zu Kommilitonen).

Ist ein Studium nicht möglich, kommen ein Nischenarbeitsplatz und/oder die Anpassung von Prüfungsbedingungen bzgl. eines Ausbildungsplatzes in Betracht. Beratung von Qualifizierungsberatern der Handwerkskammern, Mitarbeitern der Integrationsfachdienste, Mitarbeitern der kommunalen Arbeitsgemeinschaften, Reha-Beratern, Arbeitsvermittlern, Mitarbeitern von Integrationsprojekten und Mitarbeitern aus betreuten Wohnformen und Wohneinrichtungen kann erforderlich sein.

Kommt dies nicht in Betracht, ist die Ausbildung in einem *Berufsbildungswerk* oder in einer sonstigen Reha-Einrichtung in Betracht zu ziehen. Die Anmeldung erfolgt über die örtliche Agentur für Arbeit. Berufsbildungswerke (BBW) sind überregionale Einrichtungen, die jungen Menschen mit Behinderungen eine berufliche Erstausbildung ermöglichen. Ziel ist die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die persönliche, soziale und gesellschaftliche Integration. Dazu werden Maßnahmen zur Berufsvorbereitung sowie Berufsausbildungen in anerkannten Ausbildungsberufen und nach Ausbildungsregelungen für Behinderte angeboten. Bzgl. autistischer Störungen speziell qualifizierte BBW sind im Abschnitt „Quellen“ genannt. Die Kenntnis der Gesamtproblematik autistischer Bewerber, aber auch ihrer besonderen Begabungen und Fähigkeiten ist notwendig für die Erstellung eines autissmuspezifischen individuellen Förderplans. Die Ausbildung in einem BBW wird nur dann erfolgreich sein, wenn sie sich so modifizieren lässt, dass sie auf die speziellen Schwierigkeiten autistischer Menschen Rücksicht nimmt. Die Ausbildungsgruppe ist möglichst klein zu halten und muss von einem einzigen Ausbilder (konstante Bezugsperson) geleitet werden. Der Arbeitsplatz ist individuell zu gestalten, als Einzelarbeitsplatz mit Schutz vor Publikumsverkehr. Unter Umständen sollte in Abstimmung mit der zuständigen Stelle (Kammer) auf bestimmte Ausbildungsinhalte verzichtet werden. Außerdem ist die Ausbildungszeit von vornherein länger anzusetzen als bei behinderten Auszubildenden ohne autistisches Syndrom. Bei den Ausbildern sind spezielle Kenntnisse über das Behinderungsbild notwendig. Entsprechendes gilt für die fachkompetente Betreuung im Internat (Wohnen) des Berufsbildungswerks.

Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen verfolgen das Ziel einen individuell orientierten, praxisnahen Einstieg in das Berufsleben zu ermöglichen mit der Eignungsfeststellung und der Berufsorientierung, junge Menschen mit Autismus in eine Ausbildung mit individuell notwendigen Hilfen zu vermitteln.

Berufspraktische Weiterbildung verfolgt das vorrangige Ziel, Menschen mit Autismus durch längere Praktika in einen festen Anstellungsvertrag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln und dauerhaft beruflich zu integrieren.

Berufliches Spektrum: Eher ungeeignet sind Berufe und Tätigkeiten, die Gruppen- oder Teamarbeit erfordern, die mit Publikumsverkehr oder wechselnden Aufgaben verbunden sind. Dagegen lassen sich ausgeprägte Sonderinteressen und -fähigkeiten im Hinblick auf Ausbildung und Beruf nutzen. Autistische junge Menschen können sich nur äußerst schwer auf neue Situationen und Bedingungen umstellen. Insofern sind prinzipiell Berufe und Tätigkeiten gut geeignet, bei denen Arbeiten in gewohnter Weise, täglich gleich bleibend und in ruhiger, vertrauter Umgebung ausgeführt werden.

Berufsvorbereitung: Autistischen jungen Menschen muss im Prozess der Berufswahl – aufgrund der benannten Umstellungsschwierigkeiten – viel Geduld entgegengebracht und ein erhöhter Zeitbedarf eingeräumt werden. Viele verfügen nach Abschluss ihrer schulischen Bildung noch nicht über eine berufliche Reife, die eine Berufsausbildung auf direktem Weg aussichtsreich erscheinen lässt. Es ist deshalb sinnvoll, eine längere Phase der Berufsvorbereitung vorzuschalten, als Vorstufe für eine Integration in anerkannte Ausbildungsberufe. Auf diese Weise lässt sich zugleich vermeiden, dass es im Einzelfall zur Ablehnung prinzipiell ausbildungsfähiger Jugendlicher kommt. Mehrere kurz aufeinander folgende, ggf. mit Ortswechseln verbundene Maßnahmen können autistische Menschen sehr verunsichern. Optimal sind Angebote mit unterschiedlichem Anforderungsprofil aus einer Hand.

Für autistische junge Menschen mit eher *niedrigem Funktionsniveau* kommt die Beschäftigung in einer Werkstatt für psychisch Kranke (WpK) bzw. bei *niedrigem kognitivem und Funktionsniveau* in der *Werkstatt für behinderte Menschen* (WfbM) in Betracht.

Berufsbildungsbereich: Nach erfolgreich abgeschlossenem Eingangsverfahren erfolgt die Übernahme in den Berufsbildungsbereich. Diese Fördermaßnahme dauert maximal zwei Jahre. Es muss überprüft werden, ob diese Zeit ausreicht, um den autistischen Menschen auf eine Tätigkeit im Arbeitsbereich vorzubereiten. Während der Berufsbildungsphase muss im Rahmen des individuellen Förderplans erprobt werden, unter welchen Bedingungen eine Eingliederung möglich ist. Hierzu gehören auch Förderung sozialer und kommunikativer Kompetenzen und berufsschulisches Angebot. Der Übergang vom Berufsbildungsbereich in den Arbeitsbereich muss flexibel gestaltet werden, durch gleitende Übergänge, die den individuellen Fähigkeiten und Belastungsmöglichkeiten angepasst sind und der besonderen Störanfälligkeit autistischer Menschen bei einer Veränderung von Abläufen Rechnung tragen. Die Zuweisung in eine Abteilung für Schwerstbehinderte sollte erst dann erfolgen, wenn alle anderen Möglichkeiten der Förderung ausgeschöpft sind.

Arbeitsbereich: Nur eine kleine Gruppe autistischer Menschen kann sich hier unproblematisch eingliedern. Oftmals droht ein Ausschluss aus dem Arbeitsbereich aufgrund schwankender Leistungen und wechselhaften Verhaltens. Die Rahmenbedingungen und die Bedingungen der Produktion führen oft zu Überforderung. Die Integration gelingt am besten in Kleingruppen, und wenn der Produktionsablauf möglichst gleichbleibend organisiert ist. Außerdem muss die Möglichkeit zu Kriseninterventionen durch therapeutisch erfahrene Betreuer gegeben sein und kontinuierliche Anleitung und Supervision der Mitarbeiter.

Ein Teil der Betroffenen findet keine Aufnahme in eine WfbM aufgrund besonders starker Verhaltensauffälligkeiten (z. B. starke Stereotypen, Aggressionen oder Autoaggressionen). Wenn die Betroffenen in Alltagsverrichtungen und in der Selbstversorgung (Waschen, Anziehen, Essen, Toilettengang) auf Hilfe angewiesen sind, gelten sie vielfach aufgrund ihres außerordentlichen Pflegebedürfnisses als nicht in eine WfbM integrierbar. Häufig scheitert die Aufnahme in eine WfbM bereits im Ein-

gangsverfahren, weil autistische Menschen beim Übergang in eine andere Lebenssituation besonders gefährdet sind. Wegen der besonderen Umstellungsschwierigkeiten muss eine langsame Gewöhnung an die neue Umgebung gewährleistet sein, z. B. durch zunächst nur stundenweise Anwesenheit während des Eingangsverfahrens.

5.2 Überprüfung des Therapieerfolges

5.2.1 Zwischenanamnese

Exploration von Patient, Eltern, Kindergarten, Schule, Therapeuten bzgl. Veränderungen der autistischen Symptomatik und ggf. weiterer/neu aufgetretener Probleme, aber auch Fertigkeiten. Häufig ist es sinnvoll, auch andere Bezugspersonen, wie z.B. Großeltern, Geschwister, Betreuer in Einrichtungen und Mitarbeiter der Autismusambulanz einzuladen, um alle wichtigen Perspektiven zum Verlauf zusammenzutragen und das poststationäre Setting zu besprechen. Es empfiehlt sich, alle relevanten Bezugssysteme des Kindes in die Therapie zu integrieren, um die möglichen Verhaltensveränderungen zu besprechen und auch die nicht möglichen Verhaltensveränderungen zu kommunizieren, um die Fähigkeiten des Kindes optimal zu unterstützen und Überforderungssituationen zu vermeiden. Vorgehensweisen, die sich im Verlauf bewährt haben, sollten im Informationsaustausch besonders hervorgehoben werden. Aber auch Vorgehensweisen, die keine Veränderung oder gar Verschlechterung mit sich gebracht haben, sollten besprochen werden, um unnötige Belastungen für die Zukunft zu vermeiden.

5.2.2 Psychischer Befund

Blickkontakt: Wenn das Halten des Blickkontaktes während des Aufenthaltes geübt wurde, hat sich dieses Verhalten in einigen Fällen im Anschluss an die stationäre Therapie verändert und die Person in der Lage, den Blickkontakt über einen definierten Zeitraum zu halten. Meist entsteht Blickkontakt bei der Begrüßung, während bei der Verabschiedung der Blick immer noch zur Seite geht.

Interaktion: Die Person hat im Anschluss an die Therapie unter Umständen die Fähigkeit erlangt, die Erwartungen, Bedürfnisse oder Interessen des Untersuchers zumindest zeitweise zu berücksichtigen.

Antrieb: Vor der Therapie antriebsgesteigerte Personen sind im Anschluss an die stationäre Therapie häufig ruhiger und weniger agitiert.

Sprache: Waren Sprechen und Sprache auch Gegenstand der Behandlung (z. B. Sprachanbahnung, Erweiterung des Wortschatzes, Variation der Sprachmelodie), sollte sich dies auch in der Verlaufsuntersuchung beobachten oder zumindest in der Zwischenanamnese erheben lassen.

5.2.3 Testverfahren und Fragebogen

Es kann ein autismusspezifischer Fragebogen, der vor der Behandlung ausgefüllt wurde, erneut zur aktuellen Einschätzung ausgefüllt werden.

Zur Beurteilung des Verlaufs von unerwünschten Wirkungen durch Medikamente kann der „Fragebogen zu Nebenwirkungen von Medikamenten“ von Rothenberger & Steinhausen eingesetzt werden.

5.2.4 Technische Untersuchungen

Bei medikamentöser Therapie sind je nach Medikament ggf. Laborkontrollen notwendig, bei zusätzlich vorliegender Epilepsie auch EEG-Kontrollen.

5.3 Hinweise zur ambulanten Behandlung

5.3.1 Besonderheiten in der Therapie

Wurde die Diagnose einer Störung des autistischen Spektrums gestellt, ist in der Regel eine mehrjährige autismusspezifische ambulante Behandlung und Begleitung seiner Familie erforderlich, ggf. ergänzt durch eine oder mehrere tagesklinische und/oder stationäre Behandlungen.

Nach einem OLG-Urteil gilt in NRW, dass nicht Krankenkassen finanzierte Maßnahmen für autistische Patienten mit einem IQ < 55 (erhebliche geistige Behinderung) über Sozialhilfe finanziert werden, sonst über Jugendhilfe. Soll daher die ambulante Behandlung bei einer der Autismustherapieambulanzen von autismus Deutschland e. V. (früher „Hilfe für das autistische Kind e. V.“) weitergeführt werden, ist eine Stellungnahme unserer Klinik erforderlich, in der die Notwendigkeit der Maßnahme nachvollziehbar begründet wird.

5.3.2 Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung

In der Regel können Diagnostik und Behandlung ambulant durchgeführt werden. Stationäre Diagnostik und -Behandlung sind indiziert, wenn ambulante Untersuchung und Behandlung nicht ausreichen oder nicht möglich sind. Dies kann ganz unterschiedliche Gründe haben:

Indikationen stationärer Diagnostik

- unklare ambulant erhobene diagnostische Ergebnisse
- komplexe Störungsbilder
- Krise
- schwere Ausprägung
- nicht ausreichende Kooperation
- erschöpfte Ressourcen des sozialen Umfelds

Indikationen stationärer Behandlung

- Unzureichende Rückbildung der Symptomatik trotz ambulanter Behandlung
- komplexe Störungsbilder
- stationär behandlungsbedürftige komorbide Störungen (z. B. stark ausgeprägte Aggressivität, Suizidalität)
- krisenhafte Zuspitzung

- schwere Ausprägung
- fehlende Behandlungsmotivation des Patienten trotz notwendiger Behandlung
- Problemen im sozialen Umfeld, erschöpften Ressourcen

Vorteile stationärer Diagnostik

- Beobachtung ist ‚rund um die Uhr‘ möglich
- Einschätzung erfolgt durch viele verschiedene geschulte Personen
- Einschätzung erfolgt in vielen verschiedenen Situationen
- Beobachtungen und Einschätzungen werden in Konferenzen zusammengetragen
- Anforderungen können für diagnostische Zwecke gezielt variiert und koordiniert werden

Nachteile stationärer Diagnostik

- Geschultes Personal geht anders mit dem Kind/Jugendlichen um als Angehörige
- Stationär herrschen andere Bedingungen als zu Hause und an der Heimatschule
- Beobachtungen auf der Station und in der Klinikschule fallen u. U. anders aus als zu Hause und an der Heimatschule

Vorteile stationärer Therapie

- Intensives Einüben neuer Verhaltensmuster ist ‚rund um die Uhr‘ möglich
- neue Erfahrungen können in einem anderen Umfeld leichter, schneller und intensiver gemacht werden, es wird leichter, sich anders zu erleben
- Neue Verhaltensmuster können nicht nur in der Therapiestunde für den Alltag, sondern im Alltag direkt unter intensiver, unmittelbarer fachlicher Hilfestellung geübt werden
- In den Einzel-, Gruppen- und Familientherapien erarbeitete Kompetenzen können umgehend im Stationsalltag angewandt und vertieft werden
- Belastungen können variiert und koordiniert werden

Nachteile stationärer Therapie

- Das Erleben der Eltern, in der Erziehung gescheitert zu sein, kann sich verstärken
- Der Patient verliert den Kontakt zu Freunden und Mitschülern im heimischen Umfeld
- Durch die Aufnahme wird die Familie von dem Druck entlastet, eine Lösung ihrer Probleme selbst finden zu müssen. Durch das Fernsein des Kindes bieten sich u. U. auch weniger Chancen dazu.
- Was in der stationären Situation und in der Schule für Kranke funktioniert, funktioniert nicht unbedingt auch zu Hause und an der Heimatschule
- Belastungen können stationär variiert und koordiniert werden, aber nicht unbedingt auch zu Hause und an der Heimatschule
- Neue entwickelte Verhaltensmuster im stationären Rahmen bilden sich eventuell zu Hause und an der Heimatschule wieder zurück
- Der Wechsel zurück vom stationären Kontext nach Hause bringt eventuell auch wieder einen Wechsel in die alten Verhaltensmuster

5.4 Obsolete oder überflüssige Maßnahmen

- Gestützte Kommunikation (FC – facilitated communication) ist sehr umstritten und wird von vielen renommierten Autismusexperten abgelehnt, da sämtliche kontrollierten Studien keinerlei positive Wirkung belegen konnten. Es besteht dagegen die Gefahr, dass durch FC das kognitive Niveau des Patienten überschätzt wird und der Patient daraufhin unangemessene Maßnahmen erhält, während ihm angemessene Förderung vorenthalten wird. Dennoch gibt es eine Reihe von Praktikern in der Autismus-Therapie, die FC in bestimmten, umschriebenen Kontexten verantwortlich durchgeführt und die Grenzen respektierend für nützlich ansehen.
- Festhaltetherapie nach Prekop ist allenfalls in sehr seltenen Konstellationen sinnvoll
- Amphetamine, Dextroamphetamine und Levoamphetamine können Stereotypen und Irritabilität verstärken. Für autistische Kinder gibt es derzeit keine Untersuchung, die die Wirksamkeit belegt.
- Naltrexon hat sich in den meisten Studien als unwirksam herausgestellt.
- Die Gabe des Pankreasenzymsekretin hat sich als wirkungslos herausgestellt.
- Die Gabe von Gluten sowie Untersuchungen mit Zucker, Koffein oder Tryptophan blieben ohne Bedeutung.
- Diät
- Delfin-Therapie: Die Wirksamkeit ist nicht belegt, es kam wiederholt zu schweren Verletzungen der Patienten durch die Delfine. Es entstehen erhebliche Kosten und für die Delfine sind derartige Programme qualvoll: Die Sterblichkeitsrate ist um 60 Prozent höher als bei Artgenossen im offenen Meer.
- Tomatis-Therapie, Klangtherapie u. ä.

6 Quellen

6.1 Literaturquellen

- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2006 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (2009): Prevalence of autism spectrum disorders - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. MMWR Surveill Summ 58(10):1-20
- Bernard-Opitz V (2007) Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. 2., akt. Aufl. Kohlhammer
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX). www.bmas.de/coremedia/generator/22788/property=pdf/2007__12__11__anhaltspunkte__gutachter.pdf
- Bundesverband „Hilfe für das autistische Kind“ (1999) High-functioning-Autismus und das Asperger-Syndrom. Tagungsbericht

- Buscemi N, Vandermeer B, Hooton N, Pandya R, Tjosvold L, Hartling L, Vohra S, Klassen TP, Baker G (2006) Efficacy and safety of exogenous melatonin for secondary sleep disorders and sleep disorders accompanying sleep restriction: meta-analysis. *BMJ* 332(7538):385-393
- Correll CU, Kane JM (2007) One-year incidence rates of tardive dyskinesia in children and adolescents treated with second-generation antipsychotics: a systematic review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 17(5):647-56
- Degner M, Müller Ch (Hg) (2008) Autismus. Besonderes Denken - Förderung nach dem TEACCH-Ansatz. Nordhausen: Verlag Kleine Wege
- Fisher JE, O' Donohue WT (Hg.) *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*. Springer US, 2006
- Gesellschaft für Neuropädiatrie, ADANO in der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie und Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie: HÖRTRAINING NACH TOMATIS UND „KLANGTHERAPIE“. www.neuropadiatrie.com/aerzte/Stellungnahme/KLANGKURZ.htm
- Gultom-Happe, T., Pickartz, A., Schulz, M. (2006). tapfer. Therapeutische Arbeit mit dem Pferd. Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von heilpädagogischem Reiten bei Kindern mit autistischen Störungen. Unveröffentl. Abschlussbericht.
- Häussler A (2008) Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis. 2. Aufl. Borgmann Media
- Hartmann, H. & Jakobs, G. (2006). Die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT) bei frühkindlichem Autismus. In: Schirmer B (Hg.) *Psychotherapie und Autismus*. Tübingen: dgvt, 57-91
- Imber-Black E (2006) Familien und grössere Systeme. Im Gestrüpp der Institutionen. 5., Aufl. Heidelberg: Carl Auer Verlag
- Jeon V (2006) Katamnestiche Untersuchung und Entwicklung eines Screening-Fragebogens bei Patienten mit Asperger-Syndrom und Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Inaugural-Dissertation aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg. <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2006/0259/pdf/dvj.pdf>
- Jesner OS, Aref-Adib M, Coren E (2007) Risperidone for autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. Jan 24;(1)
- King BH, Hollander E, Sikich L, McCracken JT, Scahill L, Bregman JD, Donnelly CL, Anagnostou E, Dukes K, Sullivan L, Hirtz D, Wagner A, Ritz L; STAART Psychopharmacology Network (2009) Lack of efficacy of citalopram in children with autism spectrum disorders and high levels of repetitive behavior: citalopram ineffective in children with autism. *Arch Gen Psychiatry* 66(6), 583-590
- Luby J, Mrakotsky C, Stalets MM, Belden A, Heffelfinger A, Williams M, Spitznagel E (2006) Risperidone in preschool children with autistic spectrum disorders: an investigation of safety and efficacy. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 16(5):575-587
- Marino L, Lilienfeld SO (2007) Dolphin-Assisted Therapy: More Flawed Data and More Flawed Conclusions. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals* 20 (3), 239-249
- Mattila ML, Jussila K, Kuusikko S, Kielinen M, Linna SL, Ebeling H, Bloigu R, Joskitt L, Pauls D, Moilanen I (2009) When does the Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) predict autism spectrum disorders in primary school-aged children? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18(8),499-509

- Melfsen, S., Walitzka, S., Attwood, A., Warnke, A.: Validierung der deutschen Version der Australian Scale of Asperger's Syndrome (ASAS) *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 33 (1), 27-35, 2005
- Myers SM (2007) The status of pharmacotherapy for autism spectrum disorders. *Expert Opin Pharmacother* 8(11):1579-1603
- Nagaraj R, Singhi P, Malhi P (2006) Risperidone in children with autism: randomized, placebo-controlled, double-blind study. *J Child Neurol* 21(6):450-455
- Posserud MB, Lundervold AJ, Gillberg C (2008) Validation of the autism spectrum screening questionnaire in a total population sample. *J Autism Dev Disord* 39(1), 126-134
- Poustka F, Bölte S, Feineis-Matthews S, Schmötzer G (2004) Ratgeber Autistische Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe
- Poustka L, Poustka F (2007) Psychopharmakologie autistischer Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 35(2), 87-94
- Remschmidt H, Kamp-Becker I (2006) Asperger-Syndrom. Springer
- Remschmidt H, Schmidt, MH, Poustka F (Hg.) (2006) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 5. überarb. u. erw. Aufl. Hans Huber
- Rosenberg RE, Law JK, Yenokyan G, McGready J, Kaufmann WE, Law PA (2009) Characteristics and concordance of autism spectrum disorders among 277 twin pairs. *Arch Pediatr Adolesc Med* 163(10), 907-914
- Roy M, Dillo W, Emrich HM, Ohlmeier MD (2009) Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter. *Dtsch Arztebl Int* 106(5): 59–64. www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=63173
- Schumacher K, Calvelt C (2006) Musiktherapeutische Interventionen bei Kindern mit Autismus. Ein Beitrag zur emotionalen Entwicklung. In: Schirmer B (Hg.) *Psychotherapie und Autismus*. Tübingen: dgvt, 29-37
- Spitzcok von Brisinski I (2003) Asperger-Syndrom, AD(H)S, Hochbegabung - differenzialdiagnostische Aspekte. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 13(4), 52-72
- Spitzcok von Brisinski I (2005) Mobbing in der Schule und in der stationären Behandlung unter Berücksichtigung von ADS und Asperger-Syndrom. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 15(1), 83-120
- Spitzcok von Brisinski I (2009) Folge- und Begleitstörungen bei Autismus. In: Weber E, Bülow I (Hg.) *Mit Autismus muss gerechnet werden*. Berlin: BoD
- Spitzcok von Brisinski I, Hamburg S, Schmolze C, Rehwald T (1998) Solutions-focused systemic therapy in autism of Asperger type. In: IACAPAP (Hg.) 14. International Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions - Abstracts. Stockholm, 268
- Stachnik JM, Nunn-Thompson C (2007) Use of atypical antipsychotics in the treatment of autistic disorder. *Ann Pharmacother* 41(4):626-634
- Stoffl R (2002) Mit Pferden erziehen. Wissenschaftliche Begründung, empirische Prüfung, Qualitätssicherung. Inaugural-Dissertation Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln. <http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2003/962/>
- Vogeley K, Lehnhardt F-G (2008) Hochfunktionaler Autismus des Erwachsenenalters. *Nervenheilkunde* 27:61–69
- von Schlippe A, Schweitzer J (2007) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II*.

- Das störungsspezifische Wissen. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Weiß M (2002) Autismus – Therapien im Vergleich: Ein Handbuch für Therapeuten und Eltern. Berlin: Spiess
- West L, Brunssen SH, Waldrop J (2009) Review of the evidence for treatment of children with autism with selective serotonin reuptake inhibitors. *J Spec Pediatr Nurs* 14(3):183-191
- WHO (2006) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag
- WHO (2010) ICD-10 German Modification Version 2010. www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/

6.2 Elternratgeber

- Attwood T (2005) Asperger-Syndrom: Wie Sie und Ihr Kind alle Chancen nutzen. Das erfolgreiche Praxis-Handbuch für Eltern und Therapeuten. 2. Aufl. Stuttgart: MVS
- Dodd S (2007) Autismus: Was Betreuer und Eltern wissen müssen. München: Elsevier
- Poustka F, Bölte S, Feineis-Matthews S, Schmötzer G (2004) Ratgeber Autistische Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe
- Richmann S (2004) Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Huber Verlag
- Rollett B, Kastner-Koller U (2007) Praxisbuch Autismus für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. 3. Aufl. München: Urban & Fischer
- Schirmer B (2006) Elternleitfaden Autismus. Wie Ihr Kind die Welt erlebt. Mit gezielten Therapien wirksam fördern. Schwierige Alltagssituationen meistern. Stuttgart: Trias
- Spitzcok von Brisinski I (2003) Dazugehören - Wie Kinder ihren Platz in der Klasse finden. Berlin: Cornelsen

6.3 Literatur für betroffene Kinder und Geschwister

- Cave K, Riddell C (1994) Irgendwie Anders. 15. Aufl. Friedrich Oetinger Verlag

6.4 Literatur für Lehrkräfte und Erzieher

- autismus Deutschland e. V. (Hg.) Asperger-Syndrom - Strategien und Tipps für den Unterricht. Zu bestellen über www.autismus.de
- Pickartz A, Hölzl H, Schmidt M (Hg.) (2000) Autistische Menschen zwischen Jugend- und Behindertenhilfe. High Functioning Autism und Asperger Syndrom. Freiburg: Lambertus
- Poustka F, Bölte S, Feineis-Matthews S, Schmötzer G (2004) Ratgeber Autistische Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe
- Rollett B, Kastner-Koller U (2007) Praxisbuch Autismus für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. 3. Aufl. München: Urban & Fischer
- Spitzcok von Brisinski I (2007) Das Asperger-Syndrom – eine autistische Störung. In: Eikenbusch G, Spitzcok von Brisinski I (Hg.) Jugendkrisen und Krisenintervention in der Schule. Hamburg: Bergmann+Helbig

6.5 Internet

autismus Deutschland e. V. (Adressen der Autismusambulanzen, Fortbildungen, Bücher, Diskussionsforen): www.autismus.de
 Autismus-Therapie-Ambulanz Niederrhein (zahlreiche Mailinglisten, Erfahrungsberichte, Linksammlung, umfangreiche Literaturliste): www.autismus-online.de
 Autism Research Centre (zahlreiche Autismus-Fragebogen in verschiedenen Sprachen, z. B. AAA, AQ und EQ in Deutsch) www.autismresearchcentre.com/tests
 Team Asperger's Gaining Face (Software zum Üben, den Gesichtsausdruck zu erkennen) www.ccoder.com/GainingFace/

6.5.1 Schulberatung

Arbeitskreis „Autismus“ der Schulamtsbezirke Kleve und Wesel www.ak-autismus.de/left-Frame.htm
 Empfehlungen zu Erziehung und Unterricht von Kindern und Jugendlichen mit autistischem Verhalten. Beschluss der Kultusministerkonferenz www.kmk.org/doc/beschl/autis.pdf

6.5.2 Berufliche Eingliederung

Bundesagentur für Arbeit: Online-Handbuch Teilhabe am Arbeitsleben: Autismus. www.ausbildungberufchancen.de/webcom/abc_show_glossar.php/_c-2499/_nr-233/i.html
 Merkblatt zu Leistungen der personellen Unterstützung am Arbeitsplatz für Menschen mit Autismus. Für Teilhabe und berufliche Eingliederung von Menschen mit Autismus auf den ersten Arbeitsmarkt. Für 10,- € über http://bbw-abensberg.de/start.php?seite_id=183
 Berufsbildungswerk St. Franziskus Abensberg <http://bbw-abensberg.de>
 Berufsbildungswerk Adolf Aich Ravensburg www.bbw-rv.de
 Bugenhagen Berufsbildungswerk Timmendorfer Strand www.bugenhagen.de
 Integrationszentrum MAut München www.m-aut.de
 Salo+Partner berufliche Erst- und Wiedereingliederung, AuReA Neumünster www.salo-ag.de
 Schirmer B (2002) Berufsvorbereitung, -ausbildung und -ausübung von Menschen mit autistischer Behinderung in Berlin. Sonderpädagogik in Berlin 3, 34-51 www.dr-brita-schirmer.de/pdf/artikel02.pdf

6.5.3 Mailing-Listen

www.autismus-online.de/ mailing.htm

- Autismus-Mailingliste für alle, die von Autismus betroffen sind, Autismus behandelnden oder sich in sonst einer Weise für Autismus interessieren
- Mailing-Liste für Geschwister von Menschen mit Autismus
- Mailing-Liste für Personen mit Asperger-Syndrom
- Mailing-Liste für Eltern von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Asperger-Syndrom (a. Anfänger; b. Fortgeschrittene)
- Autismus-Fachleute-Mailingliste

Selbsthilfegruppen

Regionalverbände vom Bundesverband autismus Deutschland e. V. www.autismus.de
 Selbsthilfeorganisation von und für Menschen im Autismusspektrum Aspies e.V. www.aspies.de

6.6 Weitere Leitlinien oder Empfehlungen

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999) Practice Parameters For The Assessment And Treatment Of Children, Adolescents, And Adults With Autism And Other Pervasive Developmental Disorders www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/Autism.pdf

Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH, Dawson G, Gordon B, Gravel JS, Johnson CP, Kallen RJ, Levy SE, Minshew NJ, Ozonoff S, Prizant BM, Rapin I, Rogers SJ, Stone WL, Teplin SW, Tuchman RF, Volkmar FR (2000) Practice parameter: Screening and diagnosis of autism - Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 55: 468-479 www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0063.pdf

Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, Greenhill LL, Kowatch RA, Lieberman AF, Luby JL, Owens J, Scahill LD, Scheeringa MS, Stafford B, Wise B, Zeanah CH (2007) Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(12):1532-1572

Poustka F, Schmötzer G, Rühl D, Bieber-Martin B, Bölte S, Amorosa H, Rotthaus W. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In: Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarbeitete Auflage 2007, Deutscher Ärzte Verlag

Vermont Autism Task Force (2006) Best Practice Guidelines for Screening and Diagnosing Autism in Young Children. http://autismtaskforce.com/downloads/best_practice_guidelines_screening_diagnosis_autism_young_children_may_2006.pdf

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

LVR-Klinik Viersen

Horionstr. 14

D-41749 Viersen

Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

Internet: www.klinik-viersen.lvr.de

Regionale Leitlinien: Kompetenznetzwerk Autismus Oberschwaben Werkstattbericht aus 5 Jahren Kooperation

Dagmar Hoehne

Aus der Erkenntnis heraus, dass Autismus eine chronische seelische Behinderung ist und zu ganz erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen führt, haben sich nach einem Symposium zum Autismus im Jahr 2004 viele Akteure im Bereich Diagnostik, Therapie, Kindergarten und Frühförderung, sowie Schule und Arbeitswelt zusammengefunden, um ein Autismusnetzwerk zu installieren mit der Zielsetzung, ein soziales Netz zu knüpfen. Ein Jahr später luden Frau Prof. Schepker, Leiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ravensburg/Weissenau und Frau Dr. Hoehne, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin mit Sozialpsychiatrie in Friedrichshafen zu einem Initiativ-Treffen ein. Die Idee war, alle Akteure im Alltag in einem virtuellen Netzwerk der Region Oberschwaben zusammen zu bringen und gemeinsam mit den Behörden wie Jugendamt, Sozialamt und Arbeitsamt an verbindlichen Strukturen zur bestmöglichen Versorgung von Menschen mit Autismus zu arbeiten. Dabei trafen ideelle Interessen auf finanzielle, politische und inhaltliche Interessen. Im Zentrum stand das Ziel einer bestmöglichen Versorgung in der Region unter dem Prinzip der größtmöglichen Teilhabe am sozialen Leben. Dabei wurde sehr schnell deutlich, dass es nicht den ‚Königsweg‘ der Versorgung gibt, sondern um individuelle Lösungen geht.

Es war nicht nur notwendig, alle Bereiche in eine Diskussion zu bringen, sondern auch zu lernen, miteinander eine gemeinsame Sprache zu sprechen und zu definieren, welches System welche Verantwortung und welche Grenze aufweist. Jeder im Netzwerk hatte bereits vielfältige Arbeitszusammenhänge mit vielen anderen Akteuren gehabt.

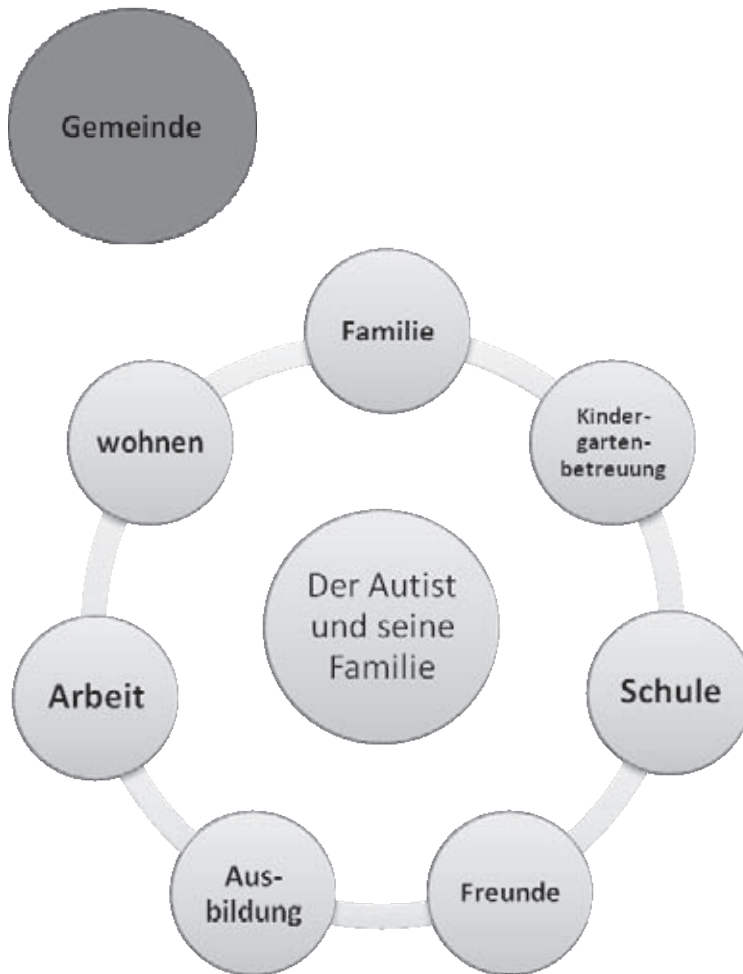
Auseinandersetzungen über Einzelfälle und gemeinsame Problemlösungsversuche führten zum Bedürfnis klarerer Lösungsmuster. Durch Einbezug

des Selbsthilfesystems der Eltern wurde deren Unzufriedenheit in den Prozess mit eingespeist. Alle waren sich schnell einig, dass viele Einzelimpulse vorhanden waren, jedoch wenig fachliche Vernetzung. Es zeigte sich ein immenser Fort- und Weiterbildungsbedarf in fast allen Systemen, therapeutisch wurden die vorhandenen Angebote als unvollständig und wenig abgestimmt eingeschätzt. An allen Übergängen gab es erhebliche Defizite, wobei insbesondere die berufliche Eingliederung mit großen Hindernissen und Hürden gepflastert war. Dazu zeigte sich ein eklatanter Mangel an Therapeuten und deren Wissen für den Bereich Erwachsener mit Autismus.

Folgende Systeme sind Teil des Netzwerkes:



Es galt also, alle Lebensbereiche in die Überlegungen mit einzubeziehen und kooperative Lösungen zu finden, bzw. vorhandene Lösungen zu sammeln und allen zugänglich zu machen.



Teilnehmer des Netzwerkes kommen aus folgenden Bereichen:

- *Bereich Diagnostik:* Kinder- und Jugendpsychiater, Pädiater, Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren
- *Bereich Therapie:* wie Diagnostik plus weitere Anbieter der Region (Ergotherapeuten, Heilpädagogen, ABA-Therapeuten, TEACCH-Therapeuten usw.)
- *Bereich Pädagogik:* Schulamt, Jugendamt, Sozialhilfe, Integrationsfachdienst, Autismusbeauftragte, Schulbegleiter, Vertreter der Schulen und Einrichtungen, Kindergartenfachberater

- *Selbsthilfebereich*: Selbsthilfegruppe der Eltern autistischer Kinder in der Region, Verein „Spektrum Autismus“
- *Berufswelt*: Agentur für Arbeit, Sozialamt, Jugendamt, Berufsbildungswerke der Region, Sonderberufsfachschulen, Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer, Schulen
- *Verselbständigung*: Sozialhilfe, Jugendhilfe, Anbieter von Wohnmöglichkeiten der Region, Gemeindepsychiatrischer Dienst
- *Betreuung für Erwachsene*: Gemeindepsychiatrischer Dienst, Sozialhilfe, Agentur für Arbeit



In der Praxis trifft sich das Gesamtnetzwerk inzwischen einmal jährlich, um alle Akteure auf denselben Stand zu bringen und weitere Schritte einzuleiten. In der Anfangszeit war dieses Treffen zweimal jährlich, da zunächst notwen-

dig war, sich engmaschig über sinnvolle weitere Schritte zu verständigen. Die eigentliche Arbeit erfolgt in Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen, deren Ergebnisse in der ‚Vollversammlung‘ vorgestellt, besprochen und verabschiedet werden. Arbeitsgruppen gibt es für Diagnostik, Pädagogik, Übergang in die Berufswelt, frühkindlicher Autismus und Therapie. Ziel ist es, zu Absprachen zu gelangen, die ein gewisses Maß an Verbindlichkeit aufweisen und einen Konsens unter den Teilnehmern widerspiegeln. Hier sollen auch die Behörden in der Beurteilung der notwendigen Maßnahmen unterstützt und begleitet werden. Es wurden Leitlinien für Diagnostik, Schulbegleitung und den Übergang von der Schule zur Berufsausbildung entwickelt. Im Ausbildungsbereich selbst wird ein Standard zur beruflichen Eignung und Übergang zum Beruf angestrebt.

Aufgrund der Vielfalt der Zugangswege der verschiedenen Akteure musste bei den Leitlinien jeweils um einen Konsens gerungen werden, der einerseits inhaltliche Standards des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie widerspiegelt und andererseits genügend Raum für individuelle Ausgestaltung lässt. Die formulierten Leitlinien sollten u. a. den Behörden als Minimalstandards dienen zur Beurteilung von vorhandenen Angeboten, aber auch die Basis dessen darstellen, auf das sich eine Hilfestellung in der Region beziehen und verlassen kann.

Leitlinie Diagnostik

Präambel:

- Die Erstdiagnostik ist komplex und fordert mindestens einen Zeitaufwand von 6h
- Die Diagnose erfolgt durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Insbesondere Grenzfälle der Diagnostik bedürfen der besonderen Sorgfalt und Aufmerksamkeit, können nur durch entsprechende Verlaufsdagnostik zuverlässig definiert werden
- Bereits gestellte Diagnosen sollten im Verlauf jeweils sorgfältig überprüft werden, um die Funktionsfähigkeit im Rahmen der kindlichen Entwicklung und unter therapeutischen Bedingungen zu überprüfen
- Am Ende der Diagnostik steht eine Förder- und Behandlungsplanung, die ebenfalls der regelmäßigen Überprüfung und Anpassung bedarf

Konkret:

- Die sorgfältige Anamnese ist die Grundlage der Diagnosestellung, sowohl in freier als auch standardisierter Form
 - Fremd- und Eigenanamnese in freier und standardisierter Form (mindestens 1 standardisiertes Interview) über alle Lebensbereiche
 - Ergänzend standardisierte Fragebögen, altersgerecht
- Interaktionsbeobachtung Einzel und mit Anderen, sowohl im freien Spiel als auch in standardisierten Situationen
 - Überprüfung der „Theory of mind“
 - Überprüfung der Empathiefähigkeit anhand von entsprechendem Bildmaterial
 - Überprüfung des Verständnisses für soziale Situationen
- Ausführliche Intelligenzdiagnostik anhand HAWIVA, ITS, HAWIK III/IV, HAWIE; K-ABC nur im Vorschulalter
- Ausführliche körperliche Diagnostik bei Erstdiagnose
 - Körperliche Untersuchung, insbesondere auf Dysmorphiezeichen
 - Motorik, Hör- und Sehprüfung
 - EEG, einmalig MRT
 - Ausschluss chromosomaler Syndrome und Stoffwechselerkrankungen
- Ausschluss von Differenzialdiagnosen, z.B.
 - Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
 - „Träumer“-ADS
 - Sprachentwicklungsstörungen, AVWS
 - Frühe Bindungsstörungen
 - Beginnende schizotype Persönlichkeitsstörungen
- Überprüfung der erstmals gestellten Diagnose nach 6 Monaten

Nicht Jeder muss Alles können! Da insbesondere die diagnostische Sicherheit mit der Erfahrung wächst, ist es sinnvoll, Screeningmethoden breit zu streuen, dadurch eine Vorauslese zu treffen und dann die Betroffenen zu den Akteuren zu schicken, die sich in diesem Bereich besonders qualifiziert haben, auch die entsprechenden Untersuchungsmaterialien zur Verfügung haben. Auch hat es sich bewährt, bei Zweifeln eine sogenannte Zweitmeinung einzuholen, die für alle Beteiligten nochmals mehr Sicherheit bedeutet. Die Zusammenarbeit mit der Neuropädiatrie muss gewährleistet sein, andererseits muss auch klar definiert werden, wer für welche Untersuchungen verantwortlich zeichnet einerseits und wie die Informationsweitergabe erfolgt, um dem Patienten unnötige Doppeluntersuchungen zu ersparen.

Um eine möglichst frühe Diagnose zu erreichen und dadurch eine frühe Intervention sind noch vielfältige Aufgaben vorhanden, die es zu bearbeiten gilt:

- Es besteht ständiger Fortbildungsbedarf für Diagnostiker
- Wünschenswert wäre ein Qualitätszirkel „Diagnostik“
- Die Frühdiagnostik ist noch verbesserungsbedürftig
 - Fortbildung für Kinderärzte, Frühförderstellen und Heilmittelerbringer, insbesondere bezüglich der „red flags“
 - Fortbildung für Kindergärtnerinnen und Schulen
 - Installation eines Screening-Instruments für die Schuluntersuchung des Gesundheitsamtes

Leitlinie Schulbegleitung

Präambel:

- Die politische Situation der 5 verschiedenen Landkreise der Region Oberschwaben unterscheiden sich und dadurch auch die Vorgehensweise
- Gesetzliche Grundlage ist das Recht auf Schulbesuch und Inklusion, wobei eine klare Trennung der sozialrechtlichen Maßnahme (Jugendhilfe, Sozialhilfe) von einer schulischen Maßnahme erfolgen muss
- Die Regelschule erhält fachliche Unterstützung des Schulamtes durch die Arbeitsstelle „Kooperation“
- Vor Beginn einer Maßnahme an einer Schule muss umfangreich aufgeklärt und die Bereitschaft des Rektorats sichergestellt werden

Konkret:

- Sieht die Schule entsprechende Auffälligkeiten, wird die „Sonderpädagogische Kooperation“ eingeschaltet, hierfür ist zunächst kein Elterneinverständnis notwendig, da es um Beratung der Lehrer geht
 - Autismusbeauftragte des Schulamtes
 - Sonderschule für Erziehungshilfe (Kooperationsstunden)
- Gespräch mit Eltern und Empfehlung einer diagnostischen Abklärung beim Kinder- und Jugendpsychiater
- Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt nach der Diagnostik ein Gutachten bezüglich seelischer Behinderung und sozialer Desintegration, gegebenenfalls Empfehlung einer Schulbegleitung
- Die Eltern stellen einen Antrag beim Jugendamt/Sozialamt auf Unterstützung, speziell auf Schulbegleitung

- Round-Table (real oder virtuell) mit Eltern, sonderpädagogischer Kooperation, Medizin und Jugendamt/Sozialamt zur Festlegung der Maßnahme und der weiteren Schritte
- Abfrage durch Jugendamt/Sozialamt bezüglich der bisher erfolgten Hilfen
- Helferkonferenz mit der betroffenen Schule
 - Abklärung des Integrationswillens der betroffenen Schule mit Schulleitung
 - Information über das Störungsbild unter Einbezug der Lehrer
 - Festlegung einer geeigneten Klasse
 - Informationen über die Aufgaben des Schulbegleiters und seiner Grenzen
- Konsensbildung zwischen Eltern, Jugendamt/Sozialamt und Schule

Standards einer Schulbegleitung

- Dauer der Maßnahme:
 - 1 Jahr als Minimaldauer
 - Halbjährliche Hilfepläne zur Evaluation und Festlegung der weiteren Ziele, sowie Überprüfung der Effektivität der Maßnahme
 - Übergänge sollten begleitet werden
 - Standarddauer 2 Jahre mit Abstufungen zur Reduktion
 - Die wöchentliche Stundenzahl wird individuell festgelegt, meist 10 – 12 h als Grundlage
- Anforderungsprofil des Schulbegleiters:
 - Sozialpädagogische oder vergleichbare Grundausbildung
 - Fortbildung und/oder Erfahrung im Bereich Autismus
 - Gleichgeschlechtlichkeit ist von Vorteil
 - Verständnis für das System Schule
- Inhaltliche Anforderungen:
 - Cave: Der Schulbegleiter ist kein Hilfslehrer!
 - Dolmetscherfunktion bezüglich Sprache und sozialer Interaktion
 - Struktur- und Orientierungshilfe
 - Schutzfunktion
 - Verhaltensreflektion
 - Vernetzung mit medizinischem System (Therapie) und Eltern
 - Zusätzlich ist evtl. Erziehungsberatung notwendig, diese ist aber ein gesonderter Auftrag, der entsprechend eingegrenzt werden muss

- Handlungsbedarf:
 - Fortbildung und Supervision für Schulbegleiter
 - Verbesserung des Wissens an den Schulen über die vorhandenen Unterstützungen und frühzeitige Inanspruchnahme zur Verhinderung von Eskalationen

Im Kompetenznetzwerk haben hierzu bereits zahlreiche Fortbildungen stattgefunden, wobei die Abläufe in den unterschiedlichen Landkreisen durch politische Vorgaben in unterschiedlicher Weise genutzt werden.

Es haben sich inzwischen Anbieter zur Vermittlung von Schulbegleitern etabliert, die entsprechend Fortbildungen und Supervisionen zusätzlich anbieten, so dass die Ämter auf diese Anbieter zurückgreifen können. Hierdurch ist Qualität zu sichern und durch den vorhandenen Pool kann im Bedarfsfall rasch reagiert werden.

Die halbjährliche Hilfeplanung hat dabei einen zentralen Stellenwert, da hierdurch immer wieder der Austausch über Ziele und Sinnhaftigkeit der Maßnahme erfolgen kann. Dies ist notwendig um zu gewährleisten, dass so viel Hilfe wie nötig erfolgt, aber die größtmögliche Verselbständigung erreicht werden kann.

Leitlinie Übergang Schule/Beruf

Präambel:

- Der Übergang Schule/Beruf bedarf der besonderen Aufmerksamkeit aller Beteiligten
- Häufig ist eine Intensivierung bereits reduzierter Maßnahmen wieder erforderlich
- Es muss eine frühzeitige Einbeziehung aller beteiligter Systeme erfolgen, um die für den Betroffenen bestmögliche Variante zu finden
- Es müssen dabei kreative Finanzierungsmodelle diskutiert und geprüft werden, um kritische Entwicklungen zu verhindern
- Der betroffene Autist ist in alle Planungen mit einzubeziehen!

Konkret:

- 1,5 Jahre vor Schulabschluss (d. h. 8. Kl. Hauptschule und 9. Kl. Realschule) erfolgt eine Berufsberatung grundsätzlich durch den Reha-Berater der Agentur für Arbeit
 - Initiative der Eltern, bzw. der Schule
 - Diagnose muss bekannt gegeben werden
- Es erfolgt eine psychologische Untersuchung an der Agentur für Arbeit
 - Feststellung der Berufsreife und Vorschlag weiterführender Maßnahmen einschließlich Vorschläge zur finanziellen Umsetzung

Handlungsbedarf:

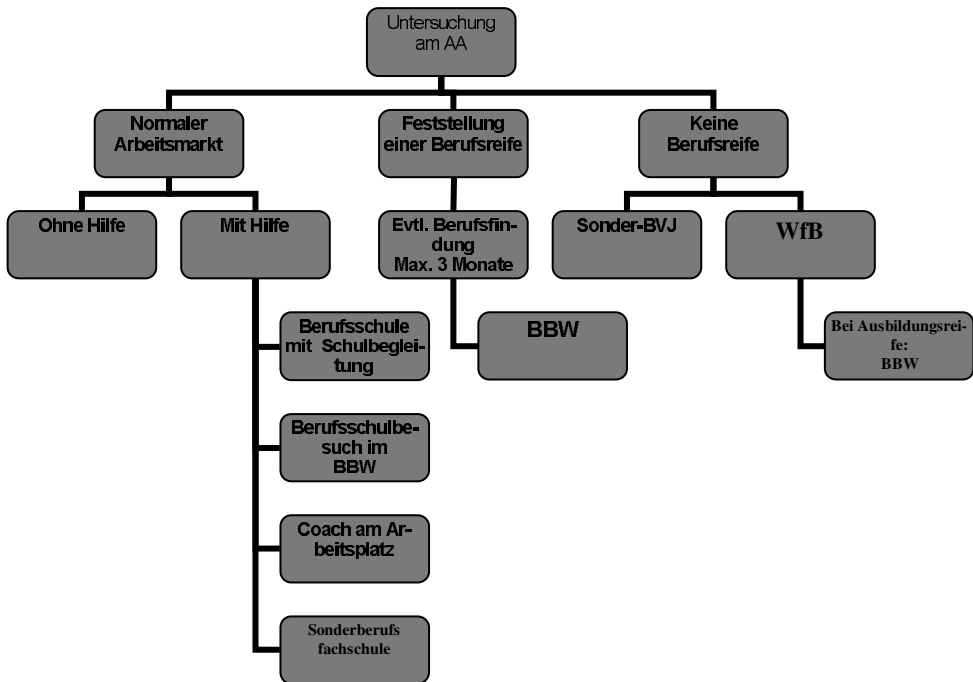
- Entwicklung kooperativer Finanzierungsmodelle
- Verbesserungen der Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt durch Aufklärung und Coaching
- Unterstützung der Verselbständigung durch Einbezug neuer Modelle im Bereich „Wohnen“
- Enge Verzahnung mit dem gemeindepsychiatrischen Bereich zur Gestaltung des Übergangs in die Systeme des Erwachsenenbereichs

Jede Verbundstruktur lebt von der Verbindlichkeit ihrer Absprachen und der Bereitschaft der Beteiligten, sich an diese zu halten. Bisher ist das Kompetenznetzwerk ein freiwilliger Zusammenschluss aller am Thema „Autismus“ Interessierten, es gibt keine vertragliche Bindung und daher sind auch alle Absprachen als inhaltlicher Konsens zu verstehen, welcher jedoch nur bedingten bindenden Charakter hat.

Aus diesem Grund führten wir 2008 eine Netzwerktagung durch, die insbesondere diese mögliche Verbindlichkeit im Rahmen von Strukturen innerhalb der betroffenen Landkreise zum Thema hatte. Dabei diente uns das Modell der Sozialpsychiatrie im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes als Vorbild. Im Rahmen der Netzwerktagung erarbeiteten die Akteure mögliche verbindliche Strukturen und die Hindernisse, die einer solchen Verbindlichkeit entgegenstehen. Daraus entstand in einem Landkreis ein Modellversuch für junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf am Übergang von Schule zu Beruf, in dem eine solche Verbindlichkeit unter Leitung des Jugendamtes am Einzelfall erprobt und umgesetzt wurde. Dieser Prozess läuft unter der Schirmherrschaft des zuständigen Sozialdezernenten und in Kooperation aller beteiligten Systeme und Anbieter. Dabei soll ein personenzentrierter ressourcenorientierter Hilfeansatz erfolgen unter Einbezug aller beteiligten Zuständigkeiten aus den diversen Sozialgesetzbüchern und Leistungserbrin-

gern. Grundlage ist der Gedanke der Sozialraumorientierung aus sozialpädagogischer Sicht und der Gemeindenähe aus psychiatrischer Sicht.

Exemplarisches Modell:



Folgende Ziele werden dabei verfolgt:

- Herstellung von Verbindlichkeit, auch bei der Bereitstellung neuer Angebotsstrukturen
- Finanzierbarkeit über die verschiedenen Sozialgesetzbücher
- Gleiche Standards der Versorgung in der Region und Festlegung von Qualitätsstandards
- Qualifizierung, Weiterentwicklung und Ergänzung bestehender Angebote
- „Hilfe aus einer Hand“ für die Betroffenen und deren Eltern anhand einer Sektor und Zuständigkeit übergreifenden Hilfeplankonferenz
- Auflösung des „autistischen Musters“
- Initiierung von Versorgungsforschung zur Evaluation

In der inhaltlichen Arbeit ist durch ein Lernen am Einzelfall bereits eine hohe Professionalisierung erfolgt und die Erfahrungen mit Menschen mit Autismus konnten auf andere Menschen mit komplexem Hilfebedarf ausgeweitet werden. Strukturell wird an einer Vertragsgrundlage gearbeitet, die für alle Beteiligten die Verbindlichkeit dieser Absprachen und die Verantwortlichkeiten sichert. Wir sehen diese Form der Weiterentwicklung als wegweisendes Modell zur kooperativen und fachlich qualifizierten Begleitung junger Menschen mit komplexem Hilfebedarf auf ihrem Weg in die Gesellschaft.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dagmar Hoehne

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Allmandstr. 6

88045 Friedrichshafen

Telefon: 0 75 41 / 3 84 70

Fax: 0 75 41 / 38 47 22

E-Mail: d.hoehne@praxis-hoehne.com

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

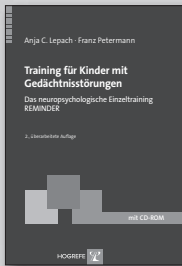
- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*

Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79

Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82

Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.



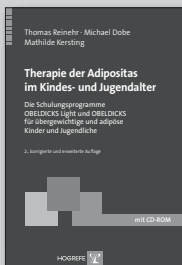
Anja C. Lepach
Franz Petermann

Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen

Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER

(Reihe »Therapeutische Praxis«)
2., überarbeitete Auflage 2010,
134 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM, € 49,95 / sFr. 84,-
ISBN 978-3-8017-2255-5

REMINDER ist ein speziell für Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren entwickeltes Programm für die Behandlung von Gedächtnisstörungen. Altersangepasste Mnemotechniken werden in diverse Übungen eingebettet und wiederholt geübt, um so die Merkfähigkeitsleistungen zu trainieren. Die beigefügte CD-ROM enthält die zahlreichen Materialien für die Durchführung des Trainings. Die Neubearbeitung berücksichtigt aktuelle Forschungserkenntnisse und bereitet das bewährte Behandlungskonzept noch anwenderfreundlicher auf.



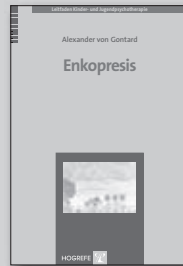
Thomas Reinehr
Michael Dobe
Mathilde Kersting

Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Die Schulungsprogramme OBELDICKS Light und OBELDICKS für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche

(Reihe »Therapeutische Praxis«)
2., korrig. und erw. Auflage 2010,
167 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM, € 36,95 / sFr. 62,-
ISBN 978-3-8017-2261-6

Das Manual stellt die Schulungsprogramme OBELDICKS Light und OBELDICKS für 7- bis 14-jährige übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche vor. Die Schulung basiert auf einer Kombination von Ernährungs-, Essverhaltens- und Bewegungstherapie und zieht intensiv die Eltern sowie die gesamte Familie in die Beratung mit ein. Die zahlreichen Arbeitsmaterialien und Übungen sind in der Neubearbeitung nun auch alle auf einer CD-ROM beigefügt.



Alexander von Gontard

Enkopresis

(Reihe »Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie«, Band 15)
2010, XII/140 Seiten,
€ 22,95 / sFr. 38,90
(Im Reihenabonnement
€ 17,95 / sFr. 29,90)
ISBN 978-3-8017-2274-6

Enkopresis ist eine häufige Störung, die 1 bis 3 % aller Kinder betrifft. Man unterscheidet zwei Formen der Enkopresis, nämlich Einkoten mit und ohne Obstipation (Verstopfung). Für beide Enkopresis-Formen liegen inzwischen wirksame Therapiemöglichkeiten vor, die in diesem Band aufgezeigt werden. Ausführlich werden die Leitlinien zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Behandlung der Störungen sowie deren Umsetzung in der Praxis vorgestellt. Dazu werden zahlreiche Materialien zur Verfügung gestellt und das Vorgehen anhand von Fallbeispielen erläutert.



Rainer Huppert
Norbert Kienzle

Schizophrenie

(Reihe »Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie«, Band 14)
2010, 192 Seiten,
€ 22,95 / sFr. 38,90
(Im Reihenabonnement
€ 17,95 / sFr. 29,90)
ISBN 978-3-8017-2051-3

Schizophrene Psychosen gehören trotz zahlreicher Behandlungs- und Betreuungsverbesserungen unverändert zu den schwersten psychischen Erkrankungen. Da sie häufig im Jugendalter oder im jungen Heranwachsendenalter beginnen, greifen sie tief in die Entwicklung und Biografie des Betroffenen und in sein soziales Umfeld ein. Das Buch liefert eine Beschreibung von schizophrenen Störungen im Kindes- und Jugendalter und erläutert anhand von Leitlinien den multimodalen diagnostischen und therapeutischen Umgang mit schizophrenen Erkrankungen. Informationen zu diagnostischen Verfahren, Materialien sowie ein ausführliches Fallbeispiel erleichtern die Umsetzung der Leitlinien in der klinischen Praxis.

HOGREFE



Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Rohnsweg 25 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 49609-0 · Fax: -88
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

vitos :

Klinikum Kurhessen

Das Vitos Klinikum Kurhessen ist ein anerkanntes und renommiertes Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten. Es gehört zur Vitos Kurhessen gemeinnützige GmbH.

Wir suchen für die **kinder- und jugendpsychiatrische Klinik** engagierte

Ärzte in Weiterbildung (m/w)

Die volle Weiterbildungsermächtigung für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besteht durch den leitenden Arzt.

Am Standort Wabern der Klinik suchen wir einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als

Oberarzt (m/w)

Wir betreiben dort **hessenweit einmalig** eine Station für den qualifizierten Entzug bei suchtgefährdeten und abhängigen Kindern und Jugendlichen und eine Ambulanz. Eine Tagesklinik soll entwickelt werden. Zum Aufgabenbereich gehört weiterhin die fachärztliche Betreuung des Jugendhilfebereiches im Pädagogisch-medizinischen Zentrum Wabern.

Wir bieten:


- Behandlungsangebote für das gesamte Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen
- abgestufte und differenzierte störungsspezifische Konzepte u. a. für Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen und Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter
- regelmäßige Supervisionen und Unterstützung in der Psychotherapieausbildung
- familienfreundliche Teilzeitmodelle
- Vergütung nach TV-Ärzte/VKA mit Zusatzversorgung

Schwerbehinderte Bewerberinnen/Bewerber werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Nähere Informationen finden Sie unter www.vitos-kurhessen.de/vitos-kurhessen/karriere
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Kassel
Dr. Günter Paul, Klinikdirektor, Herkulesstr. 111, 34119 Kassel, Tel. 0561 - 3 10 06 - 4 11
gunter.paul@vitos-kurhessen.de, www.vitos-kurhessen.de

Ein Unternehmen des LWV Hessen


**Städtische Kliniken
 Mönchengladbach**

Abteilung für Infektions- und Kinderinfektionskrankheiten
 der Uniklinik und des Universitätsklinikums Aachen



Als Schwerpunktkrankenhaus mit den beiden Betriebsstätten Elisabeth-Krankenhaus Rheydt und Harderwald-Klinik beschäftigen wir etwa 1.100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir verfügen über 577 Planbetten in 10 bettenführenden Organisationseinheiten sowie folgende komplementäre Einrichtungen: Kurzzeitpflege, Arbeitsmedizinisches, Schlafmedizinisches und Sozialpädiatrisches Zentrum. Uns angeschlossen ist das Schulzentrum für Gesundheitsberufe am Niederrhein (www.sgn-mg.de). Weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter www.sk-mg.de

Für unsere Betriebsstätte Elisabeth-Krankenhaus Rheydt suchen wir zum **1. September 2010 oder später** eine/einen

Oberärztin/Oberarzt Kinder- und Jugendpsychiater/in für das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin in Vollzeit/Teilzeit Chefarzt Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

Suchen Sie eine Herausforderung? Wir bieten Ihnen ein interessantes Arbeitsfeld mit Entwicklungspotentialen.

Das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin verfügt über 96 Planbetten und betreut jährlich über 6.000 stationäre und über 10.000 ambulante Patienten. Die Klinik ist als Perinatalzentrum Level 1 anerkannt. Das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) ist in das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin integriert.

Ihre Aufgaben:

- Klinische kinder- und jugendpsychiatrische Tätigkeit im stationären Bereich des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin
- Tätigkeit im SPZ
- Enge Kooperation mit den niedergelassenen Vertragsärzten

Wir erwarten:

- Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Anerkennungs-jahr in der Pädiatrie/kurz vor der Fachärztin/vor dem Facharzt
- hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit, Kommunikationsbereitschaft und Flexibilität
- eine Persönlichkeit mit Erfahrung im teamorientierten Leitungsstil
- interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den im Zentrum vertretenen Berufsgruppen

Wir bieten:

- eine ganzheitliche familienorientierte Kinder- und Jugendmedizin unter Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Neuropädiatrie als einen Schwerpunkt
- viele weitere pädiatrische Subdisziplinen mit stationärer/ambulanter Betreuung chronisch kranker Kinder und Eltern
- Möglichkeit zum Erwerb des EEG-Scheins
- enge Kooperation mit erfahrenen Diplom-Psychologinnen/Psychologen
- enge Kooperation im Team der Kinder- und Jugendärzte
- Integration in das SPZ-Team
- Vergütung nach dem TV-Ärzte/VKA und alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen
- eine Stelle ohne Hintergrunddienste
- Beteiligung am Chefarzt-Pool
- volle Weiterbildungsmöglichkeit für Kinder- und Jugendmedizin, Weiterbildung zur/zum Kinder- und Jugendärztin/-arzt
- flexible familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung
- finanzielle Unterstützung bei Fortbildungen

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden innerhalb von 4 Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige erbeten an: Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH, Personalservice, Hubertusstr. 100, 41239 Mönchengladbach.

Haben Sie Fragen oder Interesse? Dann rufen Sie mich doch einfach an. Herr Prof. Dr. W. Kölfen unter der Tel.-Nr. 02166 394-2611, E-Mail: wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Kinder- und jugendpsychiatrische Gemeinschaftspraxis mit SPV und engagiertem, offenem, multiprofessionellem Team im Herzen von Köln sucht

Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

in Teilzeit.

Praxis Dr. Genau & Dr. Schreck
Theodor-Heuss-Ring 1/Ebertplatz
50668 Köln
Tel.: 02 21 / 73 37 73

Vertretung gesucht

Vertretung (auch Teilzeit) für Kinder- und jugendpsychiatrische SPV-Praxis in Aachen in bewährtem multiprofessionellem Team und gutem Betriebsklima für September und Oktober 2010 gesucht.

Weitere spätere Praxisvertretungen und ggf. dauerhafte Praxismitarbeit sind denkbar.

Bewerbungen bitte schriftlich an:

Dr. Brunhilde Freyaldenhoven
Kapellenstr. 72
52066 Aachen

Nachfolgerin/Nachfolger gesucht

Für meine gut etablierte Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Sozialpsychiatrischer Versorgung suche ich eine/einen

Nachfolgerin/Nachfolger

Die Praxis liegt im Südbayerischen Raum.

Bewerbungen bitte an:

BKJPP Geschäftsstelle Chiffre F2010/15
Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
E-Mail: mail@bkjpp.de

LVR-Klinikverbund
LVR-Klinik Bedburg-Hau



Die **LVR-Klinik** Bedburg-Hau des **Landschaftsverbandes Rheinland** suchen zum nächstmöglichen Termin

FACHÄRZTINNEN/FACHÄRZTE UND ASSISTENZÄRZTINNEN/ASSISTENZÄRZTE

für die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

Die Stellen sind unbefristet, was eine langfristige persönliche und berufliche Perspektive und Lebensplanung ermöglicht. Der Einsatz ist für den Standort Bedburg-Hau am idyllischen Niederrhein (nahe der schönen Kreisstadt Kleve und der lebendigen Universitätsstadt Nimwegen (NL)) geplant, wobei die Abteilung auch noch über Außenstellen in Geldern und Moers verfügt.

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie umfasst derzeit 30 stationäre Betten auf 3 Stationen und 20 tagesklinische Plätze sowie 2 Institutsambulanzen in Bedburg-Hau, Geldern und eine kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde in Moers. Die Abteilungsärztin verfügt über die volle Weiterbildungs-ermächtigung für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird ausschließlich im eigenen Fachgebiet und überwiegend in Rufbereitschaft geleistet, zusätzliche Einsatzmöglichkeiten sowie Rotation im Rahmen der Facharztweiterbildung in die Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie und Neurologie sind jedoch möglich. Als Bewerberin/Bewerber benötigen Sie die in Deutschland zu erteilende Berufserlaubnis.

Die LVR-Klinik Bedburg-Hau ist eine psychiatrische, neurologische und kinder- und jugendpsychiatrische Fachklinik mit 1.000 Planbetten, gegliedert in 11 Fachabteilungen. Bedburg-Hau liegt in unmittelbarer Nähe der Kreisstadt Kleve (ca. 50.000 Einwohner). Die Großstädte des Ruhrgebietes sind ebenso wie die Niederlande mit den Universitätsstädten Nijmegen und Arnhem in kurzer Zeit zu erreichen; dies gilt ebenfalls für den Airport Niederrhein Weeze. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort vorhanden.

Wir erwarten

Engagement und Freude an eigenverantwortlicher Mitarbeit in unserem interessanten Fachgebiet
Teamfähigkeit und entsprechendes Interesse an der Arbeit im multiprofessionellen Team
Wertschätzender Umgang mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien
Humor, Kreativität und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme

Wir bieten

Leistungsgerechtes Entgelt nach dem TV-Ärzte/VKA

Eine innovative systemisch-verhaltenstherapeutisch orientierte Abteilung mit allen relevanten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wie z. B. DBT-A und Neurofeedback

Die Möglichkeit, eigene Konzepte/Ideen sowie persönliche Stärken einzubringen

Gewährung von Trennungentschädigung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und eine Umzugskostenvergütung nach Ablauf der Probezeit

Die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen inkl. Altersvorsorge

Einen vielseitigen, interessanten Aufgabenbereich mit kreativen Gestaltungsmöglichkeiten und sehr guten fachlichen Entwicklungsmöglichkeiten bei einem öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber

Eine wertschätzende und kollegiale Arbeitsatmosphäre in einem multiprofessionellen Team

Strukturierte kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbildung einschließlich der Rotation in die Psychiatrie sowie die volle Kostenübernahme für Pflichtveranstaltungen im Rahmen der Weiterbildung

Externe system- und traumatherapeutische Supervisionen und ein umfangreiches Weiterbildungsprogramm

Hilfe bei der Wohnungssuche bzw. Kinderbetreuungsplätzen

Nebenverdienst durch Gutachtererstellung im Rahmen einer Nebentätigkeit

Nebenverdienst durch Übernahme von Bereitschaftsdiensten

Erhebliche Kostenbeteiligung bei Fortbildungen der Fachärztinnen/Fachärzte bis hin zur vollen Kostenübernahme für Pflichtveranstaltungen im Rahmen der Weiterbildung für Assistenzärztinnen/Assistenzärzte

Haben Sie noch Fragen ?

Dann wenden Sie sich bitte an die Chefärztin Dr. med. Ursula Kirsch. Sie wird Ihnen gerne weiterhelfen. Sekretariat: Frau van Alst/Frau Königs; Tel. 02821 813403; E-Mail: ulrike.vanalst@lvr.de

Allgemeine Informationen über die LVR-Klinik Bedburg-Hau und den Landschaftsverband Rheinland finden Sie im Internet unter www.klinik-bedburg-hau.de bzw. www.lvr.de

Die Bewerbungen von Frauen sind erwünscht; Frauen werden gemäß Landesgleichstellungsgesetz NRW bei gleicher Qualifikation bevorzugt berücksichtigt. Bewerbungen schwerbehinderter Frauen und Männer wird bei sonst gleicher Eignung der Vorzug gegeben. Die Stellen sind grundsätzlich auch für Teilzeitkräfte geeignet.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte schriftlich an die **LVR-Klinik Bedburg-Hau, Personalabteilung, Bahnstraße 6, 47551 Bedburg-Hau.**

Ich suche für meine seit 1994 bestens eingeführte, überdurchschnittlich große Einzelpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (www.praxis-zimmermann.net) in Essen,

einen Facharzt/Fachärztin

(gern ca. 40-jährig) derselben Fachrichtung zur Anstellung. Gern auch Teilzeit (Zeitpunkt variabel) und evtl. späteren Entwicklung einer Partnerschaft.

Merkmale:

- Vielfältiges Untersuchungs- und Behandlungsspektrum
- Ermächtigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung (fünf nichtärztliche Therapiefunktionen)
- Richtlinienpsychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, tiefenpsychologisch fundiert
- Psychosomatik
- Psychotraumatologie
- gutachterliche Tätigkeit für verschiedene Gerichte
- Kooperation mit psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten
- Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Nordrhein

Es arbeiten derzeit auf der ärztlichen Ebene zwei angestellte Fachärztinnen mit mir zusammen. Meinerseits besteht großes Interesse an der Entwicklung der Praxisübergabe in etwa zehn Jahren.

Praxis Dr. med. Brigitte Zimmermann
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Ärztliche Psychotherapeutin, Villa Koppers
Moltkestr. 29, 45138 Essen
Tel.: 02 01 / 79 49 80
Fax: 02 01 / 79 65 85
E-Mail: info@praxis-zimmermann.net

www.praxis-zimmermann.net



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

TherapieKulturen –
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Europa

BOCHUM

RUHR.2010 Kulturhauptstadt Europas
RuhrCongress Bochum

11. – 13. November 2010

Information/Anmeldung

CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH
Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin

Tel.: +49 (0)30 85 99 62-24

Fax: +49 (0)30 85 07 98 26

E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de

www.ctw-congress.de/bkjpp

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „weiße Seiten“

Dr. med. Margarete von Rhein, Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, 41749 Viersen

Tel.: 0 21 62 / 96 31, Fax: 0 21 62 / 96 50 38, E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „gelbe Seiten“

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Ute Müller

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin

Tel.: 0 30 / 8 97 37 97 40, Fax: 0 30 / 83 22 48 96, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Druck

Meta Druck, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin

Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 83 22 48 96, E-Mail: mail@bkjpp.de

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,- €(einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 44,- €(einschließlich Postversand)

Der Bezugspreis des Forums ist im Jahresbeitrag der Mitglieder des BKJPP enthalten.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,- €(einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 33,- €(einschließlich Postversand)

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.

