

# **Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie(SGKJPP) zu Frühinterventionen bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)**

## **Einleitung**

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), zu denen neben dem frühkindlichen Autismus auch das Asperger-Syndrom und der atypische Autismus gerechnet werden, zählen zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, die durch einen frühen Beginn und – wenn nicht oder nicht ausreichend behandelt - durch einen chronischen Verlauf über die Lebensspanne hinweg gekennzeichnet sind (Howlin et al., 2004). Als zentrales Merkmal von ASS gilt eine Trias von zentralen Einschränkungen, die eine Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion, Beeinträchtigungen von Sprache und Kommunikation sowie sich wiederholende und stereotype Verhaltensmuster, zum Teil verbunden mit stark eingeschränkten Interessen und Aktivitäten, umfasst. Zusätzlich zur Kernsymptomatik leiden autistische Kinder auch verstärkt unter anderen Symptomen wie sensorischer Dysregulation, Schlafstörungen, selektivem Essverhalten und gastrointestinalen Problemen sowie einem erhöhten Risiko für epileptische Anfälle. Komorbide Störungen wie ADHS oder Zwangsstörungen sind deutlich häufiger zu finden.

Von allen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern haben ASS die stärkste genetische Ätiologie (Levy et al., 2009), und es ist in den letzten beiden Jahrzehnten eine Vielzahl von Befunden publiziert worden, welche die biologischen Grundlagen der ASS beschreiben, ohne dass es bisher zu einem allgemein akzeptierten Erklärungsmodell gekommen wäre (Levy et al., 2009; Eckert et al., 2012). Über die Kernsymptomatik und die Diagnosekriterien von ASS besteht jedoch international seit langem ein Konsens, und es hat sich ein standardisiertes Vorgehen bei der Diagnostik von ASS etabliert, bei dem konkrete Verhaltensbeobachtungen (ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule) und semistrukturierte Interviews (ADI-R: Autism Diagnostic Interview) eingesetzt werden. Diese Verfahren sind auch in der Schweiz eingeführt, so dass für die spezialisierten Zentren von einer einheitlichen und zuverlässigen Diagnostik der ASS ausgegangen werden kann.

Erhebliche therapeutische Fortschritte der letzten beiden Jahrzehnte in Bezug auf intensive Frühinterventionen haben dazu geführt, dass im Gegensatz zu früheren Auffassungen, die in der Diagnose einer ASS ein unveränderbares Schicksal mit lebenslangen schweren Beeinträchtigungen sahen, inzwischen sogar von präventiven Ansätzen gesprochen wird, wenn Interventionen früh genug und ausreichend intensiv eingesetzt werden, um die bei Kleinkindern noch sehr grosse Neuroplastizität des Gehirns zu nutzen (Dawson, 2008).

Im Gegensatz zu heilpädagogisch ausgerichteten Frühfördermassnahmen besteht der Schwerpunkt der medizinisch-psychologisch basierten „Frühinterventionen“ darin, gezielte störungsspezifische und evidenzbasierte Therapiemassnahmen einzusetzen, um die Kernsymptomatik autistischer Störungen zu beeinflussen. Nicht ausreichend entwickelte

Fähigkeiten, vor allem im Bereich der sozialen Kompetenz und nonverbaler Kommunikation (geteilte Aufmerksamkeit, soziale Wechselseitigkeit), werden auf- und störende Verhaltensweisen werden abgebaut. Dadurch können die Familien entlastet und kann die Integration autistischer Kinder in Regelkindergärten und –schulen ermöglicht werden, so dass sich langfristig die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe verbessern.

Klinische Fortschritte in der Behandlung von Kindern mit autistischen Störungen haben inzwischen zum Konsens geführt (Reichow & Wolery, 2009; Dawson, 2008; Levy et al., 2009), dass therapeutische Interventionen möglichst früh nach der Diagnosestellung (d.h. möglichst in den ersten 4 Lebensjahren) und mit hoher Intensität (d.h. 20-40 Stunden pro Woche) durchgeführt werden sollten, um bedeutsame Veränderungen erzielen zu können und damit auch den langfristigen Krankheitsverlauf nachhaltig positiv zu beeinflussen. Je früher solche Massnahmen einsetzen und je intensiver sie durchgeführt werden, desto eher kann die Neuroplastizität des Gehirns ausgenutzt werden, um dauerhafte Veränderungen anzustossen und damit den Outcome von allen Kindern mit ASS (im Verhältnis zum Schweregrad ihrer autistischen Störung) verbessern zu helfen (Dawson, 2008). Oberstes Ziel ist neben der Verbesserung der autistischen Kernsymptomatik die Verbesserung der Fähigkeit der betroffenen Kinder zur Partizipation an alltäglichen Lebensbezügen (Kindergarten, Schule, später auch Berufstätigkeit) und zunehmend mehr auch die Befähigung der anderen Familienmitglieder, ihre eigenen Ressourcen zu stärken und den Behandlungsprozess des autistischen Kindes zu unterstützen. Bei intensiven und hochfrequenten Frühinterventionen werden kinderpsychiatrische und psychologische (und zum Teil auch heilpädagogische, psychomotorische oder logopädische) Konzepte zu einem einheitlichen Behandlungsansatz zusammenführen. Verhaltensorientierte Frühinterventionen, die auf einer Modifikation der in der Applied Behavior Analysis (ABA) beschriebenen Grundprinzipien basieren, sind dabei am häufigsten vertreten.

### **Standardisiertes Diagnostisches Vorgehen**

Zur standardisierten Erfassung der diagnoserelevanten Symptome gemäss den aktuellen ICD- und DSM-Kriterien haben sich die internationalen Goldstandard-Instrumente ADOS und ADI-R bewährt. Das ADOS (Rühl et al., 2004) erlaubt die Beobachtung, standardisierte Erfassung und Auswertung autistischer Symptome anhand von Spiel- und Gesprächssituationen (mit unterschiedlichen Schwerpunkten je nach Alter des Kindes). Ein diagnostischer Algorithmus erlaubt die Zuordnung gemäss ICD/ DSM-Kriterien. Eine überarbeitete Version, das ADOS-2, ist 2012 in englischer Sprache erschienen und wird im Laufe des Jahres 2013 in deutscher Übersetzung erwartet (Lord et al., 2012). Das ADOS-2 ermöglicht erstmals die Untersuchung von sehr kleinen Kindern ab einem Entwicklungsalter von 12 Monaten mit dem Toddler-Modul und damit nach Diagnosestellung eine noch frühzeitigere Behandlung. Ergänzt wird diese direkte Verhaltensbeobachtung durch das semistrukturierte Interview mit den Eltern ADI-R (Bölte et al., 2006), das neben den drei Hauptsymptombereichen auch die Entwicklungsgeschichte und Verlauf der Symptomatik

sowie zusätzliche Symptome wie aggressives Verhalten oder auch neurologische Auffälligkeiten erfasst.

Als einfach durchzuführende Screening-Instrumente, die eine dann weiter zu differenzierende Verdachtsdiagnose ermöglichen, haben sich der FSK (Bölte & Poustka, 2006) ab 4 Jahren sowie der M-CHAT (Robbins, Fein & Barton, 1999) ab 18 Monaten etabliert. Es handelt sich um Fragebögen, die von den Eltern oder engen Bezugspersonen ausgefüllt werden. Die SRS (Soziale Reziprozitätsskala, Bölte & Poustka, 2008) ist ein Elternfragebogen zur Erfassung sozialer, kommunikativer und rigider Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen im Sinne einer dimensional Diagnostik autistischer Störungen.

Zur Diagnostik gehört auch die Erfassung des Intelligenzniveaus bzw. bei jungen Kindern des Entwicklungsalters. Hierzu stehen verschiedene Tests, auch nicht-sprachliche, zur Verfügung.

Weiter ist eine neuropädiatrische Diagnostik empfehlenswert, um mögliche somatische Ursachen der ASS auszuschliessen bzw. vorliegende neurologische Störungen wenn möglich zu behandeln.

### **Wirksamkeit der intensiven Frühinterventionen bei ASS**

Die Leitlinien der internationalen Fachgesellschaften zur Behandlung von autistischen Störungen (z.B. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Autism and other Pervasive Developmental Disorders: Stand 1999; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: Stand 2006) sind in wesentlichen Punkten veraltet und werden gegenwärtig überarbeitet. Die vom britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) im Jahr 2011 vorgelegten Guidelines (Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum) beziehen keine Stellung zu Fragen der Behandlung. Von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind bisher keine eigenen Leitlinien erarbeitet worden.

Vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln wurde 2009 eine Expertise zu Frühinterventionen bei autistischen Kindern in Auftrag gegeben (Weinmann et al., 2009: Verhaltens- und fertigkeitenbasierte Frühinterventionen bei Kindern mit Autismus. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 89), die nach einer ausgiebigen Sichtung der verfügbaren Literatur zur Schlussfolgerung kommen, „dass Vorschulkinder mit Autismus durch verhaltensbasierte Interventionen mit einer Mindestintensität von 20 Stunden pro Woche Verbesserungen in kognitiven und funktionalen Bereichen (expressive Sprache, Sprachverständnis sowie Kommunikation) erreichen können. ... In den Studien mit den besten Behandlungsergebnissen konnte bei bis zur Hälfte der Kinder eine deutliche Beschleunigung der Entwicklung erreicht werden, so dass diese Kinder in die Nähe der Normalwerte für altersentsprechende Kinder oder ganz in

den Normwertbereich rückten.“ (S.99) Weiterhin wird festgehalten, dass die am besten empirisch abgesicherten intensiven Frühinterventionen auf verhaltensbasierten Kernelementen des ABA-Modells basieren und die Eltern in die Therapie einbeziehen. Gemäss dieser Analyse fallen die Effekte der Behandlung umso bescheidener aus, je geringer die Behandlungsintensität ist, und Programme, die an speziellen Zentren durchgeführt werden, erweisen sich gegenüber einer Routinebehandlung (TAU = Treatment as usual) als überlegen.

Eine aktuelle Metanalyse zur Wirksamkeit von intensiven Frühinterventionen bei sehr jungen Kindern mit ASS ist das Cochrane Review “Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD)” von Reichow et al. (2012). Kurz zusammengefasst zeigt sich, dass in allen überprüften Outcome-Massen die intensiven verhaltensorientierten Frühinterventionen den Standardbehandlungen (TAU) überlegen waren.

In einer soeben abgeschlossenen Literaturrecherche in den medizinischen und psychologischen Datenbanken Pubmed, PsycInfo und Psynindex zur Frage der Wirksamkeit von Frühinterventionen bei Kindern mit ASS (unveröffentlichte Masterarbeit von J. Früh, Basel), bei der Pilotstudien, Brief Reports, Fallstudien und Studien mit weniger als 10 Probanden aus der Analyse ausgeschlossen waren, fanden sich aus den Jahren 1987-2012

- 31 Studien zu intensiven (mindestens 15h/Woche) Frühinterventionen bei autistischen Kindern unter 7 Jahren,
- sowie 8 Studien zu weniger intensiven (weniger als 15h/Woche) Frühinterventionen.

Ausserdem wurden seit 1999 15 systematische Reviews zu Frühinterventionen bei ASS publiziert; nicht mitgezählt ist dabei die grosse Zahl an unsystematischen Überblicksarbeiten und Reviews, bei denen die untersuchten Kinder älter als 10 Jahre waren. Der überwiegende Teil der Studien evaluierte verhaltenstherapeutische Intensivinterventionen, d.h. Therapieansätze, die auf dem ABA-Modell von Lovaas beruhen und mit wenigen Ausnahmen den Standardbehandlungen (TAU) signifikant überlegen waren.

Trotz der positiven Evaluation der auf den Ansätzen von Lovaas beruhenden Behandlungsverfahren hat das stark verhaltensorientierte ABA-Modell und die in früheren Zeiten etwas starr wirkende Auslegung dieser Verhaltenstrainings in Fachkreisen auch Kritik hervorgerufen. Diese hat dazu geführt, dass einerseits die aktuellen Modifikationen der Programme (z.B. FIVTI in Zürich oder ESDM in Genf) inzwischen einen deutlich spielerischeren Zugang zu den autistischen Kindern wählen, und dass andererseits intensive Frühinterventionen entwickelt wurden, die neben den verhaltensorientierten Interventionen den Schwerpunkt auf die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit legen, d.h sich vermehrt auf die sozialen und emotionalen Aspekte der ASS richten und ein weniger direktes

therapeutisches Vorgehen empfehlen. Dazu zählen die Therapieansätze „Floor-Time“ (in der Praxis-orientierten PLAY Form), „Son-Rise“ und „Mifne“, das in der Schweiz zum Therapiemodell „FIAS“ modifiziert wurde (Kievit et al., 2012). Bei den eher heilpädagogisch ausgerichteten Behandlungsprogrammen (wie z.B. dem Therapieprogramm des ATZ in Basel-Riehen) wurde die Intensität des Angebots im Vergleich zu Standardbehandlungen deutlich erhöht.

Für alle wirksamen Frühinterventionen (auch diejenigen, deren Fokus nicht primär verhaltensorientiert ausgelegt ist) gilt, dass

- a) die Familien in die Behandlung mit einbezogen werden müssen,
- b) die Intensität hoch sein muss (mindestens 20 Stunden pro Woche),
- c) die Behandlung individuell auf die spezifischen Bedürfnisse des autistischen Kindes und seiner Familie zugeschnitten sein müssen und
- d) der Behandlungsverlauf kontinuierlich überprüft und angepasst werden muss (Reichow & Wolery, 2009).

Wie in anderen psychotherapeutischen Behandlungsfeldern ist auch bei der intensiven Frühintervention von ASS eine einseitige Festlegung auf nur eine Behandlungsmethode weder aus klinischer noch aus wissenschaftlicher Sicht erwünscht. Bei psychotherapeutischen Methoden ist die Passung zwischen Therapeut und Methode genauso von Bedeutung wie die Passung von Patient und/oder Familie zur Methode, so dass unterschiedliche Behandlungsansätze auch weiterhin ihren Platz haben müssen, wenn sie empirisch abgesicherte Wirksamkeitsnachweise erbringen bzw. auf ASS abgestimmte empirisch abgesicherte Behandlungsprinzipien (individuelle Therapieplanung, Einbezug der Familien, Beachtung von konkretem Verhalten in der Behandlung, hohe Intensität und kontinuierliche Überprüfung) explizit einbeziehen. Aufgrund der Vielfältigkeit autistischer Symptome können die Schwerpunkte der Beeinträchtigungen individuell in unterschiedlichen Bereichen liegen. Dies erfordert ein therapeutisch auf die Bedürfnisse des Kindes und der Familie abgestimmtes Vorgehen und die individuelle Auswahl der für diese Familie geeigneten Behandlungsform. Unterschiedliche Schwerpunkte der Behandlung können z.B. der Erwerb basaler alltagspraktischer Fertigkeiten wie sich Anziehen oder selbständiges Essen, die Sprachanbahnung oder die Verbesserung der sozialen Motivation und der Interaktionsmöglichkeiten mit Eltern und Geschwistern sein. Es besteht ein Bedarf an Evaluationsstudien unterschiedlicher Frühinterventionsformen, um herauszufinden, welche Faktoren den Therapieerfolg beeinflussen, und damit auch, welche Therapie bei welchem Kind am besten wirkt (Warren et al., 2011).

Gegenwärtig sind in der Schweiz die Möglichkeiten intensiver therapeutischer Interventionen bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen begrenzt und im Vergleich mit internationalen Standards unzureichend.

## **Kosten-Nutzen-Relation von intensiven Frühinterventionen bei Kindern mit ASS**

Bei intensiven Frühinterventionen für autistische Kinder und ihre Familien, die nur in spezialisierten Zentren angeboten werden können, handelt es sich um Behandlungsangebote, die mit 20-40 Stunden pro Woche über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren eine sehr hohe Intensität aufweisen. Dadurch entstehen beträchtliche Kosten, die je nach Behandlungsangebot variieren können. In einer britischen Studie (Magiati et al., 2007) werden die Kosten einer Frühintervention mit 15'000-30'000 GBP (zum damaligen Kurs entsprechend ca. 30'000-60'000 CHF) angegeben. In einer amerikanischen Studie (Butter et al., 2003) lagen die Kosten bei 60'000 USD (zum damaligen Kurs entsprechend ca. 75'000 CHF). Solche Kostenschätzungen sind allerdings international nur schwer zu vergleichen, da z.B. das unterschiedliche Lohnniveau berücksichtigt werden muss. Die Kosten für intensive Frühinterventionen in der Schweiz liegen in der Grössenordnung von ca. 50-100 TCHF pro Jahr.

Verglichen werden müssen die Kosten für intensive Frühinterventionen mit den Kosten für andere Behandlungsansätze. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird „Teilstationäre Behandlung“ als die bevorzugte Therapieform am Beginn der Behandlung beschrieben. (Diese Behandlungsform entspricht etwa der Behandlungsintensität von intensiven Frühinterventionen.) Die Kosten für eine teilstationäre Behandlung belaufen sich in der Schweiz zurzeit auf ca. 500-600 CHF pro Tag. Bezogen auf einen Behandlungszeitraum von 200 Tagen (was für die Behandlung von ASS als sehr kurz angesehen werden muss), entstehen also Kosten von 100-120 TCHF. Diesen im Vergleich zu intensiven Frühinterventionen deutlich höheren Kosten steht eine geringere Behandlungseffektivität gegenüber, da nicht auf die spezifischen Bedürfnisse von autistischen Kindern zugeschnittene Behandlungsangebote nicht geeignet sind, die Kernsymptomatik von ASS positiv zu beeinflussen (s.o).

Die bereits erwähnte DIMDI-Expertise (Weinmann et al., 2009) nimmt auch Stellung zu ökonomischen Aspekten von intensiven Frühinterventionen. Aufgrund der damaligen Studienlage (vor 2009) wird keine Aussage zur Kosteneffektivität von Frühinterventionen gemacht; die Autoren gehen aber davon aus, dass durch effektive Frühinterventionen die Gesamtkosten des Autismus langfristig reduziert werden könnten, „indem die anfallenden hohen anfänglichen Aufwendungen durch spätere Einsparungen überkompensiert werden, was z. B. aufgrund eines positiv beeinflussten Sozialverhaltens der Patienten oder mögliche preiswertere Behandlungen im weiteren Verlauf entstehen könnte. Das Ausmass dieser Einsparungen bleibt allerdings unklar.“ (S. 100).

In einer aktuellen holländischen Studie (Peters-Scheffer et al., 2012) wurde versucht, die Einsparungen als Folge intensiver Frühinterventionen numerisch zu schätzen. Verglichen wurden intensive Frühinterventionen (20-40 h pro Woche über einen Zeitraum von 3 Jahren) mit Standardbehandlungsprogrammen (TAU) bei der Behandlung von Kindern mit

autistischen Störungen. Hochgerechnet wurden zukünftige Kosten (vom 3. bis zum 65. Lebensjahr) für spezielle Erziehungsmassnahmen, beschützte Arbeit und ausserhäusliche Unterbringung. Nach den Berechnungen der Autoren liegen die Einsparungen für autistische Kinder, die mit einer intensiven Frühintervention behandelt werden, über die Lebensspanne hinweg im Durchschnitt bei über 1,1 Mio. €.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Entscheidung der amerikanischen Behörde U.S. Office of Personnel Management (Healthcare and Insurance) im Jahr 2012 zu sehen, die eine Empfehlung an Gesundheitsversicherer abgegeben hat, intensive Frühinterventionen nach dem ABA-Modell als medizinische Massnahmen zu klassifizieren und die Kosten dafür zu übernehmen: "The OPM Benefit Review Panel recently evaluated the status of Applied Behavior Analysis (ABA) for children with autism. Previously, ABA was considered to be an educational intervention and not covered under the FEHB Program. The Panel concluded that there is now sufficient evidence to categorize ABA as medical therapy. Accordingly, plans may propose benefit packages which include ABA." (<http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/carriers/2012/2012-12a2.pdf>, p.5)

## **Zusammenfassung**

In den vergangenen 30 Jahren sind erhebliche Forschungsanstrengungen zur Überprüfung der Wirksamkeit von intensiven Frühinterventionen bei Kindern mit ASS geleistet worden. Auch wenn es bisher nur wenige randomisierte klinische Studien gibt (v.a. wegen grundsätzlicher technischer und ethischer Schwierigkeiten bei der Durchführung von RCTs bei Kindern mit ASS), zeigt die überwiegende Zahl der bisher vorgelegten Studien einen signifikant besseren Outcome bei der Durchführung von intensiven Frühinterventionen im Vergleich zu Standardbehandlungen (TAU), was auch in einer erheblichen Zahl von Reviews zusammenfassend bestätigt wird.

Die Wirksamkeit von intensiven Frühinterventionen für die Behandlung von autistischen Kindern kann inzwischen als so ausreichend gesichert angesehen werden (siehe Cochrane Review von Reichow et al., 2012), dass es ethisch nicht vertretbar erscheint, autistischen Kindern diese Behandlungsmöglichkeit zu versagen (auch wenn weitere Forschungsanstrengungen empfohlen werden, um die Evidenz zusätzlich zu erhärten). Renommierete Kliniker und Forscher wie z.B. Geraldine Dawson (2008) sprechen zum ersten Mal ernsthaft von der Möglichkeit, die autistische Kernsymptomatik durch sehr früh einsetzende intensive Interventionen so deutlich zu verändern, dass eine weitgehende Besserung der Symptomatik erzielt werden kann.

Angesichts der in zahlreichen Studien gezeigten Wirksamkeit und den potentiellen präventiven Möglichkeiten intensiver Frühinterventionen erscheinen die Kosten, die durch solche Interventionen entstehen, gerechtfertigt. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass

andere ansonsten indizierte medizinische Massnahmen wie z.B. kinderpsychiatrische tagesklinische Behandlungen im Vergleich noch kostenintensiver sind. Für die Schweiz fehlen bisher gesundheitsökonomische Untersuchungen im Zusammenhang mit intensiven Frühinterventionen bei Kindern mit ASS. Studien aus anderen Ländern wie z.B. den Niederlanden legen jedoch nahe, dass rechtzeitig und ausreichend intensiv durchgeführte Interventionen auf die Lebensspanne gerechnet zu einer erheblichen Kostenersparnis führen (ganz abgesehen von den immateriellen Vorteilen für die betroffenen Kinder und ihren Familien). Es ist zu hoffen, dass auch in der Schweiz der in den USA bereits umgesetzte Schritt vollzogen wird, dass die Kosten für intensive Frühinterventionen nicht mehr den Eltern der betroffenen autistischen Kinder aufgeladen werden.

Die SGKJPP unterstützt die Früherkennung und intensive Frühintervention bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. Nur wenn zu einem sehr frühen Zeitpunkt und in ausreichend hoher Intensität interveniert wird, ist nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten Jahre die Möglichkeit einer grundlegenden Beeinflussung des Verlaufs dieser tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gegeben. Unabhängig von der dringenden Notwendigkeit solcher intensiver Frühinterventionsangebote ist es allerdings aus Sicht der SGKJPP eine Frage der Versorgungsgerechtigkeit, dass weiterhin auch ältere Kinder oder Jugendliche mit ASS und ihre Familien ein adäquates Behandlungsangebot erhalten müssen und Anspruch auf umfassende Unterstützung haben.

Für die SGKJPP:

Prof. Klaus Schmeck (Präsident der Kommission für Weiter- und Fortbildung der SGKJPP)

Prof. Willy Felder (Past-Präsident der SGKJPP)

#### Literatur:

Bölte, S. & Poustka, F. (2008). SRS Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität. Dimensionale Autismus-Diagnostik. Deutsche Fassung der Social Responsiveness Scale (SRS) von John N. Constatino und Christian P. Gruber. Bern: Hans Huber.

Bölte, S. & Poustka, F. (2006). Fragebogen zur Sozialen Kommunikation - Autismus Screening (FSK). Bern: Verlag Hans Huber.

Bölte, S., Rühl, D., Schmötzer, G. & Poustka, F. (2006). Diagnostisches Interview für Autismus - Revidiert (ADI-R). Bern: Huber.

- Butter EM, Wynn J, Mulick JA (2003). Early intervention critical to autism treatment. *Pediatr Ann.* 32(10):677-84.
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology* 20:775-803
- Früh, J (2013). Wirksamkeit von intensiven Frühinterventionen bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. Masterarbeit, Universität Basel
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., Rutter, M. (2004): Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45: 212-229.
- Kievit, E., Schmeck, K., Spiegel, R., Herbrecht, E. (2012). Frühintervention bei Autismus-Spektrum-Störungen. Das FIAS – Behandlungskonzept. Unveröffentlichtes Manual, Universität Basel.
- Levy SE, Mandell DS, Schultz RT (2009). Autism. *Lancet* 374(9701):1627–1638.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K. & Bishop, S.L. (2012). Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1-4. Torrance, CA: Western Psychological Services.
- Lord, C., Luyster, R.J., Gotham, K. & Guthrie, W. (2012). Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part II): Toddler Module. Torrance, CA: Western Psychological Services.
- Magiati, I., Charman, T., & Howlin, P. (2007). A two-year prospective follow-up study of community-based early intensive behavioural intervention and specialist nursery provision for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 803–812.
- Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Matson J (2012). Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in the Netherlands. *Research in Developmental Disabilities* 33 1763–1772
- Robins, D., Fein, D., Barton, M., Green, J. (2001). The Modified-Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT): An initial investigation in the early detection of autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2), 131-144.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Reichow, B., Wolery, M. (2009): Comprehensive Synthesis of Early Intensive Behavioral Interventions for Young Children with Autism Based on the UCLA Young Autism Project Model. *J Autism DevDisord* 39:23–41
- Reichow B, Barton EE, Boyd BA, Hume K (2012). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD009260. DOI: 10.1002/14651858.CD009260.pub2
- Rühl, D., Bölte, S., Feineis-Matthews, S. & Poustka, F. (2004). ADOS, Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen. Bern: Huber.
- Sally J. Rogers, Geraldine Dawson, *Early Start Denver Model for Young Children with Autism. Promoting Language, Learning, and Engagement*, New York-London, The Guilford Press, 2010.
- Studer, N., Stüssi, E., Rothe, T., Salvado, V. und Wichser, K. (2010). Frühe intensive verhaltenstherapeutische Intervention (FIVTI) am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ZKJP) Zürich. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*. JG16, 2/10, 43-48.

Weinmann, S., Schwarzbach, C., Begemann, M., Roll, S., Vauth, C., Willich, S.N., Greiner, W. (2009). Verhaltens- und fertigkeitenbasierte Frühinterventionen bei Kindern mit Autismus. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 89. DIMDI, Köln

Vorgraft Y., Farbstein I., Spiegel R. & Apter A. (2007): Retrospective evaluation of an intensive method of treatment for children with pervasive developmental disorder. *Autism* 11: 413-424

Warren Z., McPheeters M., Sathe N., Foss-Feig J., Glasser A. & Veenstra-VanderWeele J. (2011). A Systematic Review of Early Intensive Intervention for Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics* 127, e1303-11.