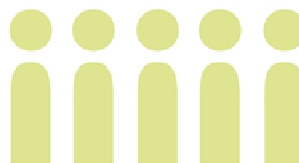


Gutachterliche Stellungnahme

**der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit
auf Anfrage des Obersten Sanitätsrates vom 24.2.2012**

**„hinsichtlich der generellen Therapiesituation bei autistischen
Kindern in Österreich unter Einbeziehung der Therapieform
Applied Behaviour Analysis with Verbal Behaviour (ABA/VB)“**



1. Definition des Störungsbildes:

Der Begriff des „Autismus“ bezeichnet ein zwar verhaltensphänotypisch gut beschriebenes aber doch unscharf begrenztes Krankheitsbild mit einer breiten Streuung an Schweregrad und unklarer Entität (vgl. ICD-10 und DSM IV). Auch der in letzter Zeit international etablierte Begriff der „**Autismus Spektrum Störung**“ (**ASS**) wird uneinheitlich verwendet und grenzt das Störungsbild nicht eindeutig ein. In seiner häufigsten Verwendung in der Literatur umfasst er zumeist den frühkindlichen Autismus, das Asperger-Syndrom, den atypische Autismus sowie die nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung und grenzt diese Gruppe gegenüber anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen ab.¹

Das klinische Bild wird von folgenden gemeinsamen Merkmalen geprägt:

- (1) Eine qualitative Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion,
- (2) Eine Beeinträchtigung der verbalen und/oder nonverbalen Kommunikation,
- (3) Das Vorliegen eingeschränkter, repetitiver bzw. stereotyper Aktivitäten und Interessen, Ritualen und Routinen. (vgl. ICD-10, Dilling et al., 2011)

Diese Besonderheiten im Bereich der multimodalen Wahrnehmungsverarbeitung, des spezifischen Lern- und Lebensstils sowie der eingeschränkten oder deutlich veränderten Möglichkeit soziale Beziehungen zu leben, beeinträchtigen den lebenspraktischen Alltag in unterschiedlichem, oft auch sehr hohem Ausmaß.

2. Epidemiologische Dimension:

Es gibt in Österreich **bislang kaum systematisch erhobenes Datenmaterial** über Kinder- und Jugendgesundheit insgesamt und so auch über Autismus Spektrum Störungen im Speziellen. Wir sind in der Frage der Prävalenz daher auf Experten gestützte Schätzungen und internationale Vergleichszahlen angewiesen.

Abhängig auch von der unterschiedlichen diagnostischen Grenzziehung der Spektrum-Störung werden international Prävalenzen von etwa **0,4 – 1 % Betroffene in der Allgemeinbevölkerung** mit einer weit überwiegenderen Bubenlastigkeit angegeben. Nach Lord & Bishop 2010 ist mit einem Verhältnis von Asperger-Autismus zu frühkindlichem Autismus von etwa 2-5:1 zu rechnen. Es bleibt vorerst noch unklar, ob jener in den letzten Jahren beobachtete Anstieg der Erkrankungszahlen überwiegend auf ein steigendes Bewusstsein für autistische Zustandsbilder und die höhere medizinisch-therapeutische Aufmerksamkeit sowie auf bessere diagnostische Möglichkeiten bzw. eine Erweiterung der diagnostischen Einschlusskriterien oder auf eine tatsächliche Zunahme der Erkrankung zurückzuführen ist.

Auf diese statistische Häufigkeit bezogen kann man nun davon ausgehen, dass in Österreich etwa 30 – 80.000 in unterschiedlichem Ausmaß von Autismus betroffene Menschen leben. Ein Großteil

¹ Einige Autoren fassen den Begriff auch deutlich weiter.

hiervon ist mit hoher Wahrscheinlichkeit bis dato nicht diagnostiziert bzw. hat mehrere Fehldiagnosen im Laufe seines Lebens erhalten.

3. Diagnostisch-therapeutisches Angebot in Österreich

Eine **sachgerechte Diagnostik des Autismus** erfordert einerseits wegen der Spezifität des Krankheitsbildes eine spezielle Ausbildung wie auch hohe praktische Durchführungscompetenz, andererseits aber auf Grund der Vielfalt der Differenzialdiagnosen auch profundes Wissen und umfassende Erfahrung im Bereich der allgemeinen Entwicklungsdiagnostik. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses soll jedenfalls eine mehrdimensionale Diagnostik auf hohem fachlichem Niveau, die Verwendung eines gültigen Klassifikationssystems und die Verwendung von qualitativ hochwertigen spezifischen diagnostischen Instrumenten sichergestellt sein.

Ein solches Angebot, wo Beeinträchtigungen des Autismus Spektrums mittels State of the Art-Instrumenten valide und auf einem breiten differentialdiagnostischen Wissenshintergrund untersucht werden können, gibt es im Wesentlichen nur zentrumsorientiert an wenigen Stellen in Österreich². Dies ist einerseits im Sinne der „Teamdiagnostik“ verständlich und auch durchaus sinnvoll, andererseits aber auf Grund des insgesamt zu geringen Angebots und der regional unzureichenden Verfügbarkeit deutlich zu hochschwellig für die Allgemeinbevölkerung. Erfahrungen an Kompetenzzentren zeigen, dass viele Kinder vor Erhalt der letztlich spezifischen Diagnose mehrere Fehldiagnosen bei verschiedensten Anlaufstellen „erlitten“ hatten, wodurch wertvolle Zeit für Förderung verloren ging. Der Diagnosezeitpunkt ist – im Gegensatz zu anderen Ländern, wo Autismus-Spektrum-Störungen bereits ab 24 Monaten diagnostiziert und behandelt werden – in Österreich deutlich nach hinten verschoben (oft erst im Vorschul- bzw. noch häufiger im Volks-/Mittelschulalter).

Zu dem Dilemma der späten und oft wenig validen Diagnostik kommt das **überwiegende Fehlen von evidence based Behandlungsmethoden** in Österreich. Die wenigen Anbieter von „Autismus-Therapien“ in Österreich sind derzeit – wohl aus der Not heraus – sehr unterschiedlich, aber keineswegs zufriedenstellend strukturiert. Autistische Kinder und Jugendliche erhalten derzeit vor allem in städtischen Ambulatorien oder in über die Länder und Krankenkassen finanzierten, so genannte Entwicklungsambulatorien bzw. ähnlichen Einrichtungen Therapien oder werden über pädiatrische oder kinderpsychiatrische Kliniken betreut. Problem hierbei ist, dass aus deren grundlegenden Bedingungen heraus zumeist das vorhandene entwicklungsförderliche und therapeutische Angebot (z.B. Logopädie, Egotherapie, Musiktherapie, Psychologie, Psychotherapie, Heilpädagogik, u.ä. im üblichen Ausmaß von 1 Wochenstunde) zu Verfügung gestellt wird, ohne jedoch das spezifische Wissen, die therapeutische Strategien und die notwendige Frequenz für die Kern-Symptomatik des Autismus berücksichtigen zu können. Hierfür fehlen bisher häufig sowohl die notwendige Kompetenz und Weiterbildungsmöglichkeit wie auch die dafür erforderliche Finanzierung im österreichischen Gesundheitssystem.

² Eine taxative Aufzählung oder genauere Nennung der Institutionen wird nicht versucht, da es hierüber keine ausreichend verlässliche Angaben gibt. Eine entsprechende Erhebung wäre sinnvoll.

Nach unserem Wissen gibt es derzeit in Österreich keine oder nur ganz vereinzelte **nach empirisch abgesicherten Methoden arbeitende öffentliche oder krankenkassenfinanzierte Stellen**. Einzelne, zumeist eigenfinanzierte Vereine oder neuerdings auch ausländische Institute können Diagnostik und Therapie zwar überwiegend gemäß State of the Art-Methoden, aber entweder wegen Ressourcenknappheit nicht in der erforderlichen zeitlichen Frequenz (s.u.) oder nur mit erheblicher Zuzahlung der Eltern anbieten. Diese suboptimalen Einzellösungen sind höchst segregativ im Zugang zu Versorgungsleistungen für betroffene Menschen und daher untauglich für ein allgemeines Versorgungskonzept. Was fehlt, ist eine gut durchdachte Versorgungsstruktur für eine möglichst früh ansetzenden Diagnostik, Beratung und Therapie im Sinne einer Sekundärprävention für Betroffene in Österreich.

Der Leidensdruck für Betroffene und deren Eltern in Österreich ist oft enorm. Viele Kinder erhalten erst zu spät oder gar keine adäquate Therapie. Spät diagnostiziert und behandelt entwickeln Kinder aber häufiger massive sekundäre Störungen (selbst- und fremd-aggressives Verhalten, emotionale Störungen, usw.) und müssen in Folge vermehrt in institutionellen Einrichtungen betreut werden. Neben dem Leid für Betroffene und Eltern ist auch der Kosten-Nutzen-Faktor (frühe, präventiv ansetzende Förderung und Therapie versus Langzeit-Betreuungsfälle) zu berücksichtigen.

Zusätzlich fehlt es auch an **pädagogischen Einrichtungen** mit Autismus spezifischer Expertise und entsprechendem tagesstrukturellen Angebot. Die Aufnahme in eine der wenigen auf Autismus ausgerichteten Kindergartengruppen oder Schulklassen kann als „Glücksspiel“ betrachtet werden, welches stark vom Verhandlungs- und Argumentationsgeschick der Eltern sowie von den jeweils aktuellen Ressourcen abhängt. Eine gute fachliche Begleitung im Kindergarten-, Schul- oder Arbeitsleben könnte auch über so genannte „persönliche Assistenzdienste“ abgedeckt werden. Auch für diese gilt aber, dass sie in viel zu geringer Zahl öffentlich finanziert zu Verfügung stehen.

Für Fachpersonal in den pädagogisch-therapeutischen Berufen stellt sich die Problematik so dar, dass eine Ausbildung zu Autismus spezifischen Interventionsformen in Österreich derzeit gar nicht angeboten wird und eine internationale Ausbildung mit der verbundenen Auslandsreise ohne finanzielle Unterstützung kaum leistbar ist. Andererseits kann durch die fehlende Unterstützung der öffentlichen Hand eine intensive, individuelle und Autismus spezifische Förderung auch bei großen sichtbaren Erfolgen von den meisten Betroffenen aus finanziellen Gründen nicht weitergeführt werden. Für Viele kommt sie aufgrund der massiven finanziellen Belastung gar nicht erst in Frage.

Nach unserem Wissen wird etwa in den USA eine Förderung nach Applied Behavior Analysis (ABA) im Ausmaß von 20 Stunden pro Woche von der Krankenkasse übernommen. In Deutschland werden ca. 70% der Therapiekosten einer ABA von öffentlicher Hand getragen. In Österreich steht Betroffenen bislang kein vergleichbares Angebot von öffentlicher Seite zu Verfügung.

Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, dass ASS alle Lebensbereiche der betroffenen Menschen erfasst. Daher ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Berufen sowie Sozialarbeit und Behindertenhilfe, u.a.m. unumgänglich. Auch dies bedarf einer entsprechenden Organisationsform und Finanzierung.

4. Applied Behavior Analysis (ABA), Verbal Behavior (VB) und andere Programme

Während Methoden, die sich in der Förderung von z.B. entwicklungsverzögerten oder kognitiv beeinträchtigten Menschen ohne Autismus als State of the Art der Intervention erwiesen haben, bei autistischen Menschen keine bis nur geringgradige Fördererfolge erzielen, zeigt eine Förderung autistischer Kinder mit Autismus spezifischen Interventionsmethoden schnell sichtbare erste Erfolge und besonders bei länger- und langfristiger Anwendung große Verbesserungen der Gesamtsituation der Betroffenen. Es steht außer Frage, dass besonders Interventionsverfahren, die auf lerntheoretischen und verhaltenstherapeutischen Grundsätzen basieren, in der Förderung und Erziehung von Menschen mit Autismus einen positiven Einfluss auf die genannten Kernbereiche autistischer Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten haben. International betrachtet existieren aber nur wenige Interventionsmethoden, die gut evaluiert sind und dabei die Forderungen erfüllen, einerseits speziell im Hinblick auf die autistischen Wahrnehmens- und Lern-Spezifika entwickelt worden zu sein und andererseits ganzheitlich ausgerichtet zu sein, also allumfassende, jeden Lebensbereich betreffende Lern- und Entwicklungsziele zu verfolgen.

Als wesentliche Bestandteile der Behandlung bei Autismus gelten heute folgende Kriterien:

- (1) ein möglichst früher Beginn (günstigenfalls im Kleinkindalter, ab 2 bis 3 Jahre),
- (2) die Einbeziehung der Eltern als „Co-Therapeuten“ für ihr Kind sowie
- (3) ein von Experten durchgeführtes, strukturiertes Programm zur Entwicklungsförderung.

Die Angewandte Verhaltensanalyse oder Applied Behavior Analysis (ABA) erfüllt diese Kriterien und gilt als die derzeit wissenschaftlich am besten abgesicherte bzw. wirksamste Methode zur Behandlung des Autismus. Die Methode gründet auf einem behavioristisch geprägten verhaltensanalytischen Ansatz und ist auf den Prozess einer Verhaltensänderung im Sinne der Entwicklung von adaptivem, prosozialem Verhalten sowie der Verringerung von nicht angepasstem bzw. fremd- und selbstschädigendem Verhalten ausgerichtet.

Die Grundlagen und Prinzipien der ABA-Methode wurden durch B. F. Skinner und andere Verhaltenswissenschaftler gelegt. Ivar Lovaas war einer der ersten, der diese Prinzipien bei Kindern mit Autismus anwandte und deren Wirksamkeit in der Folge wissenschaftlich zu belegen versuchte. Er begann in den 1960er Jahren am UCLA (University of California, Los Angeles) intensiv (30 – 40 Stunden die Woche) mit jungen autistischen, hauptsächlich kognitiv beeinträchtigten und nicht-sprechenden Kindern zu arbeiten und konnte zeigen, dass sie von der intensiven Verhaltenstherapie sehr profitierten, Sprache erlernten und große Fortschritte im kognitiven Bereich machten.

In den 1980er Jahren entwickelten u. a. Jack Michael, Mark Sundberg und James Partington ein Konzept für die Unterrichtung grundlegender sprachlicher Fähigkeiten auf der Grundlage von B.F. Skinner's Theorie des sprachlichen Verhaltens („Verbal Behavior, VB“). Sie konnten dadurch die Wirksamkeit der Methoden der angewandten Verhaltensanalyse wesentlich steigern. Die frühere Lovaas'sche Therapie wurde immer mehr durch modernes ABA ersetzt, inklusive Formen von ABA kombiniert mit Verbal Behavior (ABA/VB). Moderne ABA Methoden basieren auf der Erarbeitung eines sehr individuell auf das Kind zugeschnittenen Programms zur intensiven Förderung in allen relevanten Entwicklungsbereichen. Es werden klare (Teil-)Ziele definiert und es erfolgt eine

regelmäßige Evaluation bereits erreichter Ziele, woraufhin das Programm neu adaptiert wird. Es werden Verstärker zum Motivationsaufbau verwendet, da Kinder mit Autismus anders lernen als nichtautistische Kinder, z.B. in Bereichen der Imitation oder sozialen Motivation. Üblicher Weise wollen Kinder etwa der Mama oder der Lehrerin „zuliebe“ etwas Neues können oder zu einer Gruppe dazugehören. Für Kinder mit Autismus ist die Bedürfnislage oft völlig anders. Das Grundprinzip in der Arbeit mit ABA ist, dass zu lernende Inhalte in einfache Lernelemente zergliedert und schrittweise erarbeitet werden. Ziel ist die Förderung von Aufmerksamkeit, Imitationsverhalten, Sprache und Kommunikation, „Selbsthilfefertigkeiten“ und adaptive Verhaltensweisen sowie Sozialverhalten. Dies soll in einer möglichst natürlichen Lernumgebung mit natürlichen Alltagsmaterialien (und nicht - wie in früheren ABA Anwendungen üblich - in einer „laborartigen“ Situation) geschehen.

Zwischen 1985 und 2006 sind über 500 empirische Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften über ABA und ABA/ VB erschienen. Studien belegen zunehmend, dass ein Teil der mit ABA/VB behandelten Kinder ein „normales“ Funktionsniveau in Bezug auf Intelligenz, Sozialverhalten und Emotionalität erreichen kann.

Auch für **andere methodische Zugänge** verhaltenstherapeutisch orientierter Interventionsprogramme ist **deren Wirksamkeit erwiesen**, allerdings mit doch deutlich weniger fundierten Evaluationsstudien. Diese sind etwa:

- der in North Carolina, USA, im Zuge eines staatlichen Förderprogramms entwickelte **TEACCH**-Ansatz (Treatment and Education for Autistic and Related Communication Handicapped Children),
- und das Picture Exchange Communication System (**PECS**), das auf die Autismus typischen Interaktions- und Kommunikationsprobleme ausgerichtet ist. Auch PECS ist verhaltenstherapeutisch orientiert und forciert vor allem auch das Initiieren von Kommunikation durch den Betroffenen selbst im Sinne spontanen Kommentierens.

Da alle diese Methoden auf verhaltenanalytischen Grundprinzipien aufbauen lassen sie sich auch gut im Sinne einer optimal strukturierten Lernumgebung für autistische Menschen miteinander verbinden.

Die zentralen Aspekte dieser pädagogisch-verhaltenstherapeutischen Interventionsmodelle können als wegweisende Grundlage für jeden Umgang und jede Förderung von Menschen mit Autismus verstanden werden. Sie finden in vielen auf Autismus spezialisierten Einrichtungen, wie Kindergärten oder Schulen, Umsetzung, auch wenn dort nicht explizit nach einer diesen Methoden gearbeitet wird. Diese Einbindung der Grundsätze in die tägliche pädagogische Arbeit ist durchaus positiv, doch darf der Umstand nicht außer Acht gelassen werden, dass den Erfolgen, von denen in der Literatur gesprochen wird und die durch entsprechende Studien belegt sind, eine gezielte Förderung nach den konkreten und oftmals extrem aufwendigen Vorgaben des jeweiligen Programms zugrunde liegt.

ABA ist die am besten evaluierte Methode. Seit der erstmaligen Umsetzung durch Ivar Lovaas in den 1960er Jahren, wird dieser Ansatz stetig weiterentwickelt. Auch die Umsetzungsmöglichkeiten wurden laufend angepasst. Galten noch vor einigen Jahren 30-40 Stunden als Voraussetzung für eine Förderung nach ABA, so werden heute nur mehr 20 (z.T. 10-15) Stunden gefordert, die auf ein

Team von Co-Therapeuten und nicht professionellen Helfern, darunter auch die Eltern und Angehörige, aufgeteilt werden. Viele Studien zum Erfolg von ABA beziehen sich noch auf die alte, sehr intensive Übungsstruktur, die sowohl organisatorisch als auch finanziell außerhalb des Studiensettings kaum realisierbar erscheint.

Ganz allgemein hat sich immer wieder gezeigt, dass intensive Förderprogramme mit 20 bis 40 Stunden Einzelförderung Entwicklungs- und Lernerfolge mit sich bringen, es fehlen aber Vergleichsstudien die zeigen, ob es am konkreten methodischen Vorgehen oder allein an der intensiven Beschäftigung liegt. Es fehlen Vergleichsstudien mit anderen Interventionsmethoden mit gleicher therapeutischer Intensität.

- Als **relevante Kritik** vor allem an der frühen Form von ABA wird genannt, dass der mögliche Plafond der methodisch vorgegebenen Lernziele von autistischen Kindern im mittleren und oberen Bereich des Autismus-Spektrums (d.h. weniger stark betroffen) und ohne komorbide Lernbehinderung oftmals schnell erreicht war. Das Förderpotential war daher limitiert, der Lernzielkatalog stellte für geringer betroffene Autisten bald keine Herausforderung mehr dar. Heute wird daher nicht mehr nur mit dem sog. "discrete trial teaching" (gezielter Aufbau von Fertigkeiten mittels Shaping und Verstärkung) gearbeitet, sondern mit dem sog. "pivotal response training", das mehr im natürlichen Lernsetting ansetzt und die Motivation des Kindes in der Alltagssituation aufgreift (evtl. kombiniert mit Elementen aus TEACCH und sozialem Kompetenztraining).

Als zweiter Kritikpunkt wird genannt, dass als Zielsetzung für eine erfolgreiche ABA-Therapie immer noch häufig die „Erholung“ vom Autismus („recovery“) vorgegeben wird. Dies ist aber ein zumeist nicht realitätsgerechtes Ziel. Eine Überprüfung der Diagnose ist nach etwa zwei Jahren vorgesehen.

Als besonders positiv wiederum ist hervorzuheben, dass nunmehr die zu bearbeitenden Lernziele, durch jene den Co-Therapeuten und Helfern vermittelten individualisierten Anleitungen und konkreten Beispiele, sehr leicht außerhalb der theoretischen Übungseinheiten in natürlichen Lebenssituationen trainiert werden können. Der Vorteil liegt darin, dass die geforderten Trainingsstunden von z.B. den Eltern, in ohnehin mit dem Kind zu verrichtende Aktivitäten eingebaut werden können (z.B. beim Essen, An- und Ausziehen, Einkaufen etc.), somit keinen extra Zeitaufwand darstellen und das Einhalten der geforderten Stunden erleichtert. Auch ist eine Integration in andere Förderprogramme mit Zustimmung derer Leitung möglich (Musiktherapie, Rhythmik und auch Kindergarten, Schule). Außerdem verbessert ein Einüben der Lernziele in unterschiedlichen Gegebenheiten die so bedeutende Generalisierung der Lerninhalte, die bei Menschen mit Autismus eines der schwierigsten Probleme darstellt. Dies kommt bei jenem von Ihnen mitgeschickten Patientenbericht sehr gut zur Darstellung.

- Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, dass ABA nicht gleich ABA ist und heute unter den verschiedensten Namen kursiert. Auch werden Elemente von ABA in viele Programme „eingebaut“. Dies führt oft zu Konfusion darüber, was konkret hinter den vielen klingenden Namen der jeweiligen „Programme“ steckt. Als wesentlich für die Durchführung von ABA halten wir neben dem Verständnis für die neurobiologische Basis der Symptome des Autismus die dahinter stehende menschliche Grundhaltung:

- Ein wertschätzender und akzeptierender Umgang mit dem betroffenen Kind und dessen Eltern / Erziehungsberechtigten
- Transparenz der Methodik gegenüber den Eltern / Erziehungsberechtigten
- Eine balancierte Haltung zwischen dem Verständnis für die Besonderheit der Wahrnehmung des Kindes einerseits und der Notwendigkeit zur Förderung als Möglichkeit zur Teilhabe an der Welt andererseits.

Zusätzlich darf über diese hier schwerpunktmäßig diskutierte Auseinandersetzung mit verhaltenstherapeutischen Methoden und ihrer Wirksamkeit bei Menschen mit Autismus Spektrum Störungen nicht vergessen werden, dass zugrundeliegende oder komorbide funktionelle oder emotionale Störungen - je nach klinischer Einschätzung und bei entsprechendem Bedarf - natürlich auch mit anderen spezifischen Therapieformen behandelt werden können und müssen.

5. Stellungnahme zum Gutachten des EBM-Institutes

Das Gutachten des EBM-Institutes überzeugt, von kleinen Einschränkungen (nur zwei primär konsultierte Datenbanken) abgesehen, mit hoher wissenschaftlicher Integrität und anschaulicher fachlicher Zusammenfassung. Da es im Veröffentlichungssektor ohnehin eine extrem hohe Redundanz gibt, kann man ohne schlechtes Gewissen von einem größtenteils abgedeckten Bereich an Publikationen ausgehen. Trotz des hervorragenden Evaluationsstandes und des exzellenten Leumunds der ABA-Therapie, ist es als kleines Manko zu sehen, dass im Gutachten sowohl die vergleichsweise hohen Anforderungen, als auch die fehlenden Vergleichsstudien mit anderen Interventionsmethoden bei gleicher therapeutischer Intensität zwar erwähnt sind, darauf aber keine fachliche Interpretation und nur sehr vage Empfehlungen folgen.

Kritisch angemerkt werden muss auch die tendenziell begriffliche Gleichsetzung von Autismus Spektrum Störung mit dem vollen Umfang der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10, was sich auch in der Prävalenzbeurteilung ausdrückt.

Die dem Gutachten gestellte Frage, ob ABA anderen verhaltensorientierten Therapiemethoden überlegen ist, ist im Zusammenhang der Betrachtung der Therapiesituation in Österreich eventuell weniger relevant. International zeigen Studien eindeutig die Effektivität von ABA in der Intervention bei Menschen mit ASS. Bisher hat sich keine Methode in wissenschaftlicher Überprüfung besser bewährt als diese. Ob sie deswegen anderen Methoden überlegen ist oder als sehr effektiv neben anderen Methoden wie etwa dem TEACCH- oder PECS-Ansatz steht, ist für die Frage nach der Notwendigkeit eines flächendeckenden Angebotes eines Autismus spezifischen Fördermodells in unserem Land weniger entscheidend. Relevant wäre, dass zumindest **eine** derartige Methode fachgerecht und qualitätsgesichert angeboten wird.

6. Fazit:

Im Bereich einer sachgerechten Diagnostik und Therapie sowie pädagogischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus Spektrum Störungen hat Österreich im internationalen Vergleich erheblichen Nachholbedarf.

Es wurden seit mehreren Jahrzehnten international effektive Behandlungsmethoden auf Grundlage verhaltenstherapeutischer Programme entwickelt und kontinuierlich adaptiert und modernisiert. Das Programm mit der höchsten wissenschaftlichen Evidenz ist zweifelsohne Applied Behavior Analysis (ABA), was aber nicht zwingend bedeutet, dass es die einzige oder höchste Wirksamkeit aufweist. Auch VB, TEACCH, PECS oder andere können für unterschiedliche Menschen mit Autismus Spektrum Störungen in unterschiedlichen Situationen sehr hilfreich und entwicklungsfördernd sein.

Wichtig wäre es, zumindest für eine dieser Methoden in Österreich ein suffizientes Ausbildungs- und Versorgungssystem aufzubauen und eine öffentliche Finanzierung sowohl im therapeutischen wie im pädagogischen Bereich sicherzustellen. Dies würde die Not vieler betroffener Menschen und derer Familien lindern, ihnen zu einer höheren Lebenskompetenz verhelfen und durch diesen auch sekundärpräventiven Ansatz das „Budget der Zukunft“ vermutlich entlasten sowie „Sozial- und Humankapital“ stärken.

Zusätzlich braucht es Verständnis und Ressourcen für interdisziplinäre und sektorenübergreifende Arbeitsformen, wo verschiedene spezifische Behandlungs- und Betreuungsmethoden, je nach klinischem Erfordernis, in einem Gesamtbehandlungsplan zusammenwirken können.

Wien, am 5.5.2012

Für den Inhalt und die Textgestaltung verantwortlich:

Dr. Kathrin Hippler, Mag. Michaela Sommerauer, Prim. Dr. Klaus Vavrik

Literaturangaben:

- Bernard-Opitz, Vera (2009): Applied Behavior Analysis (ABA) / Autismusspezifische Verhaltenstherapie (AVT). In: Bölte (2009), S. 242-259
- Bölte, S. & Poustka, F. (2002). Interventionen bei autistischen Störungen: Status quo, evidenzbasierte, fragliche und fragwürdige Techniken. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 271-280
- Bölte, Sven (Hrsg.)(2009): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- Bondy, A. & Frost, L. (2001). The Picture Communication Exchange System. Behavior Modification, 25, 725-744
- Cohen, H., Amerine-Dickens, M., Smith, T. (2006). Early Intensive Behavioral Treatment: Replication of the UCLA Model in a Community Setting. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 27 (2), 145-155
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber Verlag Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. Journal of the American Medical Association, 289, 87-89
- Hippler, K. & Sousek, R. (2008). Interventionen bei Autismus-Spektrum-Störungen. In: M. Fingerle & S. Ellinger (Hrsg.) Sonderpädagogische Förderprogramme im Vergleich: Orientierungshilfen für die Praxis (S. 256 – 280). Stuttgart: Kohlhammer-Verlag
- Howard, J.S., Sparkman, C.R., Cohen, H.G., Green G. & Stanislaw, H. (2005). A comparison of Intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. Research in Developmental Disabilities, 26, 359-383
- Lord, C. & Bishop, S.L. (2010). Autism Spectrum Disorders: Diagnosis, Prevalence, and Services For Children and Families. Social Policy Report, 24, 2
- 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
- Lovaas, O.I. & S. Wright, S. (2006). A reply to recent published critiques. Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 3 (2), 234-236
- McEachin, J.J., Smith, T. & Lovaas, O.I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. American Journal on Mental Retardation, 97, 359-372
- Myers, S.M., Johnson, C.P., American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities (2007). Management of children with autism spectrum disorders. Pediatrics 120, 1162–82
- Positionspapier der Arbeitsgruppe für Entwicklungs- und Sozialpädiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, „Diagnostik, Therapie und Betreuung von Menschen mit Autismusspektrumstörung“; 11/2010, Salzburg
- Sallows, G.O. & Graupner, T.D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four year outcome and predictors. American Journal on Mental Retardation, 110(6), 417 - 438
- Schopler, E. & Olley, J. (1982). Comprehensive Educational Services for autistic children, the TEACCH Model". In Handbook of School Psychology, Wiley 1982
- Sundberg, M.L. & Michael, J. (2001). The Benefits of Skinner's Analysis of Verbal Behavior for Children with Autism, Behavior Modification, 25, 698-724
- Symalla, Rositta & Feilbach, Thomas (2009): Der TEACCH-Ansatz. In: Bölte (2009), S. 273-287